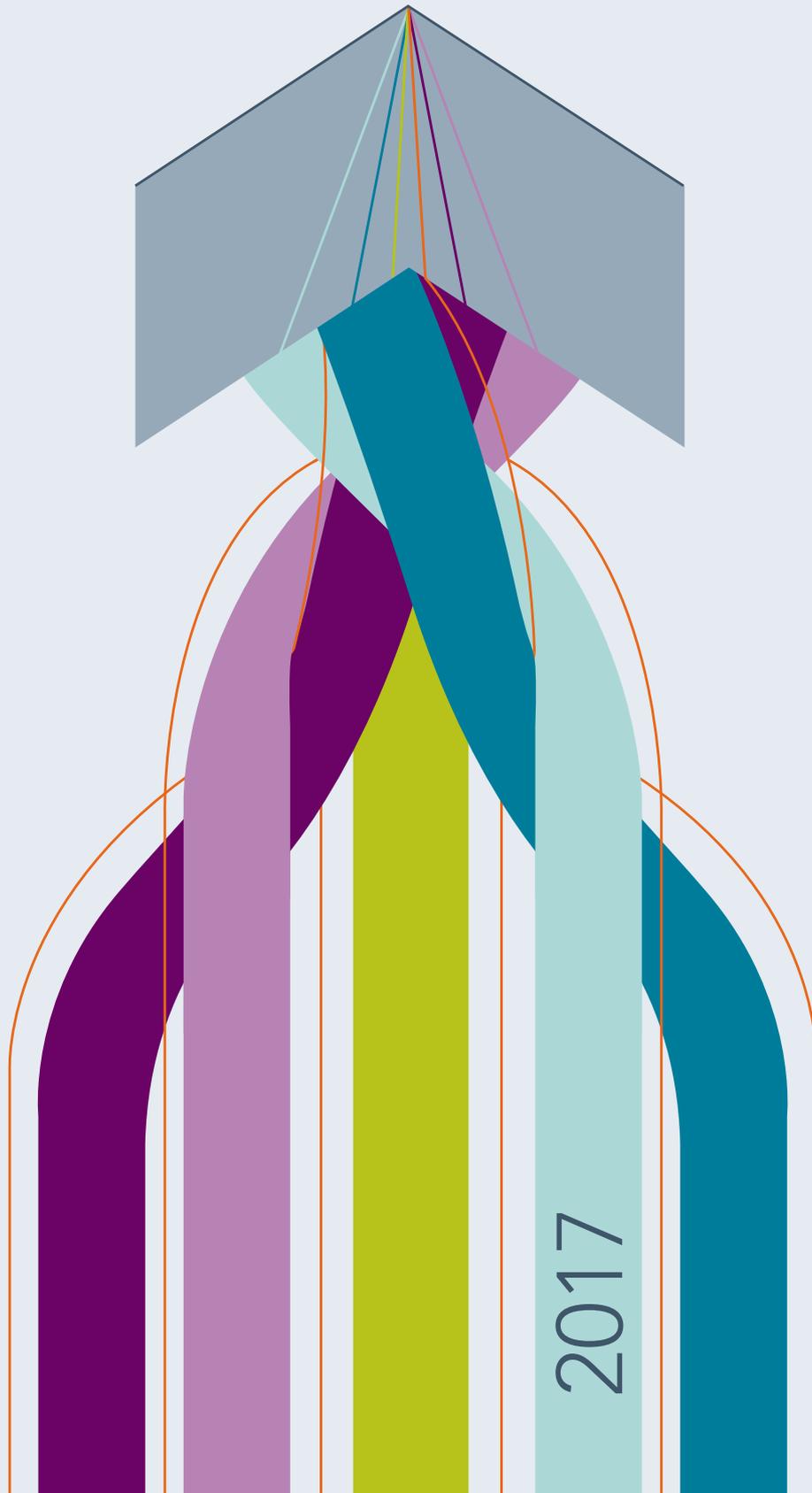




# La nutrition au service des ODD



## Soutiens

### **Akinwumi Adesina, Président de la Banque africaine de développement**

Les progrès économiques de l'Afrique sont entravés par la faim, la malnutrition et le retard de croissance, qui coûtent au moins 25 milliards de dollars US par an en Afrique subsaharienne et laissent derrière eux un sentiment durable de perte, de la souffrance et un potentiel en ruines. Un retard de croissance chez les enfants d'aujourd'hui conduira demain à des économies ralenties. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* nous aide tous à rester concentrés sur cette tragédie africaine entièrement évitable et à y remédier.

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

Les objectifs de développement durable portent sur des défis mondiaux de grande ampleur, notamment l'élimination de la faim et l'amélioration de la nutrition pour tous à l'horizon 2030. Comme le montre le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, la nutrition saine universelle est inextricablement liée à tous les ODD et sert de fondement à la couverture sanitaire universelle, qui est la priorité absolue de l'OMS. La Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition représente une occasion unique de s'engager à mettre fin sans plus tarder à toute forme de malnutrition.

### **David Beasley, Directeur exécutif du Programme alimentaire mondial**

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* confirme les raisons pour lesquelles nous devons agir, car l'éradication de la malnutrition profitera à tous, dans le monde entier. Les crises humanitaires dévastatrices de 2017 risquent de compromettre des années de gains durement acquis en matière de nutrition, et mettre un terme à ces crises – et aux conflits provoqués par l'homme qui déclenchent nombre d'entre elles – serait un premier pas vers l'élimination de la malnutrition. La nutrition est un élément essentiel des objectifs de développement durable, indispensable à l'élimination de la faim dans le monde. Le présent rapport indique clairement que nous devons tous agir, dès maintenant, pour mettre un terme à la malnutrition.

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

La vision transformatrice du Programme 2030 ne se réalisera que si nous redoublons d'efforts et adoptons des méthodes de travail innovantes. Comme l'explique le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes est nécessaire à l'exécution du Programme 2030. Les recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition fournissent un cadre d'action. En parallèle, la Décennie d'action pour la nutrition 2016-2025 offre une plateforme pour traduire les engagements en mesures concrètes porteuses de résultats. La FAO est résolue à soutenir les pays pour transformer leurs systèmes alimentaires en vue d'une meilleure nutrition. Notre génération peut mettre un terme à la faim et à la malnutrition.

### **Anthony Lake, Directeur général de l'UNICEF**

Éliminer la malnutrition est l'un des meilleurs investissements que nous puissions faire pour l'avenir de nos enfants et de nos nations. Comme l'indique clairement le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, des données de qualité sont indispensables pour atteindre chaque enfant : elles permettent de discerner les personnes qui ne bénéficient pas de nos actions et révèlent des manières d'améliorer la couverture et la qualité des interventions essentielles en matière de nutrition à destination des enfants, des adolescents et des femmes. Investir dans des données fiables peut contribuer à accélérer nos progrès en vue d'atteindre nos objectifs mondiaux de nutrition – et toutes les cibles des ODD.

### **Sania Nishtar, fondatrice et présidente de Heartfile (Pakistan)**

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* est un plaidoyer en faveur de plus de la moitié de la population mondiale. Il est une exhortation à agir, car plus d'un tiers des habitants de cette planète sont en surpoids ou obèses, plus d'un milliard et demi souffrent d'anémie et d'autres carences en micronutriments, et près de 200 millions d'enfants sont atteints d'un retard de croissance ou d'émaciation. Pour un impact durable, il sera essentiel d'adopter une vision plus globale et de nous efforcer d'améliorer la nutrition tout au long du cycle de la vie. La volonté politique, les partenariats, la base que constituent les politiques existantes et le recueil de données factuelles pour éclairer les mesures prises en sont les pierres angulaires. À cette fin, nous devons décloisonner nos méthodes de travail et adopter une approche multisectorielle et multipartite.

**Paul Polman, Directeur général d'Unilever**

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* de cette année met l'accent sur l'interdépendance des ODD et sur le fait que les progrès accomplis vers un objectif contribuent à la réalisation de tous. C'est dans les ambitions liées à l'alimentation que ces liens sont les plus visibles. En tant que productrices, fabricantes et revendeuses de la plupart des aliments du monde, les entreprises ont la responsabilité de contribuer activement à la transformation du système alimentaire. En notre qualité d'entreprise alimentaire progressiste, nous avons à cœur de contribuer à la refonte de notre système alimentaire et agricole mondial, à ouvrir à chacun l'accès à une alimentation saine et nutritive, et ainsi à créer un avenir meilleur pour tous.

**Gunhild Stordalen, fondatrice et présidente de la EAT Foundation**

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est un plaidoyer efficace qui explique pourquoi il sera essentiel de relever le défi de la malnutrition sous toutes ses formes afin d'atteindre les objectifs de développement durable. Nous devons adopter une approche intégrée, multisectorielle et décloisonnée de la nutrition en vue de remédier aux problèmes du système alimentaire de manière globale. Garantir une alimentation saine et durable à la population mondiale grandissante est l'un de nos plus grands défis, mais comme le montre le rapport, les conditions pour y répondre n'ont jamais été aussi favorables et nous pouvons tous apporter notre pierre à l'édifice.

**Gerda Verburg, Coordinatrice du Mouvement SUN**

La bonne nutrition est le moteur de la réalisation des objectifs de développement durable. Il est grand temps que le monde se confronte à la dure réalité : des centaines de millions de femmes et d'hommes ainsi que leurs familles souffrent encore de la faim. Tous les pays, sans exception, font aujourd'hui face à un défi lié à la nutrition : nombreux sont ceux qui luttent encore contre le retard de croissance, responsable d'une diminution irréversible des capacités physiques et cérébrales, tandis que d'autres ne parviennent pas à endiguer l'obésité et les maladies non transmissibles. Par ailleurs, un nombre grandissant de pays sont confrontés simultanément à ces deux problèmes – la sous-alimentation pendant la petite enfance, puis l'obésité et des maladies non transmissibles à l'âge de la procréation. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* nous fournit les preuves dont nous avons besoin pour remédier à cette injustice. Il nous aide à établir des liens entre les multiples formes de malnutrition et soutient les pays membres du Mouvement SUN dans leurs efforts visant à améliorer durablement la vie de tout un chacun.

*Le présent rapport a été rédigé par un groupe d'experts indépendants choisi par le Groupe des parties prenantes pour le Rapport sur la nutrition mondiale. Sa rédaction est le fruit d'un effort collectif des membres du groupe, dirigés par les co-présidentes et secondés par d'autres analystes et collaborateurs.*

**Corinna Hawkes** (co-présidente), City University de Londres, Royaume-Uni ; **Jessica Fanzo** (co-présidente), Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis ; **Emorn Udomkesmalee** (co-présidente), Université de Mahidol, Bangkok, Thaïlande ; **Endang Achadi**, Université d'Indonésie, Jakarta ; **Arti Ahuja**, gouvernement fédéral, Odisha, Inde ; **Zulfiqar Bhutta**, Centre for Global Child Health, Toronto, Canada et Centre of Excellence in Women and Child Health, Université d'Aga Khan, Karachi, Pakistan ; **Luz Maria De-Regil**, Nutrition International, Ottawa, Canada ; **Patrizia Fracassi**, Secrétariat du Mouvement SUN, Genève, Suisse ; **Laurence M. Grummer-Strawn**, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse ; **Chika Hayashi**, UNICEF, New York, États-Unis ; **Elizabeth Kimani-Murage**, African Population and Health Research Centre, Nairobi, Kenya ; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marseille, France ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, New Delhi, Inde ; **Stineke Oenema**, Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition, Rome, Italie ; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni ; **Jennifer Requejo**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis et **Boyd Swinburn**, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande.

Nous remercions également **Rafael Flores-Ayala**, membre du groupe d'experts indépendants, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis, pour ses contributions.

Parmi les autres personnes ayant contribué à l'analyse et la rédaction de ce rapport figurent **Meghan Arakelian**, indépendante, États-Unis ; **Komal Bhatia**, Institute for Global Health, University College de Londres, Royaume-Uni ; **Josephine Lofthouse**, indépendante, Royaume-Uni ; **Tara Shyam**, indépendante, Singapour et **Haley Swartz**, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis.

La rédaction de certaines sections du chapitre 4 a été assurée par **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Royaume-Uni (investissements des donateurs), et **Patrizia Fracassi** et **William Knechtel**, Mouvement SUN, Suisse (investissements du secteur public).

**Elaine Borghi**, Organisation mondiale de la Santé, Suisse, et **Julia Krasevec**, UNICEF, États-Unis, ont permis d'accéder à des données actualisées et partagé leur expertise technique pour les sections sur les cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ; **Carlo Cafiero**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Italie, a permis d'accéder aux données de l'échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES) et **Sara Viviani**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Italie, a aidé à interpréter lesdites données.

Les personnes suivantes ont fourni des contributions écrites ou des données ayant servi à la rédaction du texte final : **Claire Chase**, Banque mondiale, États-Unis ; **Kaitlin Cordes**, Columbia Center on Sustainable Investment, États-Unis ; **Mariachiara Di Cesare** et **Majid Ezzati**, Imperial College de Londres, Royaume-Uni ; **Mario Herrero**, Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Australie ; **Andrew Jones**, Université du Michigan, États-Unis ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, États-Unis ; **Rachel Nugent**, RTI International, États-Unis ; **Andrew Thorne-Lyman**, Université Johns Hopkins, États-Unis ; **Anna Taylor**, Food Foundation, Royaume-Uni ; et **Fiona Watson**, indépendante, Royaume-Uni.

Les auteurs des encadrés de ce rapport et leurs affiliations sont **Phil Baker**, Université Deakin, Australie ; **Komal Bhatia**, University College de Londres, Royaume-Uni ; **Tara Boelsen-Robinson**, Université Deakin, Australie ; **Francesco Branca**, Organisation mondiale de la Santé, Suisse ; **Angelika De Bree**, Unilever, Pays-Bas ; **Chad Chalker**, Université Emory, États-Unis ; **Helen Connolly**, American Institutes for Research, États-Unis ; **Kirstan Corben**, Université Deakin, Australie ; **Alexis D'Agostino**, John Snow International, États-Unis ; **Mary D'Alimonte**, Results for Development, États-Unis ; **Alessandro Demaio**, Organisation mondiale de la Santé, Suisse ; **Augustin Flory**, Results for Development, États-Unis ; **Patrizia Fracassi**, Mouvement SUN, Suisse ; **Greg Hallen**, Centre de recherches pour le développement international, Canada ; **Corinna Hawkes**, City University de Londres, Royaume-Uni ; **Anna Herforth**, indépendante, États-Unis ; **Dan Jones**, WaterAid, Royaume-Uni ; **David Kim**, indépendant, États-Unis ; **Kerrita McClaughlyn**, Unilever, Pays-Bas ; **Anna Peeters**, Université Deakin, Australie ; **Ellen Piwoz**, Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis ; **Neena Prasad**, Bloomberg Philanthropies, États-Unis ; **Judith Randel**, Development Initiatives, Royaume-Uni ; **Rahul Rawat**, Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis ; **Tara Shyam**, indépendante, Singapour ; **Jonathan Tench**, Global Alliance for Improved Nutrition, Londres, Royaume-Uni ; **Megan Wilson-Jones**, WaterAid, Royaume-Uni.

## Remerciements

Le groupe d'experts indépendants, sous la direction de ses co-présidentes Corinna Hawkes, Jessica Fanzo et Emorn Udomkesmalee, souhaite remercier sincèrement toutes les personnes et organisations ayant soutenu l'élaboration du *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*.

Les principaux membres de l'équipe du Rapport sur la nutrition mondiale, à savoir Komal Bhatia, chargée de l'analyse des données ; Josephine Lofthouse, responsable de la communication ; Tara Shyam, responsable de la coordination ; Emorn Udomkesmalee, co-présidente, ainsi que Meghan Arakelian, analyste du processus de Nutrition pour la croissance, et Haley Swartz, chercheuse œuvrant en faveur du même processus, ont travaillé étroitement avec Corinna Hawkes et Jessica Fanzo et assisté l'ensemble du groupe d'experts indépendants pour permettre à l'édition 2017 de voir le jour. Gillian Gallanagh, Laetitia Laporte, Jason Noraika, Helen Palmer et Brian Tjugum, de la société Weber Shandwick, ont fourni des conseils supplémentaires en matière de communication pour la promotion et la conception du rapport.

Nous remercions l'équipe de Development Initiatives Poverty Research (DI) pour avoir accueilli provisoirement le Secrétariat du Rapport et pour sa contribution à la conception et à la production du rapport, notamment Harpinder Collacott, David Hall-Matthews (consultant), Rebecca Hills, Alex Miller, Fiona Sinclair et Hannah Sweeney.

De nombreuses personnes ont répondu à nos questions, notamment Laura Caulfield, Johns Hopkins Bloomberg School ; Kaitlin Cordes, Columbia Center on Sustainable Investment ; Katie Dain et Alena Matzke, NCD Alliance ; Ebba Dohman, Organisation de coopération et de développement économiques ; Nora Hobbs, Programme alimentaire mondial ; Diane Holland, Roland Kupka et Louise Mwirigi, UNICEF ; Homi Kharas et John McArthur, Brookings Institution ; Carol Levin, Université de Washington ; Barry Popkin, Université de Caroline du Nord ; Abigail Ramage, indépendante ; Jeffrey Sachs, Université de Columbia ; Guido Schmidt-Traub, Réseau des solutions pour le développement durable ; Dominic Schofield, Global Alliance for Improved Nutrition et Andrew Thorne-Lyman, Université Johns Hopkins.

Nous remercions les personnes suivantes pour leurs observations précieuses et pertinentes concernant les versions préliminaires du rapport : Jannie Armstrong, Yarlini Balarajan, Francesco Branca, Aurélie du Châtelet, Katie Dain, Ariane Desmarais-Michaud, Juliane Friedrich, Lawrence Haddad, Heike Henn, Kate Houston, Anna Lartey, Florence Lasbennes, Kedar Mankad, Alena Matzke, Peggy Pascal, Abigail Perry, Ellen Piwoz, Danielle Porfido, Joyce Seto, Meera Shekar, Edwyn Shiell, Lucy Sullivan, Rachel Toku-Appiah, Gerda Verburg, Neil Watkins, Fiona Watson et Sabrina Ziesemer. Nous exprimons aussi notre gratitude à Dennis Bier, D'Ann Finley, Karen King et Kisna Quimby de *l'American Journal of Clinical Nutrition*, et aux quatre réviseurs anonymes qui, cette année encore, ont réalisé l'examen externe par les pairs du rapport.

Le groupe d'experts indépendants remercie le Groupe des parties prenantes pour le Rapport sur la nutrition mondiale pour avoir guidé ses travaux et fourni un retour d'information sur la structure, la version préliminaire et les plans de promotion du rapport. Il s'agit de Victor Aguayo, UNICEF ; Francesco Branca, Organisation mondiale de la Santé ; Jésus Búlux, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala ; Lucero Rodríguez Cabrera, ministère de la Santé, Mexique ; Pedro Campos Llopis, Commission européenne ; John Cordaro, Mars, réseau des entreprises SUN ; Ariane Desmarais-Michaud, Isabelle Laroche et Joyce Seto, gouvernement du Canada ; Sandra Ederveen, ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas ; Juliane Friedrich, FIDA ; Heike Henn et Sabrina Ziesemer, BMZ, Allemagne ; Chris Osa Isokpunwu, ministère fédéral de la Santé, Nigéria ; Lawrence Haddad, Global Alliance for Improved Nutrition ; Kate Houston, Cargill, réseau des entreprises SUN ; Abdoulaye Ka, Cellule de Lutte contre la Malnutrition, Sénégal ; Lauren Landis, Programme alimentaire mondial ; Anna Lartey, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; Ferew Lemma, ministère de la Santé, Éthiopie ; Edith Mkawa, bureau du Président, Malawi ; Abigail Perry, ministère britannique du Développement international ; Anne Peniston, USAID ; Milton Rondó Filho, ministère des Affaires étrangères, Brésil ; Nina Sardjunani, ministère de la Planification du Développement national, Indonésie ; Muhammad Aslam Shaheen, Planning Commission, Pakistan ; Meera Shekar, Banque mondiale ; Lucy Sullivan, 1,000 Days ; Gerda Verburg, secrétariat du Mouvement SUN. Nous remercions tout particulièrement les co-présidents du Groupe des parties prenantes, à savoir Neil Watkins (Fondation Bill & Melinda Gates) et Rachel Toku-Appiah (Graça Machel Trust), pour leurs conseils et leur soutien indéfectible au rapport de cette année.

Nous avons également reçu des contributions écrites d'un certain nombre de personnes dont le travail n'a pas pu être inclus dans l'édition de cette année, mais qui a néanmoins éclairé notre pensée : Alexis D'Agostino et Sascha Lamstein, programme SPRING financé par l'USAID ; Ty Beal et Robert Hijmans, Université de Californie, Davis ; Jan Cherlet, Lynnnda Kiess et Nancy Walters, Programme alimentaire mondial ; Zach Christensen, Development Initiatives ; Colin Khoury, Centre international d'agriculture tropicale ; Michelle Crino, Elizabeth Dunford et Fraser Taylor, The George Institute for Global Health ; Charlotte Dufour, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; Fran Eatwell-Roberts, Jamie Oliver Food Foundation ; Augustin Flory, Results for Development ; Stuart Gillespie, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires ; Jody Harris et Nick Nisbett, Institut d'études sur le développement ; Anna Herforth, indépendante ; Christina Hicks, Université de Lancaster ; Suneetha Kadiyala, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres ; Chizuru Nishida, Organisation mondiale de la Santé ; Danielle Porfido, 1,000 Days ; Dominic Schofield, Global Alliance for Improved Nutrition ; Marco Springmann, Université d'Oxford.

## Remerciements (suite)

Nous souhaitons remercier les organisations suivantes pour leur appui financier au rapport 2017 : le ministère britannique du Développement international, la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Irish Aid.

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



Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* est une publication examinée par les pairs.

**Copyright 2017** : Development Initiatives Poverty Research Ltd.

**Citation suggérée** : Development Initiatives, 2017. *Rapport sur la nutrition mondiale 2017 : La nutrition au service des ODD*. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives.

**Avis de non-responsabilité** : toutes les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de Development Initiatives Poverty Research Ltd ou de toute autre organisation partenaire ayant contribué au *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*. Les frontières et les dénominations utilisées n'impliquent pas leur reconnaissance ou leur acceptation officielle par Development Initiatives Poverty Research Ltd.

### **Development Initiatives Poverty Research Ltd**

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

**ISBN** :

**Édition** : Jen Claydon, Jen Claydon Editing

**Conception et mise en page** : Broadley Creative and Definite.design

# Table des matières

Résumé analytique	8
Chapitre 1 : Un programme transformateur pour la nutrition : Pour tous et par tous	16
Chapitre 2 : Suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition	26
Chapitre 3 : Relier la nutrition au sein des objectifs de développement durable	44
Chapitre 4 : Financer le programme intégré	62
Chapitre 5 : Transformer la situation grâce aux engagements à l'égard de la nutrition : réflexions sur le processus « Nutrition pour la croissance »	80
Chapitre 6 : Concrétiser les ambitions révolutionnaires des ODD	92
Annexe 1 : Évaluation des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles mondiales de nutrition – note relative à la méthodologie	96
Annexe 2 : Couverture des actions essentielles en nutrition	100
Annexe 3 : Méthodologie appliquée pour quantifier les dépenses nationales destinées à la nutrition	104
Notes	106
Abréviations	118
Documents supplémentaires en ligne	119
Gros plans	120
Encadrés	120
Figures	121
Tableaux	121

# Résumé analytique



## 1. Le monde fait face à une situation nutritionnelle grave, mais les objectifs de développement durable offrent une occasion sans précédent de l'améliorer.

Un monde mieux nourri est un monde meilleur. Malgré les avancées mondiales enregistrées au cours des dernières décennies quant à l'amélioration de la nutrition et la réduction de son fardeau sanitaire, le *Rapport sur la nutrition mondiale* de cette année témoigne de l'ampleur et de l'universalité du problème de la nutrition. La communauté internationale est aux prises avec les multiples fardeaux de la malnutrition. Notre analyse montre que 88 % des pays pour lesquels nous disposons de chiffres sont fortement confrontés à deux ou trois formes de malnutrition (retard de croissance chez les enfants, anémie chez la femme en âge de procréer ou surpoids chez la femme adulte).

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aiguë ou chronique (souffrant d'un retard de croissance ou d'émaciation) a certes diminué dans de nombreux pays, mais notre suivi des données révèle que les avancées mondiales en matière de réduction de ces formes de malnutrition ne sont pas assez rapides pour atteindre les cibles de nutrition fixées au niveau mondial, y compris la cible 2.2 des objectifs de développement durable (ODD) visant à mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030. Les chiffres sur la faim dans le monde évoluent dans la mauvaise direction : aujourd'hui, 815 millions de personnes se couchent le ventre vide, un chiffre en augmentation par rapport aux 777 millions de personnes recensées en 2015. Les famines sévissant aujourd'hui signifient qu'il sera d'autant plus difficile d'atteindre les cibles fixées, en particulier concernant l'émaciation. On estime à 38 millions le nombre de personnes confrontées à une insécurité alimentaire grave au Nigéria, en Somalie, au Soudan du Sud et au Yémen, tandis que l'Éthiopie et le Kenya connaissent d'importantes sécheresses. Aucun pays n'est actuellement en bonne voie pour atteindre les objectifs de réduction de l'anémie chez les femmes en âge de procréer et le nombre de femmes souffrant d'anémie a en réalité augmenté depuis 2012. L'allaitement exclusif au sein des nourrissons âgés de 0 à 6 mois a légèrement progressé (+ 2 % par rapport aux données de référence), mais trop lentement. De plus, l'essor inéluctable du nombre d'enfants et d'adultes en surpoids et obèses se poursuit. La probabilité d'atteindre les objectifs internationaux visant à enrayer l'augmentation du taux d'obésité et de diabète d'ici 2025 est inférieure à 1 %.

Trop de personnes sont encore privées des avantages d'une meilleure nutrition. Pourtant, si on observe le contexte plus général, les possibilités d'amélioration n'ont jamais été aussi étendues. Les ODD, adoptés par 193 pays en 2015, ouvrent une vaste fenêtre d'opportunités pour enrayer ou inverser ces tendances. Ensemble, ils forment un programme pour « Transformer notre monde ». D'autres déclarations tout aussi ambitieuses ont été faites par le passé ; qu'est-ce qui différencie donc les ODD ? La promesse se résume en deux mots : *universels* – pour tous, dans tous les pays – et *intégrés* – par chacun, en collaborant pour atteindre les objectifs. Ces deux spécificités ont des répercussions pratiques considérables sur nos actions et la manière dont nous les mettons en œuvre.

Premièrement, elles impliquent de se pencher sur les inégalités dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé, ainsi que sur les disparités existant entre ces pays, afin de s'assurer que chacun bénéficie des avancées et que personne n'est laissé pour compte. Deuxièmement, cela signifie que l'époque privilégiant la résolution des problèmes de manière isolée est bel et bien révolue. Si nous voulons transformer notre monde, pour tous, nous devons tous cesser de compartimenter nos actions, en nous souvenant que les individus ne vivent pas cloisonnés dans des secteurs restreints.

Nous savons depuis un certain temps que l'impact des actions mises en place par le « secteur de la nutrition » seul est limité. Par exemple, mener à bien les dix interventions s'attaquant directement au retard de croissance permettrait de réduire ce problème de 20 % seulement à l'échelle mondiale. Les ODD sont explicites : nous devons atteindre les multiples objectifs en déployant des actions communes. La nutrition ne doit pas échapper à cette règle. En effet, il est nécessaire d'agir en faveur de la nutrition pour atteindre l'ensemble des ODD, mais, à l'inverse, il est tout aussi indispensable de mener des actions visant l'ensemble des ODD pour éliminer les causes de la malnutrition. Si nous parvenons à travailler ensemble pour établir des passerelles entre les différents secteurs du système des ODD, nous pourrons faire en sorte que la Décennie d'action pour la nutrition (2016-2025) proclamée par les Nations Unies devienne une « décennie de transformation ».

## 2. L'amélioration de la nutrition peut agir comme un catalyseur pour atteindre l'ensemble des ODD.

Pour réaliser cette vision d'action commune, nous devons tous appréhender le lien qui relie notre travail aux autres ODD et comprendre dans quelle mesure nos actions peuvent participer à l'avancement vers leur réalisation. Il existe de nombreuses possibilités d'établir des connexions entre les ODD, mais des incohérences peuvent aussi apparaître. C'est pour cette raison que la cible 17.14 des ODD appelle à renforcer la cohérence des politiques de développement durable. Une première étape nécessaire en ce sens consiste à cartographier ces connexions et à les rendre transparentes. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* entend entamer ce travail. En nous appuyant sur les meilleures données probantes disponibles, nous dressons un tableau de ces connexions afin de mieux comprendre comment faire évoluer le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Notre analyse met en lumière parmi les ODD cinq domaines stratégiques communs auxquels la nutrition pourrait contribuer et, à l'inverse, dont elle pourrait tirer parti :

- La production alimentaire durable ;
- La solidité de l'infrastructure des systèmes ;
- Les systèmes de santé ;
- L'équité et l'inclusion ;
- La paix et la stabilité.



1

### Le monde fait face à une situation nutritionnelle grave...



- 2 milliards** de personnes souffrent de carences en micronutriments essentiels, comme le fer et la vitamine A
- 155 millions** d'enfants présentent un retard de croissance
- 52 millions** d'enfants sont atteints d'émaciation
- 2 milliards** d'adultes sont en surpoids ou obèses
- 41 millions** d'enfants sont en surpoids
- 88 %** des pays sont lourdement touchés par deux ou trois formes de malnutrition

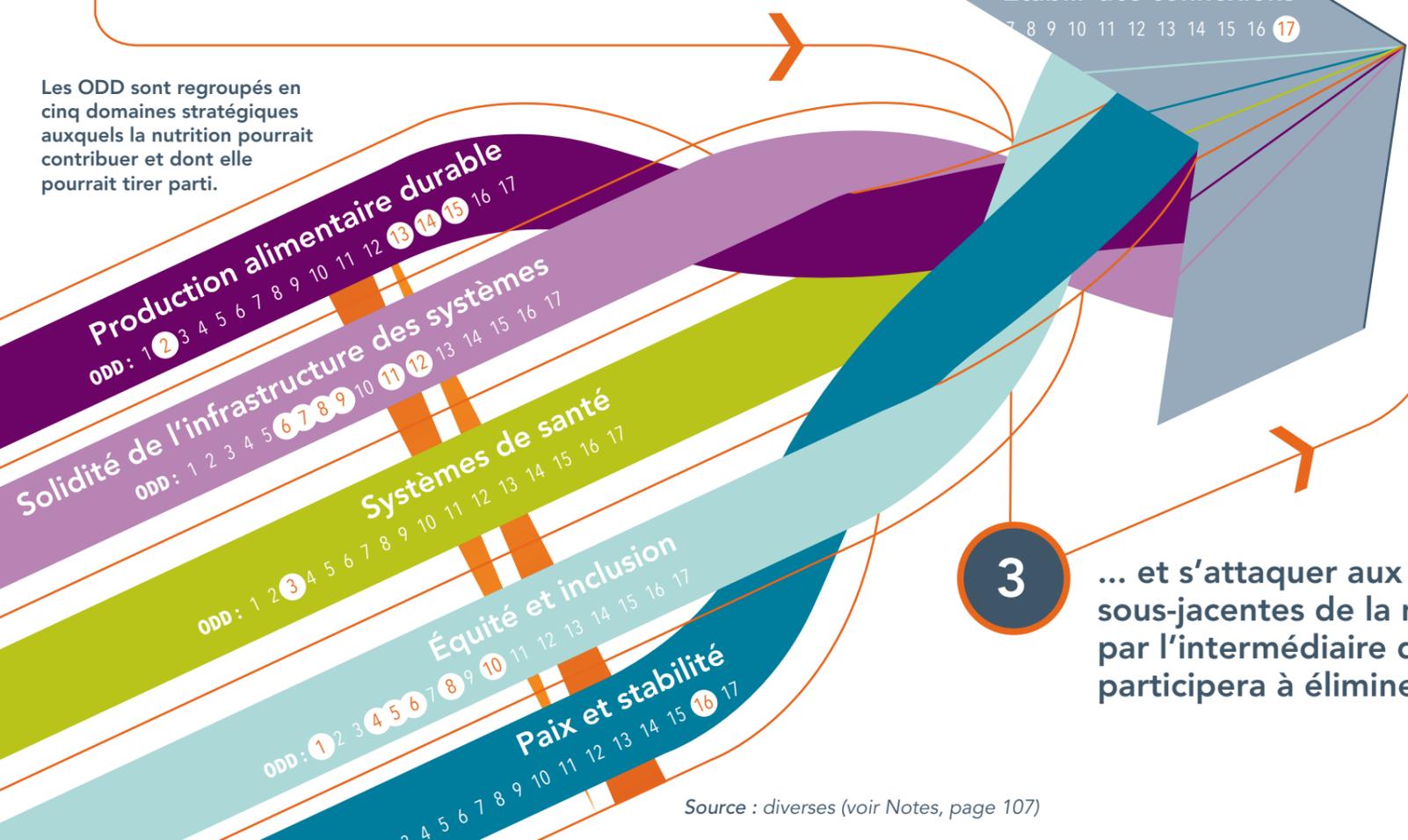
Et le monde est en mauvaise voie d'atteindre toutes les cibles mondiales de nutrition.

...mais les ODD offrent une occasion sans précédent d'opérer un changement universel de manière intégrée.

2

### L'amélioration de la nutrition peut agir comme un catalyseur pour atteindre l'ensemble des ODD...

Les ODD sont regroupés en cinq domaines stratégiques auxquels la nutrition pourrait contribuer et dont elle pourrait tirer parti.



3

... et s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition par l'intermédiaire des ODD participera à éliminer la malnutrition.

4

### Le financement d'une approche plus intégrée d'amélioration de la nutrition à l'échelle universelle est parfaitement possible.



La malnutrition engendre un coût économique et sanitaire élevé et offre un retour sur investissement de 16 dollars pour chaque dollar investi.



1 personne sur 3 souffre de malnutrition...

0,5 %

... mais à l'échelle mondiale, les décaissements affectés par les donateurs s'élèvent à 0,5 % de l'APD dans le domaine de la sous-alimentation...



0,01 %

... et à 0,01 % de l'APD mondiale pour la lutte contre les MNT et l'obésité.

La meilleure façon d'améliorer la nutrition est que les gouvernements et d'autres acteurs investissent dans ce domaine de manière intégrée, en agissant dans tous les secteurs impactant indirectement les résultats en matière de nutrition, tels que l'éducation, le changement climatique, ou l'eau et l'assainissement.

5

### Pour ne laisser personne de côté, nous devons combler les lacunes et modifier la manière dont nous analysons et utilisons les données.

Les déficits de données limitent la redevabilité et freinent les progrès. Pour améliorer la nutrition à l'échelle universelle, il nous faut collecter de manière plus systématique des données ventilées de meilleure qualité.



6

### Nous devons veiller à ce que les promesses faites se traduisent en engagements concrets qui soient respectés.

L'engagement politique profond et intégré en faveur de la nutrition est essentiel pour enregistrer des avancées dans ce domaine. Les engagements doivent être ambitieux et pertinents au vu du problème, et ne laisser personne de côté.

7

### Il existe une formidable opportunité d'atteindre les cibles mondiales de nutrition tout en favorisant la réalisation d'autres objectifs de développement.

- Actions à double fonction**
  - S'attaquent à plus d'une forme de malnutrition
  - Permettront d'améliorer l'efficacité et le rendement du temps, de l'énergie et des ressources investis en vue d'améliorer la nutrition
- Actions à triple fonction**
  - S'attaquent à la malnutrition et à d'autres problèmes de développement
  - Pourraient générer de nombreux avantages pour l'ensemble des ODD

L'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes permettra d'améliorer les résultats de tous les ODD.

Source : diverses (voir Notes, page 107)

Le rapport montre que l'amélioration de la nutrition peut avoir un effet multiplicateur substantiel sur l'ensemble des ODD par l'intermédiaire de ces cinq domaines. Il démontre en effet qu'il sera difficile d'atteindre un ODD, quel qu'il soit, sans traiter des questions de nutrition.

**1. Une bonne alimentation peut conduire à une meilleure protection de l'environnement.** L'agriculture et la production alimentaire représentent la clé de voûte de nos régimes alimentaires et de notre nutrition. La culture de denrées alimentaires consomme 70 % des ressources mondiales d'eau douce et utilise 38 % des terres de la planète. Les pratiques agricoles actuelles génèrent 20 % de l'ensemble des émissions de gaz à effet de serre, tandis que l'élevage de bétail exploite 70 % des terres cultivables. Il est ainsi essentiel d'adopter une meilleure alimentation pour garantir des systèmes de production alimentaire plus durables.

**2. Une bonne alimentation soutient le développement économique.** Le retard de croissance perturbe l'importante « infrastructure de la matière grise » – le développement du cerveau – qui est essentielle pour bâtir l'avenir et renforcer l'économie. Investir en faveur de cette infrastructure permet de soutenir le développement humain tout au long de la vie et d'accroître les capacités mentales et productives, tout en offrant un retour sur investissement de 16 dollars pour chaque dollar investi. La nutrition est corrélée à la croissance du PIB : la prévalence du retard de croissance diminue d'environ 3,2 % pour chaque tranche d'augmentation de 10 % du revenu par habitant et une hausse de 10 % du revenu s'accompagne d'une baisse de 7,4 % de l'émaciation.

**3. Une bonne alimentation allège la charge pesant sur les systèmes de santé.** La santé est indissociable de la nutrition. Une bonne alimentation entraîne une réduction des maladies et, par là même, une baisse de la pression exercée sur les systèmes de santé, déjà mis à rude épreuve, pour dispenser des services de traitement et de prévention.

**4. Une bonne alimentation soutient l'équité et l'inclusion** en agissant comme un facteur de meilleurs résultats en matière d'éducation, d'emploi, d'autonomisation des femmes et de réduction de la pauvreté. Les enfants recevant une alimentation équilibrée ont 33 % plus de chance d'échapper à la pauvreté à l'âge adulte. Par ailleurs, chaque centimètre de croissance supplémentaire peut s'accompagner d'une augmentation de près de 5 % du taux de rémunération. Les régimes alimentaires nutritifs et sains favorisent de meilleures performances scolaires. Les enfants moins touchés par le retard de croissance au cours de leurs premières années de vie obtiennent des résultats supérieurs aux évaluations cognitives et physiques.

**5. Une bonne alimentation et une meilleure sécurité alimentaire encouragent la paix et la stabilité.** D'autres éléments de preuve sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle que jouent la malnutrition et l'insécurité alimentaire dans les conflits. Néanmoins, les données probantes disponibles montrent qu'investir en faveur du renforcement de la résilience alimentaire et nutritionnelle participe également à réduire les troubles et à renforcer la stabilité.

### 3. S'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition par le biais des ODD permettra une avancée considérable dans la lutte contre ce fléau.

La nutrition est un rouage indispensable sans lequel la machine des ODD ne pourra pas fonctionner correctement. Nous n'atteindrons pas notre objectif d'éliminer la malnutrition sans nous attaquer aux autres facteurs importants de ce problème. Les causes de la malnutrition sont nombreuses et variées et sont étroitement liées aux actions menées en faveur des autres ODD.

**1. La production alimentaire durable** est essentielle pour améliorer les résultats en matière de nutrition. Les rendements agricoles diminueront à mesure que les températures augmentent au-delà de 3 °C. L'augmentation des émissions de dioxyde de carbone entraînera un appauvrissement des protéines, du fer, du zinc et des autres micronutriments contenus dans la plupart des cultures nourrissant une grande partie de la planète. Les pratiques de pêche non durables menacent 17 % des sources mondiales de micronutriments essentiels et de protéines. Il est nécessaire d'adopter des politiques et de réaliser des investissements visant à maintenir et accroître la diversité des paysages agricoles afin de permettre aux petites et moyennes exploitations de continuer à produire les 53 à 81 % de micronutriments essentiels qu'elles génèrent actuellement.

**2. La solidité de l'infrastructure des systèmes** joue un rôle prépondérant pour garantir des régimes sûrs, nutritifs et sains, une eau salubre et des services d'assainissement. L'infrastructure qui constitue les « systèmes alimentaires » responsables d'acheminer les aliments du champ à l'assiette est capitale si nous voulons réduire le gaspillage alimentaire, qui s'élève actuellement à 30 % des aliments produits, et lutter contre la contamination des denrées alimentaires qui provoque des diarrhées, une insuffisance pondérale et des décès chez les jeunes enfants. Sachant que l'eau insalubre et le mauvais assainissement sont responsables de 50 % des cas de sous-alimentation, il est nécessaire de mettre en place une infrastructure qui garantisse des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement équitables. Une attention particulière doit être portée aux villes. Selon les estimations, d'ici 2050, 66 % de la population vivra en ville. Pourtant, les bidonvilles et les quartiers défavorisés restent mal desservis, tandis que l'infrastructure a facilité l'approvisionnement en nourriture augmentant le risque d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire.

**3. Les systèmes de santé** ont un rôle important à jouer dans la promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de supplémentation, d'alimentation thérapeutique, de conseil nutritionnel visant à réguler le surpoids et l'insuffisance pondérale, et de dépistage des MNT liées au régime alimentaire chez les patients. Pourtant, notre analyse montre que les systèmes de santé ne répondent pas aux besoins : par exemple, seuls 5 % des enfants âgés de 0 à 59 mois devant recevoir un traitement au zinc en bénéficient. Par ailleurs, la moitié des pays n'ont pas mis en œuvre les directives relatives à la gestion des MNT. Il est donc important de déployer à une échelle suffisante des actions essentielles

en nutrition qui s'appuient sur des preuves substantielles afin de garantir que les populations en ayant le plus besoin en bénéficient et de tester les interventions de lutte contre les MNT liées au régime alimentaire pour déterminer quelles sont les mesures les plus efficaces au sein du système de santé.

**4. L'équité et l'inclusion** ont une incidence sur les résultats en matière de nutrition : l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes passe obligatoirement par la prise en compte de l'équité dans la répartition des richesses, l'éducation et la problématique hommes-femmes. Un cinquième de la population mondiale, soit 767 millions de personnes, vit aujourd'hui en situation d'extrême pauvreté et recense 46 % des cas de retard de croissance. Cette tranche de la population est souvent délaissée ou exclue. En parallèle, il est important de mettre en place des mesures visant à pallier le risque d'obésité croissante qui accompagne le développement économique. Il est estimé qu'une hausse de 10 % du revenu par habitant augmente le taux d'obésité de 4,4 %, tout en sachant que le fardeau de l'obésité pèse de plus en plus sur les pays les moins avancés sur le plan économique. L'insécurité alimentaire grave demeure un problème majeur à l'échelle mondiale, avec un taux de 30 % en Afrique et de 7 % en Europe. Des mesures doivent être prises pour s'assurer que les femmes sont considérées et traitées de manière équitable afin qu'elles puissent allaiter et prendre soin de leur propre alimentation.

**5. La paix et la stabilité** sont des composantes essentielles du combat pour éliminer la malnutrition. La proportion de personnes sous-alimentées dans les pays en proie aux conflits et aux crises prolongées est près de trois fois supérieure à celle des autres pays en développement. L'instabilité à long terme peut aggraver l'insécurité alimentaire de multiples façons. Dans les situations les plus défavorables, les conflits peuvent conduire à la famine. En cas de conflit ou de situation d'urgence, il est capital d'inclure des actions en faveur de la nutrition dans les interventions de réduction des risques de catastrophe et de reconstruction post-conflit.

## 4. Le financement d'une approche plus intégrée d'amélioration de la nutrition à l'échelle universelle est parfaitement possible.

Malgré le coût économique et sanitaire élevé de la malnutrition, les investissements en faveur de l'amélioration de la nutrition restent insuffisants. Une nouvelle analyse réalisée cette année a révélé que les dépenses intérieures engagées pour lutter contre la sous-alimentation varient d'un pays à un autre, certains allouant plus de 10 % de leur budget à la nutrition, d'autres y consacrant des sommes beaucoup moins importantes. À l'échelle mondiale, les décaissements affectés par les donateurs au domaine de la sous-alimentation ont augmenté de 1 % (5 millions de dollars US) entre 2014 et 2015, mais leur part dans l'aide publique au développement (APD) a diminué, passant de 0,57 % en 2014 à 0,50 % en 2015. En 2015, les dépenses consacrées à la prévention et à la prise en charge de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire représentaient 0,01 % du budget total de l'APD tous secteurs confondus, malgré l'important fardeau que constituent ces maladies dans le monde

entier. Si certains donateurs ouvrent la voie à l'inversion de cette tendance, ils vont avoir besoin, pour parvenir à leurs fins, d'investissements beaucoup plus importants.

La meilleure façon d'améliorer la nutrition est que les gouvernements et d'autres acteurs investissent dans ce domaine de manière intégrée. Notre analyse de cette année montre que les gouvernements dépensent davantage en faveur des secteurs jouant un rôle important dans les causes sous-jacentes de la malnutrition que pour les interventions spécifiques à la nutrition. Il convient d'étudier les nouvelles opportunités pouvant être créées par des mécanismes innovants de financement et par les flux d'investissements existants, et qui pourraient générer des gains multiples dans différents secteurs. Le monde ne peut tout simplement pas se permettre de passer outre une approche plus intégrée de l'investissement dans le secteur de la nutrition.

## 5. Pour ne laisser personne de côté, nous devons combler les lacunes et modifier la manière dont nous analysons et utilisons les données.

Le Rapport sur la nutrition mondiale a toujours appelé à faire preuve de plus de rigueur en matière de collecte de données pour assurer la redevabilité. Cette année, nous insistons sur le fait que les déficits de données limitent la redevabilité et freinent les progrès. Pour améliorer la nutrition à l'échelle universelle, nous devons collecter de manière plus systématique des données ventilées de meilleure qualité et plus détaillées. En effet, le manque de données ventilées par quintile de richesse, sexe, zone géographique, âge et handicap a été identifié comme étant l'un des obstacles spécifiques à l'amélioration de la nutrition. Les moyennes nationales ne suffisent pas à discerner les laissés-pour-compte. Nous devons recueillir des données ventilées sur toutes les formes de malnutrition, et ce dans chaque pays, car les niveaux nutritionnels peuvent varier au sein des ménages même. Cette étape est indispensable si nous voulons nous assurer que les populations marginalisées et vulnérables ne sont pas laissées de côté dans la mise en œuvre du Programme de développement durable.

Deux déficits de données notables portent sur les adolescents et les apports nutritionnels. Il est crucial de disposer de données de meilleure qualité sur les adolescents si nous voulons pouvoir demander des comptes à la communauté internationale concernant l'élimination des problèmes de nutrition survenant durant une étape si importante de la vie. De même, une méconnaissance de l'alimentation des populations nous empêchera d'élaborer des interventions efficaces pour améliorer leur régime alimentaire.

Se contenter de collecter les données ne suffit pas. Nous devons activement les exploiter pour faire des choix plus éclairés, mais aussi pour plaider en faveur de la prise de décision politique et l'alimenter. Il conviendra de recueillir, rassembler et exploiter les données en vue de renforcer le dialogue, les partenariats, les actions et les responsabilités nécessaires pour mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes.

## 6. Nous devons veiller à ce que les promesses faites se traduisent en engagements concrets qui soient respectés.

Sans un engagement politique profond en faveur de la nutrition qui soit pleinement intégré dans les pratiques de gouvernance des gouvernements, de coordination des organismes multilatéraux, d'engagement de la société civile et de gestion des entreprises, les promesses d'amélioration de la nutrition resteront vaines.

Les mécanismes de redevabilité, tels que le Rapport sur la nutrition mondiale, visent à garantir que ces promesses sont tenues dans la pratique. Les engagements pris en 2013 dans le cadre du processus Nutrition pour la croissance (N4G) se voulaient être des engagements profonds. Depuis, des avancées ont été constatées sur ce point. Sur les 203 engagements contractés lors du sommet N4G de 2013, 36 % sont en bonne voie (58) ou ont déjà été atteints (16). Toutefois, le processus N4G appelle à mieux faire. Tout d'abord, en garantissant la possibilité de demander des comptes aux gouvernements, aux organismes multilatéraux, à la société civile et aux entreprises quant à la mise en œuvre de leurs engagements, tout en s'assurant que ces derniers sont conformes aux principes SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps). Ces engagements doivent être ambitieux et pertinents au vu du problème. Il est tout aussi essentiel que les promesses visent à satisfaire simultanément différentes ambitions et à garantir que personne ne soit laissé de côté.

En fin de compte, traiter la question de la nutrition nécessite de l'endurance. Nous devons créer un monde dans lequel une mauvaise nutrition sera considérée comme totalement inacceptable et qui reconnaîtra la bonne alimentation comme norme sociale à l'échelle mondiale. Les mécanismes de redevabilité doivent être élaborés avec soin afin qu'ils encouragent cet engagement plus profond de la part de toutes les parties prenantes.

## 7. Les actions à double ou à triple fonction offrent une formidable opportunité d'atteindre les cibles mondiales de nutrition tout en favorisant la réalisation d'autres objectifs de développement.

Jusqu'à présent, aucun pays n'a été en mesure d'enrayer la hausse de l'obésité. Les pays voyant apparaître une hausse de la prévalence de cette pathologie doivent prendre des mesures au plus vite pour ne pas reproduire certaines erreurs commises par leurs voisins à revenu élevé. Des actions à double fonction s'attaquant à plus d'une forme de malnutrition à la fois peuvent être identifiées et mises en œuvre. Elles permettront d'améliorer l'efficacité et le rendement du temps, de l'énergie et des ressources investis en vue d'améliorer la nutrition. Par exemple, les actions de promotion et de

protection de l'allaitement maternel sur le lieu de travail bénéficient aux deux composantes du double fardeau de la malnutrition ; l'aménagement urbain peut être utilisé comme levier pour garantir l'accès à une alimentation salubre et nutritive, à un prix abordable, dans les zones mal desservies, et dissuader l'approvisionnement d'aliments augmentant le risque d'obésité ; garantir un point d'accès à l'eau salubre dans les communautés et les lieux de vie commune réduit le risque de sous-alimentation et constitue une alternative viable aux boissons sucrées ; les services de soins de santé universels peuvent être restructurés pour inclure la prévention à la fois de la sous-alimentation et des MNT liées au régime alimentaire ; et le suivi des dépenses d'aide au développement peut être amélioré de sorte à surveiller plus efficacement le financement de la lutte contre le double fardeau de la malnutrition.

Tout d'abord, nous appelons les parties prenantes chargées de la mise en œuvre et du financement des programmes et des politiques préoccupées par la sous-alimentation à passer en revue leurs actions afin de s'assurer qu'elles saisissent toutes les occasions possibles de réduire les risques d'obésité et de MNT liées au régime alimentaire, tout en veillant à ne pas inverser les progrès réalisés en matière de lutte contre la sous-alimentation. Cette analyse doit avoir lieu dans l'année à venir. Les chercheurs, pendant ce temps, sont invités à identifier les situations dans lesquelles ces approches à double fonction peuvent fonctionner de manière optimale et les stratégies à adopter pour y parvenir.

De même, les actions « à triple fonction » s'attaquant à la malnutrition et à d'autres problèmes de développement pourraient générer de nombreux avantages pour l'ensemble des ODD. Par exemple, la diversification du secteur de la production alimentaire peut présenter de nombreux bénéfices : a) en garantissant la base d'un approvisionnement en aliments nutritifs essentiel pour combattre la sous-alimentation et prévenir les MNT liées au régime alimentaire ; b) en permettant la sélection de cultures riches en micronutriments et bénéfiques pour les écosystèmes ; et c) si les femmes incarnent des actrices majeures de la production alimentaire, en leur donnant les moyens de devenir des entrepreneurs innovants de la chaîne de valeur alimentaire, tout en minimisant la charge en termes de travail et de temps. Accroître l'accès à des fourneaux à haut rendement énergétique permettrait d'améliorer l'état de santé nutritionnel des ménages et la santé pulmonaire, de gagner du temps, de préserver les forêts et les écosystèmes associés et de réduire les émissions de gaz à effet de serre. Les programmes d'alimentation scolaire pourraient être mieux structurés afin de réduire la sous-alimentation, de veiller à ce que les enfants ne soient pas exposés de manière excessive à des aliments augmentant le risque d'obésité, de garantir un revenu aux agriculteurs, et d'encourager les enfants à poursuivre leur scolarité et/ou à augmenter leurs capacités d'apprentissage sur les bancs de l'école. Par ailleurs, des politiques et stratégies d'alimentation pourraient être mises en œuvre dans les zones urbaines en vue de réduire le changement climatique, le gaspillage alimentaire, l'insécurité alimentaire et la malnutrition. L'aide humanitaire peut servir de plateforme pour promouvoir des régimes alimentaires nutritifs et de qualité, tout en renforçant la résilience par le biais des institutions locales et des réseaux de soutien.

Dans l'ensemble, une plus grande interaction entre les différents secteurs offre une formidable opportunité d'atteindre les ODD. Pour y parvenir, nous devons tous modifier nos méthodes de travail. Un changement radical est nécessaire dans la manière dont le monde aborde la nutrition. Il ne s'agit pas seulement de débloquer plus de moyens financiers, mais aussi de décompartmenter les actions et de traiter conjointement des questions de nutrition. Si vous œuvrez pour un gouvernement ou une entreprise ou faites partie de la société civile, demandez-vous quelle est l'importance des interactions entre l'ensemble des ODD dans le cadre des investissements et engagements que vous prenez et des actions que vous menez. Passez ensuite à l'action : définissez une action à triple fonction et faites de sa mise en œuvre une priorité.

La modification de nos méthodes de travail passe aussi par la refonte du dialogue que les intervenants du secteur de la nutrition entretiennent avec les autres secteurs. En tant que partie prenante de ce secteur, nous devons dialoguer avec eux pour chercher à savoir comment nous pouvons les aider et participer à la réalisation de leurs objectifs, et non leur demander uniquement de l'aide. Pour renforcer nos actions, les différentes communautés œuvrant en faveur de la nutrition – qu'elles travaillent sur la sous-alimentation, l'obésité, les MNT liées au régime alimentaire, la santé maternelle et de l'enfant ou l'aide humanitaire – doivent unir leurs forces pour peser davantage dans la balance. Enfin, nous devons placer l'être humain au cœur de toutes nos interventions – en mobilisant tous les acteurs et en nous rassemblant en faveur de ce droit fondamental qui nous concerne tous sans exception, y compris nos familles.

**S'il y a une information à retenir à la lecture du présent rapport, c'est que l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes permettra d'améliorer les résultats de tous les ODD. Qui que vous soyez, et quelles que soient les problématiques sur lesquelles vous travaillez, vous pouvez contribuer à la réalisation des ODD, et vous pouvez aider à mettre un terme à la malnutrition. Si rien n'est fait, demain, au moins une personne sur trois souffrira de malnutrition. Vous pouvez réorienter cette trajectoire. Le défi est immense, mais les possibilités le sont encore plus.**

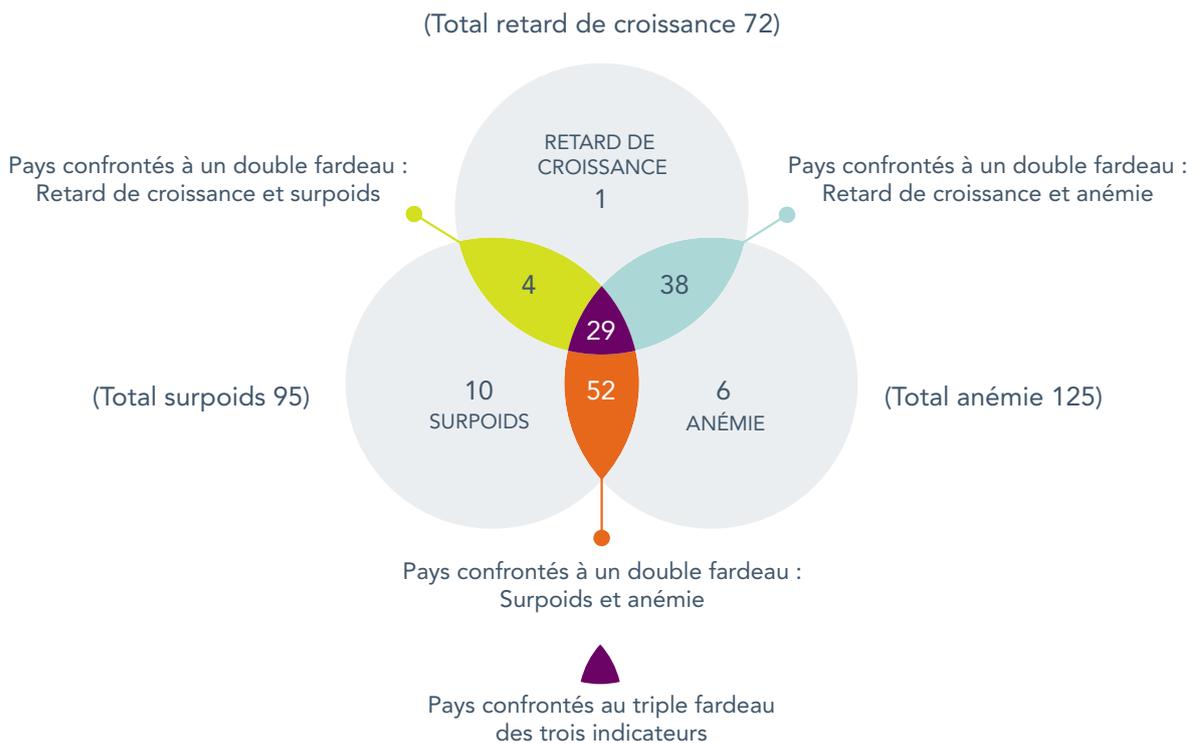


Un programme transformateur  
pour la nutrition :  
Pour tous et par tous

Au cours des dernières décennies, d'importantes mesures ont été prises au niveau mondial afin d'améliorer la nutrition. Toutefois, il reste encore beaucoup à accomplir. Le nombre d'enfants souffrant de sous-alimentation chronique ou présentant un retard de croissance a chuté dans de nombreux pays, tout comme le nombre d'enfants atteints de malnutrition aiguë ou d'émaciation. Cependant, la charge reste élevée et les taux de sous-nutrition n'ont pas baissé assez rapidement pour suivre le rythme des tendances mondiales. L'obésité demeure un enjeu majeur, le nombre d'enfants et d'adultes atteints de surpoids ou d'obésité étant en augmentation.

La malnutrition reste globalement un problème considérable et universel, puisqu'elle touche au moins une personne sur trois sous une forme ou sous une autre (figure 1.2)<sup>1</sup>. Aucun pays dans le monde n'est épargné : presque tous sont confrontés à un défi de taille en matière de nutrition. Les 140 pays qui disposent de données permettant de suivre le retard de croissance chez l'enfant, l'anémie chez la femme en âge de procréer et le surpoids chez la femme adulte indiquent que les fardeaux de la malnutrition sont multiples (figure 1.1). Tous ces pays sont confrontés à au moins un de ces problèmes nutritionnels majeurs, et 123 d'entre eux (88 %) sont lourdement touchés par deux ou trois de ces formes de malnutrition<sup>2</sup>.

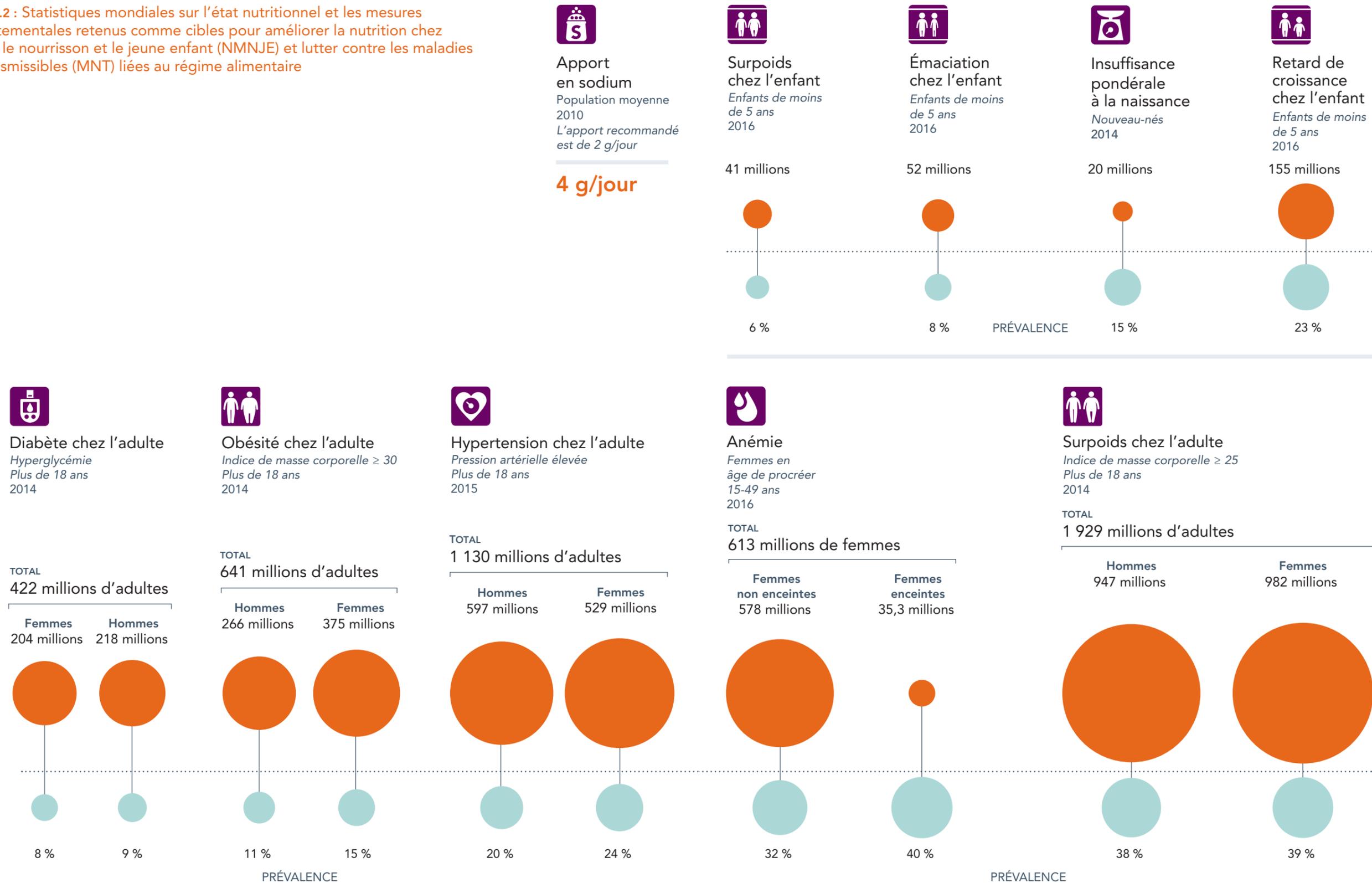
FIGURE 1.1 : Nombre de pays confrontés au fardeau de la malnutrition



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après les données provenant des estimations conjointes de la malnutrition infantile du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Groupe de la Banque mondiale, 2017 ; OMS, 2017a ; OMS, 2017b<sup>3</sup>.

Remarque : 72 pays sont touchés par le fardeau du retard de croissance : 1 par le retard de croissance seulement, 38 par le retard de croissance et l'anémie, 4 par le retard de croissance et le surpoids, et 29 par le retard de croissance, le surpoids et l'anémie. 125 pays sont touchés par le fardeau de l'anémie : 6 par l'anémie seulement, 38 par l'anémie et le retard de croissance, 52 par l'anémie et le surpoids, et 29 par l'anémie, le retard de croissance et le surpoids. 95 pays sont touchés par le fardeau du surpoids : 10 par le surpoids seulement, 52 par le surpoids et l'anémie, 4 par le surpoids et le retard de croissance, et 29 par le surpoids, l'anémie et le retard de croissance.

**FIGURE 1.2 : Statistiques mondiales sur l'état nutritionnel et les mesures comportementales retenus comme cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) et lutter contre les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire**



Source : estimations conjointes de la malnutrition infantile de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale, 2017 ; OMS 2017 ; UNICEF 2016 ; base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et réseau NCD Risk Factor Collaboration ; Mozaffarian et al., 2014 ; Zhou B et al., 2017<sup>a</sup>  
 Remarque : \*la ventilation réalisée par l'OMS en 2017<sup>b</sup> et les chiffres par sexe ne sont pas disponibles. Remarque : la glycémie élevée se caractérise par une glycémie à jeun  $\geq 7,0$  mmol/L, la prise d'un traitement pour hyperglycémie ou un diagnostic de diabète ; l'hypertension se caractérise par une pression sanguine élevée ou par une pression systolique et/ou diastolique  $\geq 140/90$  mmHg. La prévalence correspond à la proportion de la population atteignant la cible.

En outre, les famines actuelles aggravent la malnutrition pour des millions de personnes à travers le monde<sup>6</sup> (figure 1.3). Dans les quatre pays déclarés en état de famine (nord du Nigéria, Somalie, Soudan du Sud et Yémen), auxquels s'ajoutent l'Éthiopie et le Kenya, actuellement aux prises avec la sécheresse, le nombre de personnes en situation d'insécurité alimentaire sévère atteint le chiffre effarant de 38 millions. Dans ces mêmes pays, 1,796 million d'enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë

sévère, et 4,960 millions présentent une malnutrition aiguë modérée<sup>7</sup>. Pire encore, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a récemment fait savoir que le nombre de personnes dans le monde n'ayant pas accès à un apport calorique suffisant est en augmentation depuis 2015, annulant des années de progrès<sup>8</sup>. Par ailleurs, le nombre de personnes souffrant de sous-alimentation chronique dans le monde aurait atteint 815 millions, contre 777 millions en 2015<sup>9</sup>.

**FIGURE 1.3 : L'insécurité alimentaire et la malnutrition dans les situations de famine et de sécheresse, chiffres de juillet 2017**



Source : UNICEF. Lutte contre la famine. État d'avancement (11 juillet 2017). New York : UNICEF, 2017<sup>10</sup>.

Malgré tout, l'espoir et la détermination sont là pour parvenir à éliminer toutes les formes de malnutrition. S'il est toujours possible d'en apprendre davantage, nous disposons d'ores et déjà de nombreux éléments probants sur les causes et les conséquences de la malnutrition, et sur ce que nous pouvons faire pour la prévenir et la combattre. En outre, les mouvements et les gouvernements ont intensifié leurs efforts pour lutter contre ce fléau à plusieurs niveaux et à travers différents types d'engagements. Ces engagements à réduire la malnutrition ont été pris dans le cadre de politiques et de plans nationaux, et ont permis d'accroître les fonds alloués par les gouvernements et les donateurs.

La mise en place de processus internationaux et la définition d'objectifs mondiaux se sont également accélérées. Depuis 2015, les objectifs de développement durable (ODD) incluent une cible visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes (cible 2.2) ainsi que d'autres cibles liées à la nutrition (p. ex. la cible 3.4). Le Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G), le suivi de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et la Décennie d'action pour la nutrition (2016-2025) constituent des processus politiques importants pour les engagements et la redevabilité en matière de nutrition.

## Transformer la nutrition grâce aux ODD

En 2015, reconnaissant l'importance d'améliorer la nutrition, les 193 pays membres des Nations Unies ont inclus dans les ODD une cible (2.2) visant à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes. Les ODD ont pour but de « transformer notre monde » selon une vision qui peut se résumer en deux mots : universelle – pour tous, dans tous les pays – et intégrée – par chacun, en collaborant pour atteindre tous les objectifs fixés<sup>11</sup>. Les mêmes conditions s'appliquent à tous les ODD. Comme énoncé dans la résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*<sup>12</sup> :

« Au nom des peuples que nous servons, nous avons adopté un accord historique portant sur une série complète d'objectifs et de cibles à caractère *universel*, qui sont ambitieux, axés sur l'être humain et porteurs de changement. [...]

Nous sommes résolus à libérer l'humanité de la tyrannie de la pauvreté et du besoin, à prendre soin de la planète et à la préserver. Nous sommes déterminés à prendre les mesures audacieuses et porteuses de transformation qui s'imposent d'urgence pour engager le monde sur une voie durable, marquée par la résilience. Et nous nous engageons à *ne laisser personne de côté* dans cette quête collective. [...]

Ce Programme a une portée et une importance sans précédent. Il est accepté par tous les pays et *applicable à tous*, compte tenu des réalités, capacités et niveaux de développement de chacun et dans le respect des priorités et politiques nationales. Les *objectifs et les cibles qui y sont énoncés ont un caractère universel* et concernent le monde entier, pays développés comme pays en développement. Ils sont *intégrés et indissociables* et concilient les trois dimensions du développement durable. [...]

Atteindre le but que nous nous sommes donné ne sera possible que si les objectifs de développement durable sont *intimement liés et leur mise en œuvre intégrée*. Si nous réalisons toutes les ambitions affichées dans ce Programme, chacun vivra bien mieux dans un monde meilleur. »

(L'italique a été ajouté pour mettre les éléments en évidence.)

Ce Programme établit une vision transformatrice de la nutrition. Chacun devrait avoir droit à une nutrition de qualité, et chacun devrait être impliqué dans la réalisation de ce droit. Des décennies d'expérience nous ont appris que *l'universalité et l'intégration* sont essentielles pour améliorer les résultats en matière de nutrition. Tout d'abord, la malnutrition est universelle : elle ne touche pas seulement un groupe de pays ni certaines personnes (Gros plan 1.1). Tous les pays, riches ou pauvres, sont confrontés à une forme ou une autre de malnutrition. Même les pays les moins touchés renferment des poches de pauvreté et d'inégalité associées à la malnutrition. C'est pourquoi l'élimination de la malnutrition implique de ne laisser personne de côté, en s'assurant que le progrès profite à tous et que chacun est pris en compte.

Et pour y parvenir, pour s'attaquer véritablement à la malnutrition, il conviendra d'adopter une approche

intégrée (Gros plan 1.2). Les faits démontrent que les actions mises en place par le « secteur de la nutrition » seul sont limitées. Ainsi, on estime que la mise en œuvre des dix interventions<sup>13</sup> s'attaquant directement au retard de croissance permettrait de réduire ce problème de 20 % seulement à l'échelle mondiale<sup>14</sup>. Les actions déployées doivent lutter contre les causes profondes de la malnutrition, des problématiques abordées par les autres ODD<sup>15</sup>.

### GROS PLAN 1.1 QU'EST-CE QUE « L'UNIVERSALITÉ » DES ODD ET COMMENT SE TRADUIT-ELLE DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ? Judith Randel

Universel signifie « pour tous ». L'universalité du Programme de développement durable reconnaît le caractère commun des difficultés que rencontrent de nombreuses personnes à travers le monde. Une approche universelle de la nutrition implique d'identifier les différents visages de la malnutrition, les plus visibles étant l'obésité et l'insuffisance pondérale, et de s'assurer que les politiques qui permettent de les combattre sont en place. Cela signifie que les entreprises et les institutions, les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) doivent non seulement accorder une attention particulière à ceux que le progrès a oubliés au sein de leur propre communauté, mais également assumer leur responsabilité en faisant en sorte que ces derniers ne soient pas laissés un peu plus sur le bord du chemin.

L'universalité suppose de savoir qui bénéficie du progrès et qui s'en trouve exclu. Les données sur la prévalence (proportion de la population) et les moyennes nationales ne sont pas suffisantes, car elles peuvent masquer des niveaux de charge et de progrès très différents. Pour parvenir à l'universalité, chaque pays doit comptabiliser sa population afin de savoir *qui* la compose et *où* elle se répartit sur le territoire. Si cette condition peut sembler évidente et élémentaire, les données indiquent qu'un tiers des enfants dans le monde n'ont pas été déclarés à la naissance. Parmi les enfants les plus pauvres, cette proportion atteint les deux tiers<sup>16</sup>. Les données doivent être ventilées de manière à mettre en évidence qui est atteint et qui ne l'est pas. Le défi est de taille, mais dans un premier temps il est envisagé d'utiliser un ensemble de ventilations minimales couvrant le quintile de richesse (l'un des cinq groupes de revenu), le sexe, la zone géographique, l'âge et le handicap<sup>17</sup>.

L'universalité n'est pas seulement une question de données et de mise en œuvre, elle implique également un changement de culture. Elle prend en compte la réalité du monde du XX<sup>e</sup> siècle, dans lequel les anciennes catégories de pays « développés » ou « en développement », « Nord » ou « Sud » sont de moins en moins pertinentes. L'adoption d'une perspective universelle permet de découvrir ce qui fonctionne dans les différentes sociétés et de progresser de manière plus rapide, plus globale, plus équitable et plus inclusive.

## GROS PLAN 1.2 QU'EST-CE QUE « L'INTÉGRATION » DES ODD ET COMMENT SE TRADUIT-ELLE DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ?

Corinna Hawkes

« Intégré » signifie que tous les objectifs sont indissociables et doivent être atteints « par tous », en établissant des liens entre les différents secteurs et toutes les composantes de la société. L'un des aspects de l'intégration dont l'importance est reconnue depuis longtemps dans le domaine de la nutrition, des MNT et, plus largement, de la santé est la **multisectorialité/l'intersectorialité**, qui fait référence aux mesures prises par d'« autres » secteurs afin de soutenir (en l'occurrence) les objectifs de nutrition et de santé<sup>18</sup>. Dans les années 1970, la prise de conscience que la nutrition était « l'affaire de tous mais la responsabilité de personne » a donné naissance au concept de « planification multisectorielle de la nutrition »<sup>19</sup>. Dans les années 2000, le terme « intégration de la nutrition » était utilisé pour décrire la manière dont les interventions en faveur de la nutrition devaient devenir partie intégrante des priorités de développement, au même titre que la réduction de la pauvreté, la santé maternelle et infantile et l'agriculture<sup>20</sup>. Depuis 2013, l'expression « contribuant à la nutrition » est employée pour qualifier les programmes d'autres secteurs qui s'attaquent aux causes sous-jacentes de la malnutrition<sup>21</sup>.

La **cohérence des politiques** est un deuxième aspect de l'intégration dont l'importance a été reconnue plus récemment en matière de nutrition, à l'occasion de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition en 2014<sup>22</sup>. En 2017, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a organisé une Conférence mondiale sur les MNT axée sur la cohérence des différentes sphères de l'élaboration des politiques. En l'espèce, la cohérence des politiques se rapporte aux politiques des différents

gouvernements qui soutiennent activement les objectifs en matière de nutrition ou de MNT plutôt que celles qui les entravent. Le domaine plus large du développement s'intéresse depuis de nombreuses années à la cohérence des politiques dans le but principal de s'assurer que les politiques nationales et étrangères soutiennent les objectifs des pays en développement<sup>23</sup>. Les ODD portent la cohérence des politiques à un degré encore supérieur. À travers la cible 17.14 relative à la cohérence des politiques de développement durable, les ODD appellent tous les gouvernements, ainsi que la société civile et le secteur privé, à se pencher sur les liens existant entre les différents secteurs, les pays et les générations en vue d'atteindre les objectifs fixés<sup>24</sup>.

Cette approche plus générale, qui reconnaît les multiples niveaux d'interaction, se trouve au cœur de la vision « intégrée » des ODD, à savoir atteindre plusieurs objectifs grâce à des actions communes. Pour y parvenir, chacun doit s'impliquer au-delà de ses propres objectifs afin d'obtenir des résultats pour l'ensemble des ODD. C'est cet aspect de l'intégration qui appelle à accroître le niveau d'exigence des actions en matière de nutrition et de développement. Tous les ODD interagissent de façon différente<sup>25</sup>. Si des outils ont été créés afin d'aider les pays et les autres parties prenantes à élaborer des plans intégrés en faveur des ODD, il reste encore beaucoup à faire pour mettre en œuvre des mesures qui tirent parti de ces interactions<sup>26</sup>. Mais il est également possible de penser et d'agir autrement, par exemple, en démontrant comment l'amélioration de la nutrition peut agir comme un catalyseur sur l'ensemble des ODD, et en intensifiant les efforts afin de concrétiser cette vision.

Pour traiter véritablement les questions de nutrition, il convient en outre de s'interroger sur les différentes formes de malnutrition qui existent. Si chacune d'elles a ses propres spécificités, toutes partagent les mêmes causes (Gros plan 1.3). Or, à ce jour, les diverses formes de malnutrition sont traitées de manière compartimentée. Une vision intégrée implique de retirer un double bénéfice des mesures qui sont prises grâce à ce que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a appelé pour la première fois les actions « à double fonction ». Il s'agit d'interventions, de programmes et de politiques capables de réduire à la fois le risque ou le fardeau de la sous-alimentation d'une part, et du surpoids, de l'obésité ou des MNT liées au régime alimentaire d'autre part<sup>27</sup>. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017*, nous examinons également la possibilité de mettre en place des actions « à triple fonction », qui visent à atteindre des objectifs supplémentaires à partir de programmes communs (chapitre 3).

Les ODD placent la barre plus haut afin de lutter contre toutes les formes de malnutrition, pour tous et par tous, en

reconnaissant les interactions qui existent entre la nutrition et les objectifs de développement plus généraux. Des changements profonds doivent intervenir pour faire avancer les choses en ce sens. Nous devons imaginer des idées, des approches et des actions nouvelles et relever les défis qui se feront jour<sup>28</sup>.

Par exemple :

- Concernant l'universalité, nous ignorons la plupart du temps *qui sont les laissés-pour-compte* – en général, cette information n'apparaît pas dans les moyennes nationales ni dans les taux de prévalence. Même les données sur les ménages ne permettent pas de mettre en évidence les inégalités entre les différents membres du foyer selon le sexe, l'âge, le handicap, la caste, la tribu, la race ou d'autres critères<sup>29</sup>. En outre, et bien que les enfants nécessitent une protection et une attention particulières, il existe peu de données fiables et homogènes concernant ceux âgés de plus de 5 ans et les adolescents en dehors de la

tranche d'âge 15-19 ans. Par conséquent, des pans entiers de la population sont laissés de côté faute de collecte systématique de données sur la nutrition (Gros plan 1.1).

- Concernant l'intégration, nous ignorons *quelle est la meilleure façon de procéder*<sup>30</sup>. Si certains pays prennent des mesures visant à ancrer les ODD au sein des gouvernements<sup>31</sup>, très peu de rapports nationaux consacrés aux ODD comportent des chapitres sur les moyens de mise en œuvre de l'intégration au niveau du pays<sup>32</sup>. Des efforts sont déployés afin d'intégrer les parties prenantes et les secteurs concernés dans le cadre d'initiatives et de structures de gouvernance nouvelles. Pourtant, les gouvernements nationaux, les chercheurs, les ONG, les entreprises et le système des Nations Unies continuent à travailler de manière compartimentée. Compte tenu du grand nombre de secteurs impliqués, « la croyance erronée la plus répandue est que quelqu'un d'autre se chargera de résoudre le problème »<sup>33</sup>.

Malgré ces difficultés, nous devons saisir l'occasion que nous offre ce programme « pour tous et par tous ». Il s'agit d'une chance unique de faire en sorte que la Décennie d'action pour la nutrition (2016-2025) proclamée par les 193 pays membres des Nations Unies devienne une « décennie de transformation ». La décennie pour la nutrition nous donne l'occasion de catalyser les efforts de *tous* afin d'éliminer toutes les formes de malnutrition dans le cadre des ODD, tout en contribuant plus largement aux objectifs de développement<sup>34</sup>.

Cette démarche passe également par la reconnaissance du droit de chacun à une nutrition adéquate. Les droits liés à la nutrition sont directement reconnus et protégés par un éventail de traités relatifs aux droits de l'homme. La Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes souligne le droit des femmes à la santé, y compris à « une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ». Parallèlement, la Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant oblige les gouvernements à « [l]utter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs »<sup>35</sup>. Les parties prenantes sont de plus en plus nombreuses à reconnaître qu'une approche de la nutrition fondée sur les droits de l'homme est essentielle pour permettre à chacun de jouir des avantages inhérents à une nutrition de qualité.

Cependant, le respect des droits exige une redevabilité. La redevabilité est un aspect important en matière de nutrition – elle est cruciale pour réaliser les objectifs de ce programme ambitieux. Une redevabilité efficace encourage et facilite l'action. Elle consiste à assumer la responsabilité des engagements qui ont été pris, à les concrétiser et à en rendre compte. Être redevable signifie exercer le pouvoir de manière responsable.

Depuis 2014, le Rapport sur la nutrition mondiale s'attache à améliorer la redevabilité des actions en matière de nutrition. Dans le contexte de la vision transformatrice énoncée par les ODD, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* dresse un nouvel état des lieux de la situation nutritionnelle dans

le monde et examine les éléments nécessaires pour obtenir des résultats universels dans le cadre d'une mise en œuvre intégrée. À cet effet, le présent rapport s'articule autour des quatre axes suivants :

#### **1. Suivi des progrès accomplis dans la réalisation universelle des objectifs de nutrition.**

Le Rapport sur la nutrition mondiale compare les progrès réalisés sur le plan national aux cibles fixées à l'échelle mondiale pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) et lutter contre les MNT liées au régime alimentaire, mais aussi par rapport aux cibles 2.2 et 3.4 des ODD relatives à la nutrition. Cette année, nous identifions également les données manquantes et les lacunes liées à leur utilisation qui limitent notre capacité à suivre les progrès vers des améliorations universelles, c'est-à-dire l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030, dans *tous* les pays et pour *tous* (chapitre 2).

#### **2. Mise en relation de la nutrition avec l'ensemble des ODD.**

Cette année, nous posons les fondements qui permettront d'agir pour la nutrition de façon plus intégrée en vue d'atteindre les cibles fixées sur l'ensemble des ODD. Le chapitre 3 tente de déterminer si, et le cas échéant comment, l'amélioration de la nutrition peut agir comme un catalyseur sur l'ensemble des ODD, et quelles mesures sont nécessaires dans le cadre de ces derniers pour permettre la réalisation des cibles mondiales de nutrition. Enfin, il donne des exemples d'actions à « double fonction » et à « triple fonction » qui peuvent être menées.

#### **3. Le suivi du financement comme moyen de mise en œuvre d'une vision universelle et intégrée.**

Le financement est crucial pour l'exécution des mesures : l'ODD 17 désigne le financement comme un « moyen de mise en œuvre ». Le chapitre 4 présente les dernières données disponibles sur le financement de la nutrition par les gouvernements et les principaux donateurs, en soulignant les domaines clés des ODD qui nécessitent davantage d'investissements et dans lesquels les données financières sont insuffisantes.

#### **4. Réflexion sur les progrès réalisés à l'égard des engagements pris lors du sommet Nutrition pour la croissance.**

Dans le rapport de cette année, nous faisons le point sur les engagements pris dans le cadre du processus Nutrition pour la croissance (« N4G »), une initiative visant à rassembler les diverses parties prenantes mondiales pour investir dans la lutte contre la malnutrition. Notre but est de présenter les réalisations obtenues au cours des quatre dernières années en vue de tenir les engagements pris à cette occasion pour 2020. Enfin, nous abordons les répercussions sur les engagements nécessaires pour faire avancer le programme universel et intégré en vue de parvenir à une décennie de transformation de la nutrition (chapitre 5).

## **GROS PLAN 1.3 LES CAUSES COMMUNES AUX DIFFÉRENTES FORMES DE MALNUTRITION<sup>36</sup>**

Corinna Hawkes, Alessandro Demaio et Francesco Branca

Pour répondre aux exigences établies par les ODD, qui appellent à mettre en place des cadres intégrant les différents objectifs et problématiques, nous pouvons identifier certaines causes communes aux diverses formes de malnutrition. Celles-ci sont abordées dans deux notes d'orientation publiées par l'OMS en 2017 : *The Double Burden of Malnutrition* et *Double-duty actions for nutrition*<sup>37</sup>.

### **L'épigénétique**

On pense que l'altération de l'expression des gènes (par activation ou inhibition) influe sur le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de surpoids, d'obésité et de MNT. Ces altérations peuvent résulter de facteurs environnementaux tels que le régime alimentaire, la pratique d'une activité physique, la consommation de drogues et l'exposition à des substances chimiques, ce qui crée des liens intergénérationnels pour la sous-alimentation, l'obésité et les MNT. Par exemple, un retard de croissance intra-utérin dû à une sous-alimentation de la mère modifiera la façon dont l'organisme du nourrisson régule l'énergie.

### **La nutrition au début de la vie**

La qualité et la quantité des éléments nutritifs reçus au cours du développement fœtal et pendant la petite enfance ont un effet sur la fonction immunitaire de l'organisme, le développement cognitif et la régulation du stockage et des dépenses énergétiques. Ainsi, en apportant les nutriments essentiels à la croissance et au développement, le colostrum et le lait maternel influencent la biologie et les habitudes nutritionnelles de l'enfant. Un autre lien concerne la mauvaise nutrition de la mère avant et pendant la grossesse, susceptible d'entraîner un risque accru d'anémie maternelle, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. Les nouveau-nés de faible poids peuvent présenter un risque plus élevé de développer un syndrome métabolique ou une obésité abdominale au cours de leur vie.

### **Les facteurs socio-économiques**

Les facteurs économiques et sociaux tels que la pauvreté, le sexe, l'autonomisation des femmes et l'éducation affectent toutes les formes de malnutrition de différentes façons (chapitre 3). Par exemple, les inégalités de revenu et de richesse sont en corrélation étroite avec la sous-alimentation. Les schémas d'inégalité associés à l'obésité et aux problèmes de santé connexes observés dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont plus complexes. En outre, ils dépendent du développement et de la situation économiques et épidémiologiques du pays. Globalement, la tendance à l'obésité constatée chez les groupes de statut socio-économique inférieur se manifeste actuellement plus rapidement dans les pays à faible revenu qu'elle ne l'a fait dans ceux à revenu élevé.

### **L'environnement**

La qualité de l'environnement est un facteur influant sur toutes les formes de malnutrition. Ainsi, le manque d'aliments nutritifs dans « l'environnement alimentaire » d'une population peut entraîner des risques liés à un régime alimentaire inadapté et déséquilibré. Les autres aspects importants qui caractérisent l'environnement d'une population concernent son milieu de vie et ses conditions de travail, qui influencent l'accès aux services améliorés d'eau et d'assainissement et la capacité à allaiter, ainsi que le cadre bâti qui favorise ou décourage l'activité physique.

### **Les systèmes alimentaires**

Ils sont à la base de l'alimentation humaine et des environnements alimentaires. Ils englobent la production agroalimentaire (y compris l'horticulture, la pisciculture et l'élevage de bétail et de petits animaux), les modes de traitement et de transformation agroalimentaires, la distribution et la commercialisation des denrées alimentaires et leur mise à disposition par la vente au détail ou d'autres moyens. Les systèmes alimentaires jouent un rôle crucial dans les habitudes alimentaires de la population et dans le risque de sous-alimentation ou d'obésité.

Le Rapport sur la nutrition mondiale n'a de valeur que s'il est utilisé. Notre public et nos partenaires doivent s'approprier les données qui y sont présentées afin d'appeler à des progrès plus rapides et de demander aux décideurs et aux responsables de la mise en œuvre de rendre compte de leurs actions. Nous envisageons ce rapport comme une intervention : nous comptons sur vous – partenaires gouvernementaux, donateurs, entreprises, société civile et universitaires – pour l'utiliser afin de mobiliser une action plus efficace en faveur de la nutrition, et faire avancer la réflexion engagée. Chacun a un rôle à jouer.

- **Si vous êtes décideur, responsable budgétaire ou responsable de la mise en œuvre**, ce rapport constitue une source d'inspiration pour intégrer l'action en faveur de la nutrition. Mettez en application les approches qui y sont décrites, sans vous y limiter, en vous attaquant aux menaces actuelles et futures de la malnutrition qui pèsent sur votre pays, votre secteur ou votre communauté. Servez-vous de ce rapport pour accroître votre capacité à mettre en œuvre des interventions universelles qui ne laissent personne de côté. Inspirez-vous de ce rapport pour obtenir de meilleurs résultats en matière de nutrition et, plus largement, en matière de développement, ainsi que pour tirer un meilleur « rendement » de votre investissement<sup>38</sup>.

- **Si vous agissez en tant que défenseur**, ce rapport vous permettra de donner un coup de projecteur aux défis rencontrés par votre pays, votre secteur ou votre communauté dans le domaine de la nutrition. Utilisez-le pour mettre ceux qui exercent le pouvoir face à la responsabilité qui leur incombe de combattre toutes les formes de malnutrition de manière intégrée, en ne laissant personne de côté. Enfin, vous pouvez vous appuyer sur ce rapport pour militer en faveur de la correction du manque d'exhaustivité des données et des lacunes dans leur utilisation, qui entravent la redevabilité.
- **Si vous êtes chercheur**, demandez-vous si les lacunes identifiées dans ce rapport en matière de données et de recherche pourraient alimenter vos futurs travaux. Interrogez-vous sur les meilleures façons d'approfondir les données de manière à analyser les moyens d'améliorer l'intégration et à identifier et corriger la situation des laissés-pour-compte.

Nous invitons tous les lecteurs du présent rapport à se mobiliser pour que les cibles mondiales de nutrition soient atteintes et que la Décennie d'action pour la nutrition soit une « décennie de transformation », qui fasse de la nutrition non pas seulement un objectif, mais aussi un catalyseur contribuant à la réalisation des objectifs de développement dans tous les pays, pour tous et par tous.

# 2



## Suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition

### Points clés

1. Globalement, le monde est mal parti pour atteindre les cibles mondiales de nutrition :
  - Les avancées mondiales vers la réduction du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans ne sont pas suffisamment rapides pour atteindre la cible de 2025. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids est en augmentation.
  - Le nombre d'enfants atteints d'émaciation ne diminue pas assez vite pour atteindre la cible de 2025. Les famines, les conflits latents, et les sécheresses, inondations et autres catastrophes d'origine climatique vont fortement compliquer la lutte contre le retard de croissance.
  - L'allaitement exclusif au sein des nourrissons âgés de 0 à 5 mois a légèrement progressé (+ 2 % par rapport aux données de référence). Cette évolution est positive mais encore trop lente.
  - L'anémie chez les femmes en âge de procréer augmente depuis 2012 ; aucun pays n'est en bonne voie d'atteindre la cible fixée.
  - La probabilité d'enrayer la hausse du diabète et de l'obésité d'ici 2025 est inférieure à 1 %.
2. Au niveau régional, le nombre d'enfants présentant un retard de croissance augmente en Afrique, et les cas d'émaciation sont toujours nombreux en Asie.
3. Au niveau national, aucun pays n'est en bonne voie d'atteindre cinq des six cibles mondiales fixées en matière de nutrition de la mère et de l'enfant, et peu sont parvenus à contrer l'augmentation des cas de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes. Trois pays sont bien partis pour atteindre quatre cibles : allaitement exclusif au sein, retard de croissance chez l'enfant, émaciation et surpoids.
4. Les déficits de données demeurent un obstacle de taille au suivi des multiples fardeaux de la malnutrition, et ce à l'échelle universelle. Des données ventilées sont nécessaires afin de s'assurer que personne n'est laissé de côté en raison de sa situation géographique, de son âge, de son appartenance ethnique ou de son sexe. Or ces données sont manquantes, tout comme celles relatives aux adolescents et aux apports nutritionnels.
5. Il est également nécessaire d'améliorer la coordination des données, ainsi que leur interprétation et leur utilisation par les décideurs dans le cadre de l'établissement des priorités nationales, afin de comparer les progrès aux cibles mondiales de nutrition.

Quelles mesures faudra-t-il prendre pour éliminer universellement la malnutrition d'ici 2030, et ce sous toutes ses formes, dans tous les pays et pour tous ? Comment avancer vers la réalisation des cibles 2.2 et 3.4 des objectifs de développement durable (ODD), directement liées aux résultats en matière de nutrition ?

Ce chapitre fait un point sur la situation mondiale et nationale concernant la réalisation de ce que l'on peut appeler les « cibles mondiales de nutrition ». Il exploite les données nationales disponibles sur la prévalence afin de déterminer aussi précisément que possible quelles sont les populations touchées par la sous-alimentation, le surpoids/l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, et où elles vivent. Il souligne également les déficits de données qui entravent l'adoption d'une approche plus universelle du suivi des améliorations de la nutrition à travers le monde.

## Cibles mondiales de nutrition

Les cibles mondiales volontaires adoptées par les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin d'améliorer la nutrition peuvent être utilisées pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles des ODD. Le Rapport sur la nutrition mondiale suit ces cibles mondiales de nutrition depuis quatre ans. Elles se composent comme suit :

- **cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE)** : les six cibles mondiales adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012 devant être atteintes d'ici 2025<sup>1</sup> ;
- **cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire** : trois des neuf cibles mondiales adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013 devant être atteintes d'ici 2025<sup>2</sup>.

Les « cibles pour améliorer la NMNJE » et les « cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire » recourent dans une large mesure les cibles 2.2 et 3.4 des ODD (figure 2.1), soulignant les synergies entre les ODD et les activités de suivi menées actuellement pour lutter contre la malnutrition. Si chaque cible est indépendante et distincte des autres, toutes sont intégrées et rattachées par des liens fondamentaux et sous-jacents démontrant que la situation nutritionnelle résulte de nombreux facteurs qui forment un tout indissociable propre à chaque individu (Gros plan 1.2, chapitre 1).

Les cibles relatives à la NMNJE ont pour but principal d'améliorer cette dernière d'ici 2025. À l'échelle mondiale, leur suivi est assuré au moyen de six indicateurs. Les cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire s'inscrivent dans le Cadre mondial de suivi pour les MNT, qui définit des cibles afin de suivre les progrès dans la réalisation des objectifs relatifs aux quatre MNT qui entraînent le plus grand nombre de décès – dont trois sont liées à des causes d'origine alimentaire, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains cancers – et à leurs facteurs de risque.

L'OMS joue un rôle de chef de file majeur dans le suivi des cibles relatives à la NMNJE et aux MNT liées au régime alimentaire, ainsi que dans leur alignement étroit sur la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025)<sup>3</sup>. De plus, elle fournit aux pays des orientations pour leur permettre de fixer leurs propres cibles nationales, dans le respect de leurs priorités et de leurs capacités en matière d'amélioration de la NMNJE et de lutte contre les MNT. Ces orientations figurent dans le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant<sup>4</sup> et dans le Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020<sup>5</sup>. Les cibles et les indicateurs font l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale afin d'encourager la communauté internationale de la nutrition à rendre des comptes. Ces cibles et indicateurs sont présentés à la figure 2.1.

## Avancées mondiales et nationales vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

Le suivi et les évaluations présentés dans le rapport de cette année montrent qu'à l'échelle planétaire, le monde est mal parti pour atteindre la plupart des cibles mondiales de nutrition sur lesquelles des données sont disponibles (figure 2.2). Les analyses exposées se substituent à celles des Rapports sur la nutrition mondiale précédents, car elles tiennent compte des nouvelles données de l'année écoulée, qui reposent sur des méthodologies améliorées et des estimations plus fiables (voir le Gros plan 2.2 et l'annexe 1).

**FIGURE 2.1 : Cibles et indicateurs mondiaux pour l'amélioration de l'état et des comportements nutritionnels**

CIBLES MONDIALES DE NUTRITION 2025 ADOPTÉES PAR LES MEMBRES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE)	
<b>CIBLE 1</b> RETARD DE CROISSANCE chez les enfants de moins de 5 ans	Réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance Retard de croissance* chez les enfants âgés de moins de 5 ans
<b>CIBLE 2</b> ANÉMIE	Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer Femmes âgées de 15 à 49 ans présentant un taux d'hémoglobine < 12 g/dL (non enceintes) ou < 11 g/dL (enceintes)
<b>CIBLE 3</b> INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE	Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance Enfants nés avec un poids < 2 500 g
<b>CIBLE 4</b> SURPOIDS chez les enfants de moins de 5 ans	Pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale Surpoids** chez les enfants âgés de moins de 5 ans
<b>CIBLE 5</b> ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN	Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 % Nourrissons âgés de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein
<b>CIBLE 6</b> ÉMACIATION chez les enfants de moins de 5 ans	Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant Émaciation*** chez les enfants âgés de moins de 5 ans
Cadre mondial de suivi pour les MNT	
<b>CIBLE 4</b> CONSOMMATION DE SEL DE LA POPULATION	Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel (chlorure de sodium) dans la population Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus
<b>CIBLE 6</b> HYPERTENSION CHEZ L'ADULTE	Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus, par sexe
<b>CIBLE 7</b> DIABÈTE CHEZ L'ADULTE SURPOIDS CHEZ L'ADULTE OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE	Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité Prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la glycémie/du diabète chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus, par sexe Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité* chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus, par sexe Prévalence standardisée selon l'âge de l'obésité** chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus, par sexe

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2030 CORRESPONDANTS

Objectif 2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable	
<b>CIBLE 2.2</b> RETARD DE CROISSANCE chez les enfants de moins de 5 ans ÉMACIATION chez les enfants de moins de 5 ans SURPOIDS chez les enfants de moins de 5 ans	D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées 2.2.1 Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans 2.2.2 Prévalence de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans
Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	
<b>CIBLE 3.4</b>	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 et promouvoir la santé mentale et le bien-être 3.4.1 Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques

Source : analyse réalisée par les auteurs d'après les données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la Division de statistique de l'ONU<sup>6</sup>.

Remarques : \*le retard de croissance correspond à un rapport taille/âge situé à plus de deux écarts-types en dessous de la médiane indiquée par les Normes OMS de croissance de l'enfant (soit -2 z-scores). \*\*Chez l'enfant, le surpoids correspond à un rapport poids/taille situé à plus de deux écarts-types au-dessus de la médiane indiquée par les Normes OMS de croissance de l'enfant (soit +2 z-scores). \*\*\*L'émaciation correspond à un rapport poids/taille situé à plus de deux écarts-types en dessous de la médiane indiquée par les Normes OMS de croissance de l'enfant (soit -2 z-scores). \*Le surpoids et l'obésité correspondent à un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25. \*\*L'obésité correspond à un IMC ≥ 30.

FIGURE 2.2 : Avancées mondiales vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

INDICATEUR	CIBLE	ANNÉE DE RÉFÉRENCE	ÉTAT DE RÉFÉRENCE	CIBLE POUR 2025	EN BONNE OU EN MAUVAISE VOIE ?	COMMENTAIRES
<b>Cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant</b>						
RETARD DE CROISSANCE chez les enfants de moins de 5 ans	<b>CIBLE 1</b> Réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance	2012	162 millions	~100 millions		Le taux de réduction annuel moyen (TRAM) actuel (2,3 %) est inférieur au taux requis.
ÉMACIATION chez les enfants de moins de 5 ans	<b>CIBLE 6</b> Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant	2012	8 %	< 5 %		La prévalence mondiale était de 7,7 % en 2016.
SURPOIDS chez les enfants de moins de 5 ans	<b>CIBLE 4</b> Pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale	2012	7 %	Pas d'augmentation de la prévalence		La proportion de référence pour 2012 a été révisée à 5,7 % dans les estimations de 2015. La prévalence actuelle est de 6 %, légèrement supérieure à ce seuil et donc en mauvaise voie.
ANÉMIE	<b>CIBLE 2</b> Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer	2012	29 %	15 %		La prévalence mondiale était de 32,8 % en 2016. (La proportion de référence pour 2012 a été révisée à 30 % en 2016. La prévalence actuelle reflète l'augmentation enregistrée depuis.)
INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE	<b>CIBLE 3</b> Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance	2008 À 2012	15 %	10 %		Nouvelles estimations à venir
ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN	<b>CIBLE 5</b> Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %	2008 À 2012	38 %	≥ 50 %		En progrès En 2016, 40 % des nourrissons âgés de 0 à 5 mois étaient exclusivement nourris au sein. Une augmentation de deux points de pourcentage sur quatre ans reflète des progrès très limités.

EN MAUVAISE VOIE

Source : analyse réalisée par les auteurs à partir des données de l'OMS, 2012, 2014, du réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2016, de Stevens G. A. et al., 2013, de Zhou B. et al., 2017 et de l'UNICEF, 2016.

INDICATEUR	CIBLE	ANNÉE DE RÉFÉRENCE	ÉTAT DE RÉFÉRENCE	CIBLE POUR 2025	EN BONNE OU EN MAUVAISE VOIE ?	COMMENTAIRES
<b>Cibles relatives aux MNT liées à la nutrition</b>						
SURPOIDS CHEZ L'ADULTE	<b>CIBLE 7</b> Enrayer l'augmentation de la prévalence	2014	Hommes 38 % Femmes 39 %	Enrayer l'augmentation de la prévalence		
OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE	<b>CIBLE 7</b> Enrayer l'augmentation de la prévalence	2014	Hommes 11 % Femmes 15 %	Enrayer l'augmentation de la prévalence		D'après les projections pour 2025, la probabilité d'atteindre la cible mondiale est proche de zéro.
DIABÈTE CHEZ L'ADULTE Élévation de la glycémie	<b>CIBLE 7</b> Enrayer l'augmentation de la prévalence	2014	Hommes 9 % Femmes 8 %	Enrayer l'augmentation de la prévalence		D'après les projections pour 2025, la probabilité d'atteindre la cible mondiale est faible (< 1 % pour les hommes et 1 % pour les femmes).
HYPERTENSION CHEZ L'ADULTE Pression artérielle élevée	<b>CIBLE 6</b> Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale	2014	Hommes 24 % Femmes 20 % Hommes 18 % Femmes 15 %	À déterminer ultérieurement		Projections non disponibles
CONSOMMATION DE SEL DE LA POPULATION Chlorure de sodium	<b>CIBLE 4</b> Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel	2010	Apport moyen en sodium 4 g/jour	Apport moyen en sodium 2,8 g/jour	À déterminer ultérieurement	Projections non disponibles

EN MAUVAISE VOIE

## Avancées nationales vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

Au niveau national, l'évaluation des avancées vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition montre clairement que les nombreux déficits de données existants limitent notre capacité à analyser de manière rigoureuse les quatre cibles suivantes : retard de croissance, émaciation, surpoids et allaitement exclusif au sein (figure 2.3). Toutefois, plusieurs pays sont en bonne voie d'atteindre ces cibles ou progressent vers leur réalisation. Nous présentons sur notre site Internet des données nationales sur la prévalence, les taux de changement actuels et requis (le cas échéant), ainsi qu'une évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition. Les données figurant dans les tableaux servent également à établir les Profils nutritionnels nationaux disponibles sur le site du Rapport sur la nutrition mondiale (voir le Gros plan 2.1), qui présentent les avancées et d'autres indicateurs relatifs à la malnutrition et à ses déterminants.

- **Pour améliorer la NMNJE** : d'après les données disponibles, 18 pays sont bien partis pour atteindre la cible relative au retard de croissance. Ils sont 29 pour ce qui concerne l'émaciation, 31 pour le surpoids et 20 pour l'allaitement exclusif au sein. Aucun pays n'est en bonne voie de réduire l'anémie chez les femmes en âge de procréer (figure 2.3). Malheureusement, les chiffres mettent également en évidence le manque de données nécessaires pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des cibles relatives à l'amélioration de la NMNJE, de sorte que de nombreux pays ne peuvent être classés ni en bonne ni en mauvaise voie.
- **Pour enrayer la hausse de l'obésité** : tous les pays pour lesquels des données sont disponibles avaient une probabilité inférieure à 0,5 (50 % de chances) d'atteindre la cible de 2025 et sont donc mal partis pour atteindre les cibles relatives à l'obésité si cette tendance à la hausse se poursuit.
- **Pour enrayer la hausse du diabète** : huit pays avaient une probabilité d'au moins 0,5 d'atteindre la cible de 2025 chez les hommes, à savoir l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Finlande, l'Islande, Nauru, Singapour et la Suède. Tous sont des pays à revenu élevé, à l'exception de Nauru, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure situé en Océanie. Si rien n'est fait, la plupart des pays d'Asie, d'Afrique, d'Amérique latine et d'Amérique du Nord ne parviendront pas à endiguer la progression du diabète chez les hommes. Les progrès réalisés pour enrayer la hausse du diabète chez les femmes sont un peu plus satisfaisants, 26 pays affichant une probabilité d'au moins 0,5 d'atteindre la cible fixée : l'Allemagne, l'Andorre, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Brunei Darussalam, le Canada, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, Malte, Nauru, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République de Corée, la République populaire démocratique de Corée, Singapour, la Suède et la Suisse.

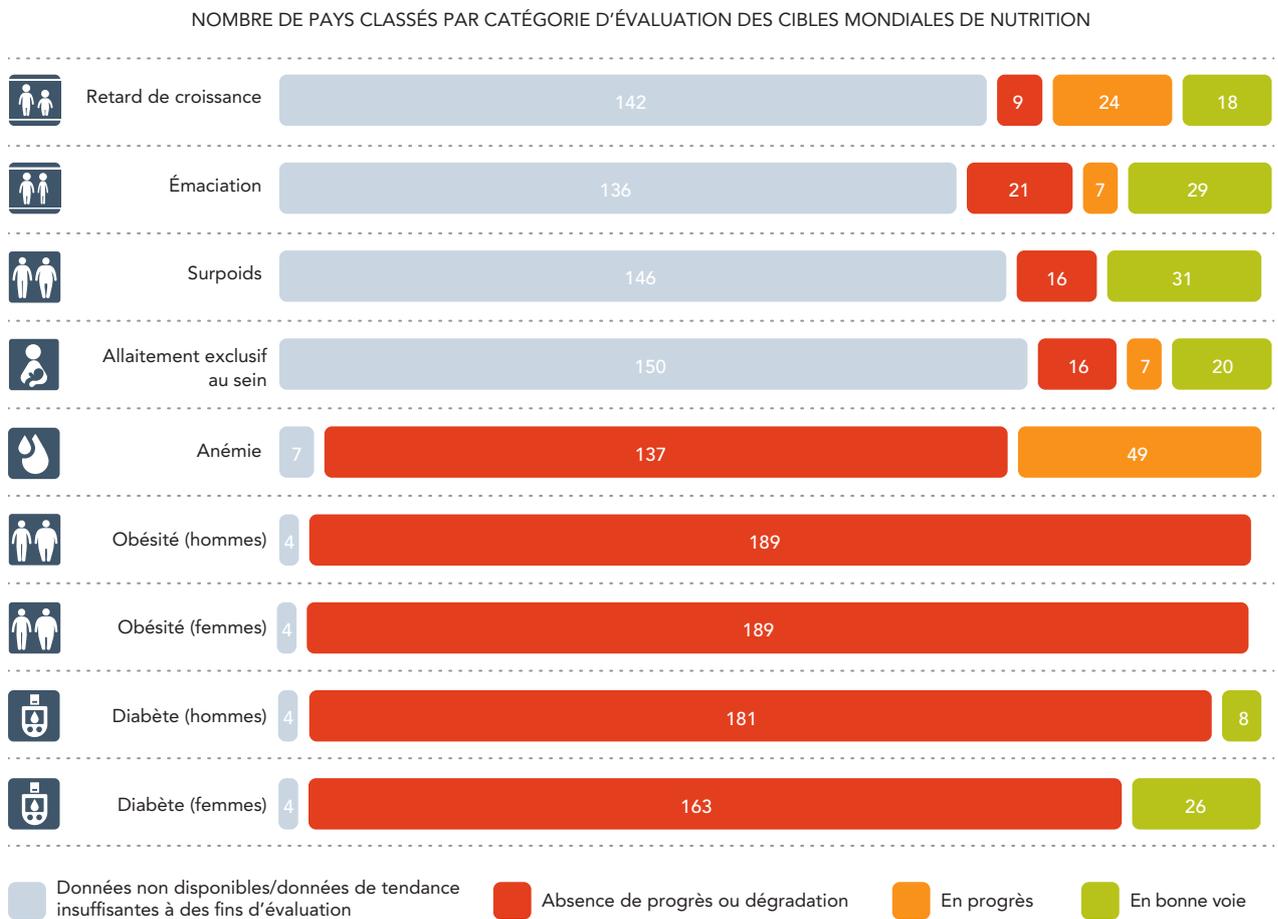
### GROS PLAN 2.1 PROFILS NUTRITIONNELS NATIONAUX DU RAPPORT SUR LA NUTRITION MONDIALE Komal Bhatia et Tara Shyam

Le Rapport sur la nutrition mondiale publie sur son site Internet les Profils nutritionnels de chacun des 193 États membres des Nations Unies. Les profils ont été actualisés en 2017 à partir des nouvelles données disponibles, le cas échéant, et intègrent les données présentées dans le rapport de cette année. Ces documents de deux pages offrent un aperçu de plus de 80 indicateurs sur la situation nutritionnelle et ses déterminants, les disponibilités alimentaires, la couverture des interventions et les politiques qui favorisent une bonne nutrition dans les 193 pays de l'ONU, ainsi que dans les six régions et 22 sous-régions.

Les profils sont conçus pour permettre aux utilisateurs de visualiser et d'analyser rapidement les données, ou d'identifier leurs éventuelles lacunes, concernant les progrès accomplis en matière de réduction de la malnutrition pour une zone géographique donnée. Ils offrent aux défenseurs de la nutrition la possibilité de plaider pour des actions de plus grande envergure, mais également d'appuyer les interventions des autres secteurs. Les profils peuvent également permettre aux acteurs des secteurs connexes de découvrir les objectifs et les défis communs, d'identifier des moyens pour intégrer la nutrition dans leurs activités, et d'exploiter l'effet multiplicateur que l'amélioration de la nutrition peut produire sur la poursuite de leurs objectifs.

Les données utilisées pour établir les profils proviennent de sources mises à la disposition du public par de nombreux organismes. Les données d'enquête sont exploitées lorsque cela est pertinent et issues d'une méthodologie rigoureuse. Dans les autres cas, et lorsque la situation s'y prête, on utilise des estimations modélisées. Bien que d'autres sources de données fiables puissent exister au niveau national, celles qui servent à établir les profils sont conformes aux normes convenues à l'échelle internationale, afin de garantir leur cohérence et leur comparabilité d'un pays à l'autre. Pour en savoir plus sur les sources et les définitions des données utilisées dans les profils, nous vous invitons à consulter les notes techniques qui figurent sur la page des Profils nutritionnels nationaux sur le site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale. Vous y trouverez également un lien vers les données utilisées pour établir les profils de chaque pays<sup>8</sup>.

**FIGURE 2.3 : Progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition en nombre de pays pour chaque catégorie évaluée, 2017**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après les données provenant des estimations conjointes de la malnutrition infantile de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale, 2017, de Stevens G. A. et al., 2013 et du réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2017<sup>o</sup>.

Remarques : N=193. Certaines cibles sont exclues de l'analyse car les données doivent être complétées ou faire l'objet d'un travail méthodologique supplémentaire avant d'être utilisées : insuffisance pondérale à la naissance, obésité chez l'adolescent, hypertension et consommation de sel. Les données relatives à l'anémie chez les femmes en âge de procréer reposent sur des estimations modélisées ; seuls 30 % des pays ont effectué au moins une enquête après l'année de référence (2012). Pour plus d'informations, voir l'annexe 1 et le Gros plan 2.2.

## GROS PLAN 2.2 MÉTHODES DE SUIVI DES PROGRÈS MONDIAUX ET NATIONAUX Komal Bhatia

Les méthodes utilisées pour évaluer les avancées mondiales et nationales vers la réalisation des cibles relatives à la NMNJE reposent sur des méthodologies révisées mises au point par le Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM) de l'OMS et de l'UNICEF<sup>10</sup>. Elles diffèrent de celles utilisées dans le cadre du *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. Les règles de suivi des progrès accomplis dans la réalisation des cibles relatives aux MNT liées au régime alimentaire ont également été modifiées afin de tenir compte des nouvelles données disponibles et pour des raisons d'ordre méthodologique. Ces changements de méthode posent certaines difficultés en ce qui concerne la continuité des évaluations et leur comparabilité aux rapports précédents. Cependant, la valeur ajoutée qu'apportent ces règles plus détaillées et plus rigoureuses en termes de fiabilité et de légitimité des évaluations l'emporte largement sur ces inconvénients.

Les évaluations nationales, pour les pays qui disposent de données de qualité recueillies fréquemment, doivent permettre des prises de décision éclairées. Elles s'efforcent d'éviter toute critique injustifiée basée sur des données de prévalence très anciennes ou d'estimations particulièrement instables du taux de changement susceptibles d'amener à des conclusions incorrectes quant aux progrès accomplis. Au lieu de cela, les déficits de données nationales doivent inciter à agir pour une collecte plus efficace et plus régulière des données afin de favoriser l'action et la redevabilité.

Le Rapport sur la nutrition mondiale vise à évaluer, dans la mesure du possible, les progrès accomplis par rapport aux données initiales et/ou années cibles (« dernier point de référence ») plutôt qu'à comparer la situation à l'année du rapport précédent. Ainsi, nous pouvons prendre en compte les évolutions des données à plus long terme en exploitant toutes les informations disponibles.

L'annexe 1 décrit en détail les nouvelles méthodes utilisées pour évaluer les progrès accomplis en matière de réalisation des cibles mondiales de nutrition. Nous vous invitons à vous y reporter pour comprendre comment ces évaluations sont réalisées.

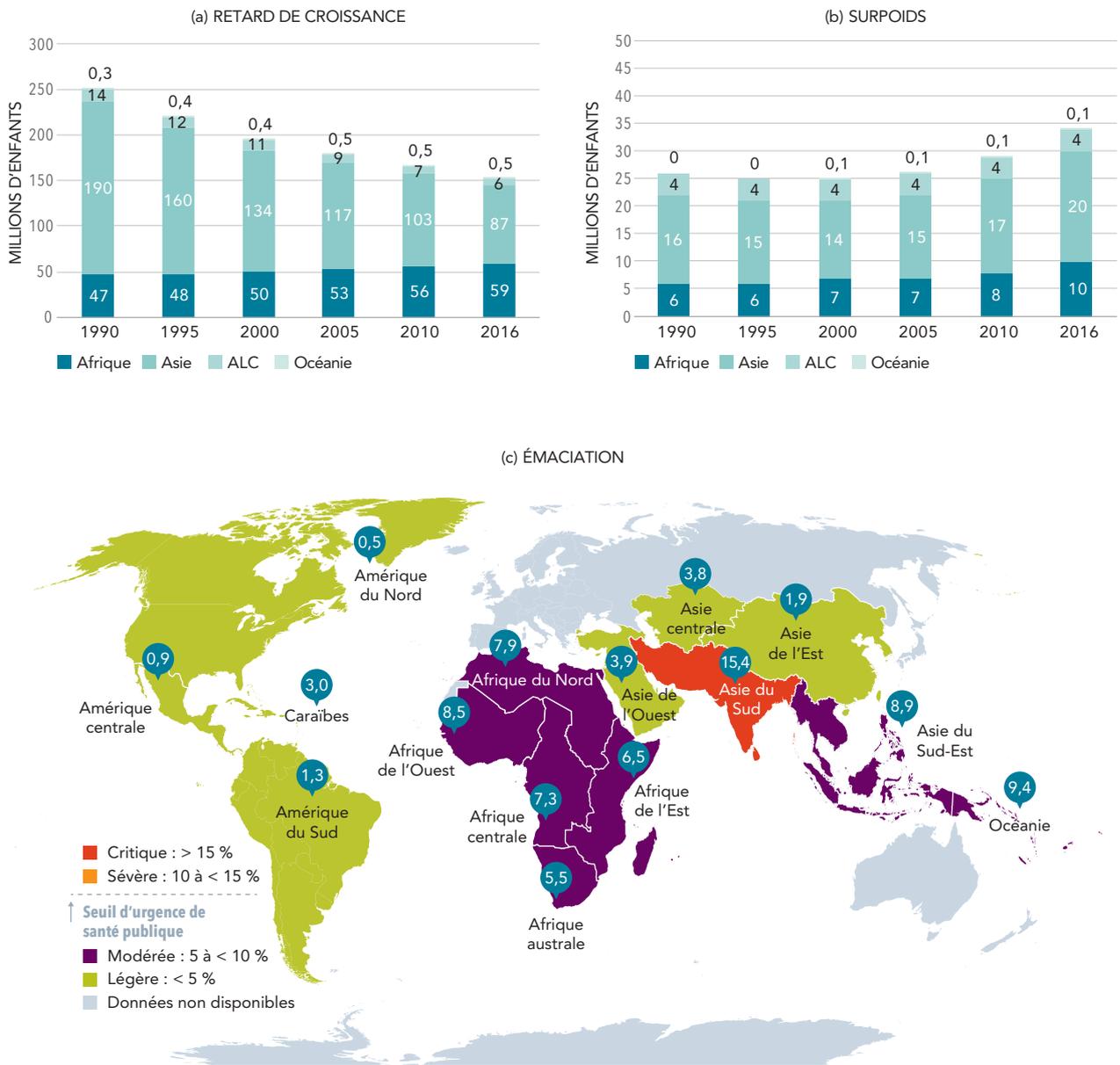
## Prévalence et répartition de la malnutrition entre les régions

Dans notre démarche d'universalité, il convient d'examiner la prévalence du fardeau de la malnutrition, sa localisation et les sous-populations touchées au sein des pays. Des données infranationales ventilées à un niveau plus détaillé seraient encore plus efficaces pour s'assurer que personne n'est laissé de côté. Ces déficits de données sont abordés dans la partie intitulée *Données requises pour le suivi des progrès accomplis dans l'obtention de résultats universels* (page 24).

### La malnutrition chez l'enfant

À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants présentant un retard de croissance a fortement baissé depuis 1990. Toutefois, les tendances varient d'une région à l'autre, et cette diminution s'opère à un rythme inégal entre les régions et les sous-régions. L'Afrique est la seule région du monde où le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance a *augmenté* malgré une baisse de la prévalence. À elle seules, l'Afrique et l'Asie supportent la quasi-totalité du fardeau mondial du retard de croissance (figure 2.4a). En 2016, deux enfants sur cinq présentant un retard de croissance et plus de la moitié des enfants émaciés dans le monde vivaient en Asie du Sud. Au cours de la même période, le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids a sensiblement augmenté à l'échelle mondiale (figure 2.4b), atteignant 40,6 millions en 2016<sup>11</sup>. Par ailleurs, en Asie du Sud, plus de 15 % des enfants de moins de 5 ans étaient atteints d'émaciation en 2016 (27,6 millions, figure 2.4c). Cette situation constitue une urgence majeure de santé publique (tout comme une prévalence supérieure à 10 %) et reflète un problème grave et immédiat.

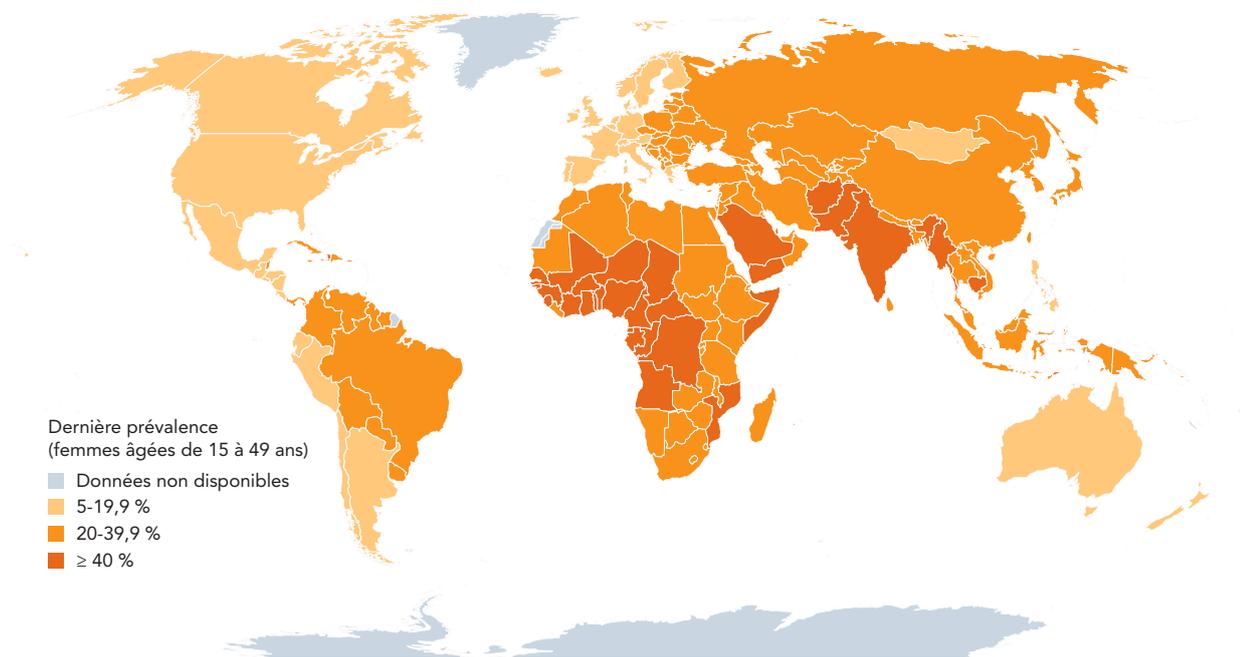
**FIGURE 2.4 : Enfants de moins de 5 ans atteints a) d'un retard de croissance (1990-2016), b) de surpoids (1990-2016) et c) d'émaciation (2016), par région**



Source : carte reproduite à partir des estimations conjointes de la malnutrition infantile réalisées par l'UNICEF, l'OMS et le Groupe de la Banque mondiale, 2017<sup>12</sup>.

Remarques : l'Europe et l'Amérique du Nord ne figurent pas dans ces chiffres en raison de l'insuffisance de la base de données (voir également la partie suivante). Les estimations relatives à l'Asie excluent le Japon, et celles relatives à l'Océanie excluent l'Australie et la Nouvelle-Zélande. ALC : Amérique latine et Caraïbes.

FIGURE 2.5 : Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans par pays, 2016



Source : carte reproduite à partir de l'Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 de l'OMS<sup>13</sup>.

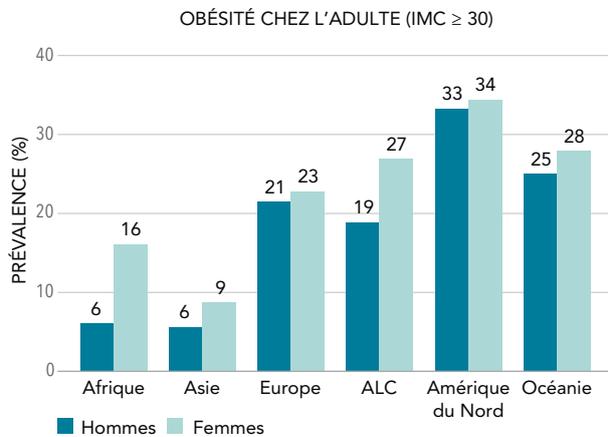
## La malnutrition chez l'adulte

Dans le monde, 614 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiées. L'Inde est le pays qui compte le plus grand nombre de femmes touchées, suivie par la Chine, le Pakistan, le Nigéria et l'Indonésie. En Inde et au Pakistan, plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont anémiées. Il s'agit d'un problème mondial qui touche également beaucoup de femmes des pays à revenu élevé ; les taux de prévalence peuvent atteindre 18 % dans certains pays tels que la France et la Suisse (figure 2.5).

Comme le montre la figure 2.6, l'obésité (indice de masse corporelle [IMC]  $\geq 30$ ) concerne surtout les hommes et les femmes d'Amérique du Nord (respectivement 33 % et 34 %). Elle est la moins fréquente chez les hommes d'Asie et d'Afrique (6 %) et chez les femmes asiatiques (9 %). Le surpoids et l'obésité augmentent dans presque tous les pays. Ils sont une véritable préoccupation non seulement dans les pays à revenu élevé, mais également dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Ce problème touche davantage les femmes que les hommes dans toutes les régions, reflétant une disparité entre les sexes plus générale à l'échelle mondiale.

Le diabète ou l'élévation de la glycémie sont les plus fréquents chez les hommes asiatiques et les femmes latino-américaines (10 %) et les moins marqués chez les femmes européennes et nord-américaines (6 %) (figure 2.7). Les moyennes régionales de l'hypertension chez les hommes et les femmes adultes âgés de plus de 18 ans en 2015 sont présentées dans la figure 2.8. L'hypertension touche le plus les femmes africaines et les hommes européens (28 %), tandis que les femmes nord-américaines sont les moins affectées (11 %). Un quart des hommes d'Asie et d'Amérique latine souffraient d'hypertension en 2015. Bien qu'à l'échelle mondiale l'obésité touche davantage les femmes, les résultats sont plus mitigés en ce qui concerne le diabète et l'hypertension. Ainsi, on relève plus de cas de diabète chez les hommes que chez les femmes en Asie, en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie. Il en va de même pour l'hypertension dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique (figure 2.8).

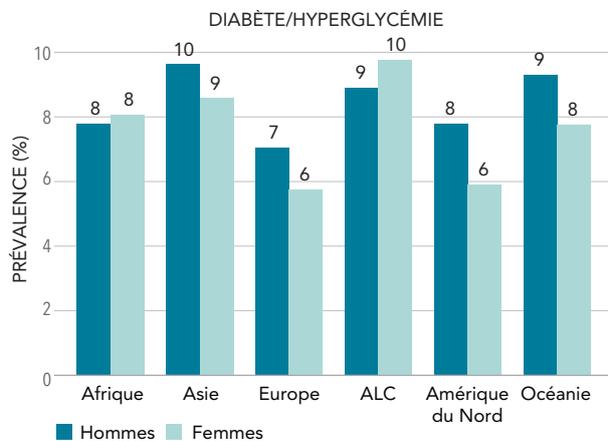
**FIGURE 2.6 : Prévalence de l'obésité (IMC  $\geq$  30) chez les adultes de 18 ans et plus par région, 2014**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après des données provenant de la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et du réseau NCD Risk Factor Collaboration<sup>14</sup>.

Remarques : moyennes pondérées par la population pour 189 pays. ALC : Amérique latine et Caraïbes.

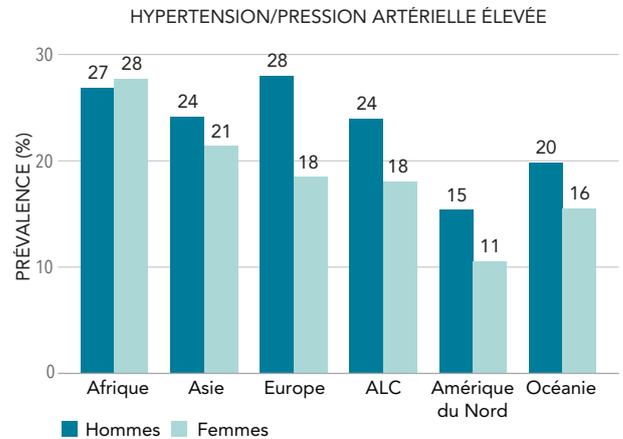
**FIGURE 2.7 : Prévalence du diabète chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus par région, 2014**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après des données provenant de la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et du réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2016, 2017<sup>15</sup>.

Remarques : ALC : Amérique latine et Caraïbes.

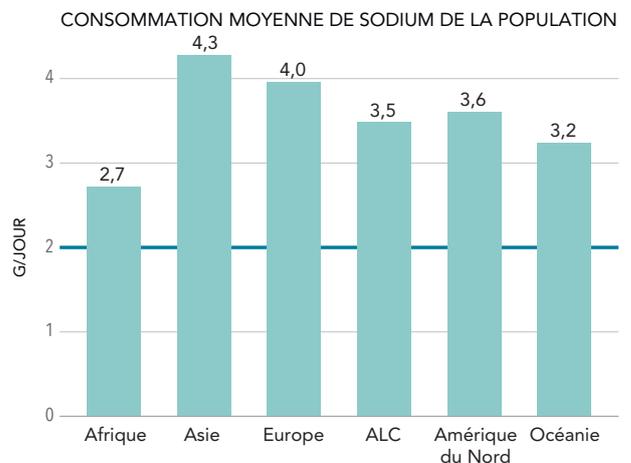
**FIGURE 2.8 : Prévalence de l'hypertension chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus par région, 2015**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après des données provenant de la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, de Zhou B et al., 2017, et du réseau NCD Risk Factor Collaboration, 2017<sup>16</sup>.

Remarques : moyennes pondérées par la population pour 189 pays. ALC : Amérique latine et Caraïbes.

**FIGURE 2.9 : Consommation moyenne de sodium par région, 2010**

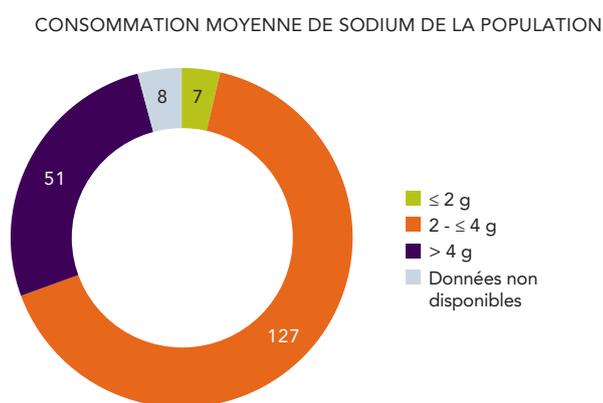


Source : analyse réalisée par les auteurs d'après les données de Mozaffarian D. et al., 2014 et Powles J. et al., 2013<sup>17</sup>.

Remarques : moyennes pondérées par la population pour 185 pays. La ligne bleue indique la consommation de 2 g/jour recommandée par l'OMS<sup>18</sup>. ALC : Amérique latine et Caraïbes.

Le monde consomme trop de sel (figure 2.10). La consommation varie selon les régions, mais toutes affichent des chiffres supérieurs à la limite de 2 g/jour de sodium recommandée par l'OMS (figure 2.9). L'Asie est la région qui consomme le plus de sel (4,3 g/jour), suivie par l'Europe (4 g/jour). Au niveau national, seuls sept pays (le Burundi, les Comores, le Gabon, la Jamaïque, le Kenya, le Malawi et le Rwanda) ont une consommation de sodium qui n'excède pas la limite prescrite.

**FIGURE 2.10 : Consommation moyenne de sodium dans 193 pays par fourchette, 2010**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après les données de Mozaffarian D. et al., 2014 et Powles J. et al., 2013<sup>19</sup>.

Remarques : données portant sur l'année 2010.

## Données requises pour le suivi des progrès accomplis dans l'obtention de résultats universels

Ce chapitre, comme dans chaque Rapport sur la nutrition mondiale, évalue les progrès réalisés à l'égard des cibles de nutrition nationales et mondiales. L'universalité du programme ne pourra être atteinte sans combler les déficits de données. Or, si certaines lacunes sont liées aux comptes rendus sur les résultats, d'autres tiennent à l'adéquation de la couverture des principales interventions elles-mêmes et à la vérification qu'elles atteignent ceux qui en ont besoin. L'annexe 3 décrit les efforts déployés par les pays pour atteindre leurs populations au moyen d'« actions essentielles en nutrition », des interventions de lutte contre la sous-alimentation mises en œuvre essentiellement par le biais du système de santé. Les précédents Rapports sur la nutrition mondiale ont par exemple souligné le déficit de données concernant l'insuffisance

pondérale à la naissance<sup>20</sup> et les écarts entre les déficits de données d'un indicateur à l'autre<sup>21</sup>. Cette année, le rapport insiste sur le manque de disponibilité, dans la plupart des pays, des données permettant de suivre les cibles relatives à la NMNJE (figure 2.3).

Ces problèmes de données limitent notre capacité à mesurer le caractère universel des résultats obtenus. Or, si nous ne pouvons pas évaluer l'universalité des résultats, nous ne pouvons pas demander au monde de rendre compte de leur réalisation dans le cadre du Programme de développement durable. Ces difficultés, examinées tour à tour ci-après, sont les suivantes :

1. savoir qui bénéficie des progrès (et qui s'en trouve exclu) afin de mesurer les avancées obtenues en vue de ne laisser personne de côté, ce qui nécessite de disposer de données ventilées ;
2. connaître la situation des pays à revenu élevé (ainsi que celle des pays à revenu faible et intermédiaire) afin que tous les pays soient pris en compte ;
3. identifier les progrès accomplis par les différents secteurs en matière de lutte contre les facteurs de risque liés à la nutrition (p. ex. données sur les apports nutritionnels ou les facteurs de risque comportementaux) afin de garantir l'intégration (voir le chapitre 3).

### Difficulté n° 1 : savoir qui bénéficie du progrès (et qui s'en trouve exclu)

Pour mesurer les avancées obtenues vers les résultats universels, nous devons savoir qui est comptabilisé et qui ne l'est pas. Les données sur la prévalence et les moyennes nationales ne sont pas suffisantes, car elles peuvent masquer des niveaux de charge et de progrès très différents (Gros plan 1.1, chapitre 1). Il est nécessaire de disposer de données ventilées pour déterminer la localisation et la nature des fardeaux existants et identifier les laissés-pour-compte, afin de mieux comprendre pourquoi les pays sont en bonne ou en mauvaise voie. La collecte de données doit être ventilée à l'échelle infranationale et par zone géographique, ainsi que par quintile de richesse, origine nationale ou sociale, race, appartenance ethnique et sexe. Cette approche permet d'avoir une vision objective de l'inclusion, voire de l'exclusion, tout en favorisant la redevabilité envers les différentes populations vulnérables. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* a mis en évidence trois types de ventilations qui sont importants pour promouvoir la redevabilité :

- **Ventilation par caractéristiques socio-économiques et démographiques** : analyse des profils infranationaux des taux de retard de croissance à partir d'ensembles de données issus des enquêtes démographiques et de santé. Cette ventilation met l'accent sur les écarts importants qui existent entre les taux de malnutrition selon le niveau de richesse, l'éducation, l'âge de la mère à la naissance, le lieu de vie et le sexe<sup>22</sup>.

- **Ventilation par populations spécifiques** : études incluant des données issues de la base de données sur les inégalités de groupe (Group-based Inequality Database, GRID) de l'organisation Save the Children<sup>23</sup>. Ces études montrent que les résultats obtenus en matière de nutrition de l'enfant sont inférieurs à la moyenne lorsqu'ils concernent des filles, des réfugiés, des déplacés, des handicapés ou des enfants originaires d'une zone défavorisée au niveau national ou d'un groupe ethnique exclu<sup>24</sup>. Elles indiquent en outre que des données sont nécessaires pour certaines populations, et plus particulièrement concernant la nutrition des adolescents (Gros plan 2.3). Les adolescentes sont à un stade critique de leur développement – pas encore adultes, elles seront bientôt pleinement matures et deviendront peut-être mères. Leur santé et leur état nutritionnel sont essentiels non seulement pour leur propre bien-être en tant qu'adulte, mais également pour leur descendance potentielle. De nombreux adolescents – filles et garçons – souffrent également d'obésité. Pourtant, les problèmes nutritionnels des adolescents sont peu pris en compte par les cadres mondiaux de suivi.
- **Ventilation spatiale** : situation nutritionnelle par région infranationale. D'importants écarts en la matière conduisent les décideurs à demander des données ventilées par zone géographique. Il est essentiel d'avoir connaissance de ces fortes variations pour établir les plans d'action nationaux et répartir efficacement les ressources ; pourtant les exemples de cartes finement détaillées de la sous-alimentation sont rares<sup>25</sup>. La ventilation spatiale permet d'identifier les autres causes et facteurs qui influencent la malnutrition (infrastructures – aménagement du territoire urbain et rural au moyen par exemple de routes et de marchés–, zones de conflit, schémas migratoires et inégalités d'accès aux ressources naturelles) (voir également le chapitre 3).

## Difficulté n° 2 : connaître la situation des pays à revenu élevé

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*<sup>26</sup> a souligné que de nombreux pays à revenu élevé ne disposent pas des données nécessaires à l'établissement des profils nutritionnels nationaux du Rapport sur la nutrition mondiale (dont 24 % en Europe de l'Ouest et 34 % en Europe de l'Est). Bien que les pays à revenu élevé soient mieux à même de produire ces données que ceux à revenu faible ou intermédiaire, ils occasionnent ainsi des déficits majeurs dans les bases de données internationales. Leur incapacité à fournir des données comparables à l'échelle planétaire met en péril leur crédibilité en tant que partenaires mondiaux, et ce d'autant plus que le Programme de développement durable appelle chaque pays à l'action.

Si certains indicateurs tels que la supplémentation en vitamine A et l'utilisation de sels de réhydratation orale sont moins adaptés aux contextes à haut revenu, d'autres, comme l'anthropométrie des enfants (mensurations corporelles) et les visites prénatales, sont pertinents. Ces données sont collectées mais utilisent souvent des méthodologies différentes, se limitent aux hôpitaux et aux cliniques privées et ne sont pas transmises aux bases de données centrales ni internationales. Certains pays utilisent leurs propres normes nationales plutôt que des normes internationales telles que celles de l'OMS relatives à la croissance de l'enfant.

## Difficulté n° 3 : identifier les progrès accomplis en matière de lutte contre les facteurs de risque

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* a souligné que les données relatives aux facteurs de risque « font particulièrement défaut pour tous les pays »<sup>27</sup>, notamment celles qui concernent les apports nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant et les facteurs de risque métaboliques et comportementaux associés aux MNT liées au régime alimentaire. Nous devons absolument nous efforcer de combler ces déficits de données si nous voulons réduire le recours aux estimations modélisées.

Le manque de données sur les apports nutritionnels est une lacune d'autant plus problématique que la qualité de l'alimentation est un facteur commun sous-jacent de nombreuses formes de malnutrition. En 2016, le Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition<sup>28</sup> a conclu que « [n]otre capacité à décrire les régimes alimentaires est entravée par des données fragmentées et incomplètes ». Pour évaluer la contribution des régimes alimentaires aux cibles mondiales de nutrition, il nous faut des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur les apports nutritionnels. La nécessité de mieux mesurer ces derniers et de disposer de davantage de données est développée dans le Gros plan 2.4.

Il est indispensable de prendre conscience que les données, au-delà de leur simple suivi, remplissent de nombreuses fonctions. Pour révolutionner véritablement les données sur la nutrition, il convient de mieux utiliser celles qui sont recueillies afin de mettre en place un système d'information plus réactif permettant le déploiement d'actions à double et à triple fonction. Le Gros plan 2.5 insiste sur la nécessité d'une « révolution des données sur la nutrition » reposant sur l'ensemble de la chaîne de valeur des données : hiérarchisation des données, collecte, traitement, analyse, interprétation et prise de décision.

## GROS PLAN 2.3 L'IMPORTANCE CRUCIALE DE COMBLER LES DÉFICITS DE DONNÉES AFIN D'ÉVALUER LA NUTRITION DES ADOLESCENTS

Komal Bhatia

L'état nutritionnel pendant l'adolescence a des répercussions sur la santé et la procréation à l'âge adulte. L'adolescence (généralement de 10 à 19 ans) et la jeunesse (généralement de 15 à 24 ans) sont des étapes importantes de la vie. Une mauvaise nutrition au cours de ces périodes peut perpétuer le cycle intergénérationnel de la malnutrition et annuler les bénéfices d'une bonne nutrition en bas âge et pendant la petite enfance<sup>29</sup>. De plus, les adolescents peuvent être confrontés à des taux élevés d'insuffisance pondérale ou de surpoids, qui s'accompagnent souvent de carences en micronutriments. Par exemple, en Amérique latine, les estimations nationales de l'obésité chez les adolescents (12-19 ans) oscillent entre 16,6 % (16,5 millions de personnes) et 35,8 % (21,1 millions)<sup>30</sup>. Cependant, l'adolescence constitue également une occasion d'améliorer la nutrition et le futur état de santé générale et reproductive des 1,2 milliard d'adolescents dans le monde, et d'investir dans des interventions de nutrition adaptées à leurs besoins nutritionnels<sup>31</sup>. Ainsi, investir 4,6 dollars US par personne et par an tout au long du Programme de développement durable dans des interventions destinées à améliorer la santé physique, sexuelle et mentale des adolescents permettrait d'obtenir un rapport coûts-avantages moyen de 10<sup>32</sup>.

L'état, les comportements et les résultats des adolescents en matière de nutrition ne représentent qu'une infime partie des cadres mondiaux de suivi de la nutrition. Les seules cibles qui portent directement sur la nutrition des adolescents sont celle relative à la NMNJE qui vise à réduire l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans), et celle relative aux MNT liées au régime alimentaire qui vise à enrayer la hausse de l'obésité. Si la cible portant sur l'obésité comporte un indicateur spécifique aux adolescents, celle qui concerne l'anémie n'examine pas cette problématique sous un angle qui leur est propre. Au-delà, les indicateurs font largement défaut. Les processus

et les indicateurs comportementaux liés à la consommation de fruits et légumes, à l'absence d'activité physique et à la consommation de sel, de même que les indicateurs politiques sur l'alimentation et la nutrition, ne s'intéressent pas directement aux adolescents. La prévalence de l'IMC faible et de l'insuffisance pondérale chez les adolescentes, qui constitue un déterminant majeur de l'état de santé générale et reproductive, est un indicateur de résultat essentiel absent de toutes les cibles mondiales.

Or, l'absence de bases de données permettant de comparer les pays entre eux à l'échelle mondiale limite notre capacité à surveiller les objectifs de nutrition spécifiques aux adolescents dans les cadres de suivi des cibles mondiales de nutrition, notamment en ce qui concerne l'anémie et l'obésité. Les estimations dont dispose l'OMS indiquent que l'anémie ferriprive était la principale cause de charge de morbidité et de handicap chez les adolescents en 2015, les effets les plus graves étant observés dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'Asie du Sud-Est et d'Afrique<sup>33</sup>.

L'OMS s'attache actuellement à combler les déficits de données concernant le surpoids et l'obésité. Dans le cadre de son Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves, elle pèse et mesure les adolescents âgés de 13 à 17 ans dans plus de 100 pays. Elle utilise les données recueillies grâce à cette enquête, ainsi que d'autres, pour produire des estimations comparables d'un pays à l'autre sur le surpoids et l'obésité chez les adolescents. Une fois publiées, ces informations constitueront un instrument crucial pour la planification, la conception et l'évaluation des volets nutritionnels des interventions plus largement axées sur la santé des adolescents. Toutefois, la portée de ces enquêtes est limitée dans les pays où une grande partie des adolescents ne sont pas scolarisés. En effet, elles peuvent ne pas prendre en compte les adolescents les plus marginalisés et les plus défavorisés, et doivent donc être complétées par des relevés anthropométriques au sein de la population.

## GROS PLAN 2.4 DÉFICITS DE DONNÉES SUR LA QUALITÉ DES RÉGIMES ALIMENTAIRES

Anna Herforth

Les régimes alimentaires de mauvaise qualité constituent l'un des principaux vecteurs de la charge mondiale de morbidité<sup>34</sup>. Ils sont en outre associés à toutes les formes de malnutrition ainsi qu'à la durabilité environnementale. Étonnamment, il n'existe aucun système permettant de surveiller l'alimentation humaine dans tous les pays : aucun indicateur n'est recueilli sur la qualité du régime alimentaire de la population au niveau international.

Actuellement, les indicateurs comparables à l'échelle mondiale sont des approximations brutes des régimes alimentaires, produites à partir des bilans alimentaires nationaux plutôt qu'à partir de données individuelles sur les habitudes alimentaires. Le Rapport sur la nutrition mondiale a récemment fait état de la **proportion de calories provenant des aliments non essentiels**, parallèlement à l'indicateur existant de longue date sur la **prévalence de la sous-alimentation** (proportion estimée de la population n'ayant pas accès à un apport calorique suffisant). Mais ce nouvel indicateur est encore loin d'apporter toutes les réponses. Par exemple, un pays qui consomme de grandes quantités de légumes et de légumineuses et un autre qui consomme de grandes quantités de sucres et de matières grasses peuvent afficher une proportion égale de calories provenant d'aliments non essentiels.

Désormais, 60 pays (et bientôt plus) recueillent dans le cadre de leurs enquêtes démographiques et de santé l'indicateur relatif à la **diversité alimentaire minimale du nourrisson et du jeune enfant**, qui mesure la proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé la veille des aliments d'au moins quatre des sept groupes, et correspond à un apport suffisant en nutriments<sup>35</sup>. Cet indicateur permet de comprendre les pratiques de soin et d'alimentation chez les nourrissons et les jeunes enfants. Idéalement, il devrait être recueilli dans tous les pays réalisant des enquêtes démographiques et de santé, ce qui toutefois permettrait uniquement de combler les déficits de données sur le régime alimentaire des enfants de moins de 2 ans.

Il devient essentiel de connaître la qualité globale des régimes alimentaires de la population, or aucun indicateur actuel ne permet d'en rendre compte. Les informations relatives à la qualité du régime alimentaire portent sur

plusieurs composantes : apport suffisant en macro- et micronutriments, sécurité alimentaire, diversité alimentaire et protection contre les MNT liées au régime alimentaire. Toutes ces informations sont nécessaires dans toutes les régions du monde, car elles constituent des marqueurs de la malnutrition sous toutes ses formes. La **diversité alimentaire minimale chez les femmes en âge de procréer**<sup>36</sup> est un indicateur récemment validé de l'adéquation des apports en nutriments, qui permet de déterminer si les régimes alimentaires des femmes sont suffisamment diversifiés. Des indicateurs relatifs aux **modèles alimentaires qui protègent la santé** en réduisant les risques de MNT liées au régime alimentaire doivent par ailleurs être élaborés. Pour recueillir ces indicateurs, nous devons en outre disposer d'un mécanisme qui soit moins lourd que les enquêtes sur la consommation alimentaire, coûteuses et trop irrégulières. Des efforts encourageants sont actuellement déployés afin d'ajouter au Gallup World Poll un module sur la qualité des régimes alimentaires, qui permettrait de recueillir les indicateurs de la diversité alimentaire minimale chez les femmes en âge de procréer ainsi que ceux des modèles protégeant la santé<sup>37</sup>. Si cette initiative aboutit, elle fournira des informations collectées régulièrement et comparables à l'échelle mondiale sur la qualité des régimes alimentaires de la population adulte de 160 pays.

Le suivi des indicateurs de qualité du régime alimentaire dans tous les pays serait une révolution pour la nutrition et la santé. Comme le montrent les progrès précédemment accomplis dans le domaine de la nutrition, l'utilisation d'indicateurs comparables à l'échelle mondiale et facilement interprétables renforcerait la visibilité de cette question majeure de santé publique, et étayerait le débat et l'action politiques. Si nous ne connaissons pas précisément la nature des régimes alimentaires, il sera difficile de les faire évoluer dans le bon sens.

## GROS PLAN 2.5 VERS UNE RÉVOLUTION DES DONNÉES SUR LA NUTRITION : QU'ATTENDONS-NOUS ?

Ellen Piwoz, Rahul Rawat, Patrizia Fracassi, David Kim

En 2014, le premier Rapport sur la nutrition mondiale affirmait : « La nutrition a besoin d'une révolution des données. » Les messages clés du rapport énonçaient quatre actions : 1) identifier les priorités et les déficits de données par le biais d'un processus consultatif en prévision des ODD ; 2) investir dans les capacités de réalisation d'enquêtes sur la nutrition afin de disposer de données nationales cohérentes et fiables tous les trois à quatre ans ; 3) s'assurer que les pays à revenu élevé fournissent des données comparables afin qu'ils puissent être inclus dans le suivi des progrès ; et 4) investir dans des bases de données nationales et mondiales sur la nutrition qui soient exploitables et accessibles dans tous les pays en vue de favoriser la redevabilité. Le rapport s'engageait à analyser les investissements nécessaires à la mise en marche de cette révolution dans sa deuxième édition de 2015.

Nous savons aujourd'hui que déterminer les besoins en investissements est un engagement plus facile à prendre qu'à tenir, et ce principalement parce que nous ne disposons d'aucun moyen fiable pour assurer le suivi des dépenses liées aux données sur la nutrition. Nous n'avons aucun modèle ni aucune directive mondiale concernant les données sur la nutrition essentielles pour atteindre les cibles mondiales de nutrition, l'orientation à donner aux programmes pour atteindre ceux qui en ont besoin, ou la manière de concrétiser la cible 2.2 de l'ODD 2 visant à

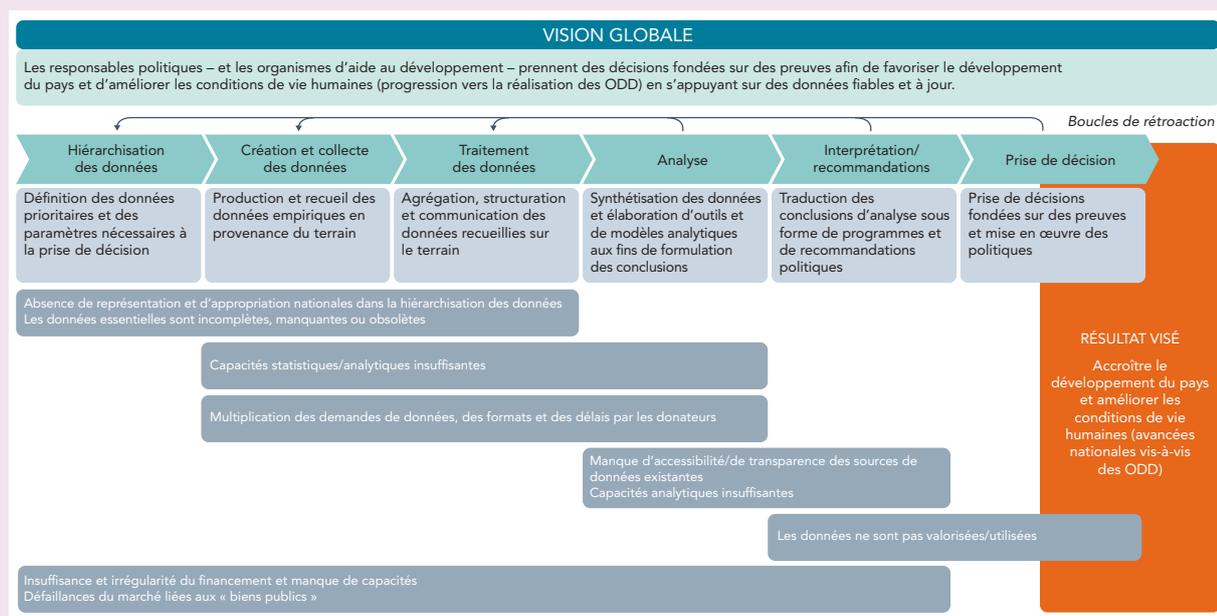
« mettre fin à toutes les formes de malnutrition ». Sans une vision claire et une hiérarchisation des données, nous ne pourrions pas répondre aux attentes formulées en 2014 dans le Rapport sur la nutrition mondiale, en 2015 dans les ODD, et réitérées en 2016 dans le cadre de la Décennie d'action pour la nutrition (2016-2025).

### Transformer notre manière d'aborder les données

Outre la collecte de données d'enquête tous les trois à quatre ans évoquée, nous proposons une vision globale et horizontale de la révolution des données sur la nutrition, allant de la hiérarchisation des données à l'utilisation de l'information par les décideurs, en passant par la collecte, l'analyse et l'interprétation. En clair, nous entendons révolutionner les efforts tout au long de la chaîne de valeur des données sur la nutrition. Nous proposons par ailleurs de positionner les données en tant que telles comme un produit de valeur essentiel à la réalisation des ODD, qu'il convient de chiffrer et d'intégrer dans les programmes de nutrition et les plans de financement nationaux.

L'ODD 17 appelle à un appui immédiat (d'ici 2020) au renforcement des capacités afin d'accroître la disponibilité en temps opportun de données de qualité et fiables ventilées par revenu, âge, race, sexe, appartenance

FIGURE 2.11 : Chaîne de valeur des données sur la nutrition : vision, objectif et contraintes courantes



Source : auteurs.

## GROS PLAN 2.5 (SUITE)

ethnique, statut migratoire, handicap, situation géographique et d'autres critères, en vue de permettre un suivi rigoureux des progrès à l'horizon 2030. Un système de données et d'information renforcé sur la nutrition ne sert pas uniquement au suivi des progrès. Des données ventilées sont nécessaires pour : cerner les problèmes de nutrition (ampleur, répartition, variabilité et populations à haut risque) et diagnostiquer leurs causes profondes, concevoir les interventions, éclairer les réorientations, suivre les progrès et demander des comptes aux responsables. La chaîne de valeur des données que nous proposons comporte cinq processus fondamentaux définis dans la figure 2.11 et une étape finale : l'utilisation des données à des fins décisionnelles.

### Appel à une action immédiate

Les transformations nécessaires à la réalisation des ODD impliquent de nouveaux modes de réflexion. En matière de données, nous ne pouvons pas nous contenter d'envisager une centralisation des informations en vue des rapports annuels. Nous devons plutôt chercher à exploiter pleinement les données en les transformant en informations destinées à éclairer les décisions relatives aux programmes et aux politiques qui amélioreront la nutrition et les autres résultats des ODD. Cela ne se fera pas sans des investissements importants dans le renforcement des capacités de la chaîne de valeur des données.

Certains avanceront qu'il est trop coûteux d'investir dans les données et que les maigres ressources disponibles devraient être affectées aux interventions et aux services. Cet argument peut être contredit par des exemples qui

montrent comment l'investissement dans les données peut s'avérer « payant », en permettant de réaliser des économies grâce à une rentabilité et une efficacité accrues des programmes. Ainsi, une récente étude d'optimisation économique réalisée au Cameroun s'est appuyée sur les données des enquêtes nationales pour proposer des changements d'orientation dans le programme national de supplémentation en vitamine A qui permettraient d'atteindre une couverture aussi efficace pour 44 % du coût actuel<sup>38</sup>.

Pour faire avancer rapidement ces questions, il faudra : 1) instaurer des mécanismes nationaux afin de fixer les priorités du pays et de coordonner les données ; 2) établir des directives opérationnelles portant sur la hiérarchisation des données, l'harmonisation des indicateurs et l'intégration de la nutrition dans les systèmes courants de gestion de l'information ; 3) mettre en place des outils permettant de renforcer les capacités à différents niveaux ; 4) élaborer des plans de données chiffrés qui soient intégrés aux stratégies nationales de développement, dotés en ressources et mis en œuvre ; 5) diffuser les expériences et les connaissances tacites ; 6) innover d'un bout à l'autre de la chaîne de valeur ; et 7) promouvoir l'utilisation et le partage des données.

Certaines de ces actions sont plus faciles à mettre en œuvre que d'autres, et toutes comportent leurs propres difficultés. Mais sans ces mesures, nous ne pourrions pas faire de la Décennie d'action pour la nutrition une « décennie de transformation », et la cible des ODD qui vise à mettre fin à toutes les formes de malnutrition sera bien plus difficile à atteindre.

## Conclusion : redresser le cap

Ce chapitre dresse un sombre état des lieux de la nutrition dans le monde. Si l'on observe la situation à l'échelle planétaire et dans les pays, on constate que le monde n'est pas près d'atteindre les cibles mondiales de nutrition. Le fait qu'elles recoupent dans une large mesure les cibles des ODD indique que nous sommes encore loin d'atteindre les cibles 2.2 et 3.4 de ces derniers.

Acteurs de la nutrition ou membres de la communauté du développement au sens large, vous devez jouer votre rôle. Nous sommes tous des citoyens du monde. Chacun de nous a droit à une nutrition équitable et à une juste répartition des ressources. Mais pour y parvenir, il nous faut partager une *humanité commune*.

Nous devons soutenir les plus démunis de la société afin de s'assurer qu'ils ont toutes les chances de mener une vie saine et épanouissante. L'absence de progrès en matière de nutrition peut certes sembler décourageante, mais l'humanité a surmonté des difficultés et des obstacles bien plus grands par le passé. Nous devons affronter ces questions complexes et nous orienter vers une approche universelle afin de renverser la tendance au cours de la décennie à venir. Pour cela, nous devons agir autrement : relier la nutrition et le développement (chapitre 3), investir de manière plus intégrée (chapitre 4) et renforcer la solidité et la redevabilité des engagements (chapitre 5).

# 3



## Relier la nutrition au sein des objectifs de développement durable

### Points clés

1. Les objectifs de développement durable (ODD) peuvent être regroupés en cinq domaines qui jouent un rôle capital dans l'obtention de résultats en matière de nutrition :
  - *La production alimentaire durable* est importante pour s'assurer que nos terres et nos eaux sont résilientes et peuvent soutenir la diversité nécessaire à une alimentation nutritive et saine.
  - *L'infrastructure des systèmes* est fondamentale pour apporter aux zones urbaines, périurbaines et rurales l'eau salubre, l'assainissement, l'énergie et les denrées alimentaires essentiels à la nutrition.
  - *Les systèmes de santé* sont indispensables pour fournir des traitements et des interventions préventives de grande échelle visant à améliorer la nutrition.
  - *L'équité et l'inclusion* sont primordiales pour garantir que les efforts déployés en faveur de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes, de l'éducation et de la protection sur le lieu de travail permettent d'obtenir des résultats universels en matière de nutrition.
  - *La paix et la stabilité* sont nécessaires pour s'assurer qu'aucun conflit ne vienne engendrer famine et insécurité alimentaire.
2. Ces cinq domaines sont les moyens par lesquels la nutrition peut contribuer au développement dans l'ensemble des ODD. Exemples : modifier les régimes alimentaires peut rendre la production alimentaire plus durable ; assurer une bonne alimentation dès le plus jeune âge améliore « l'infrastructure de la matière grise » – le développement du cerveau est essentiel pour permettre aux économies d'innover et de prospérer ; relever les défis de la nutrition participe à alléger le fardeau qui pèse sur le système de santé ; améliorer la nutrition concourt à éliminer la pauvreté ; et lutter contre l'insécurité alimentaire et la famine peut contribuer de façon substantielle aux interventions mises en œuvre en période de conflit et d'après-conflit.
3. Tous ces domaines offrent des possibilités d'actions « à double fonction », capables de lutter non seulement contre la sous-alimentation, mais également contre l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire. Ces actions permettront d'améliorer l'efficacité et le rendement du temps, de l'énergie et des ressources investis en vue d'améliorer la nutrition. De même, les actions « à triple fonction » possibles s'attaquant à la malnutrition et à d'autres problèmes de développement pourraient générer de nombreux avantages pour l'ensemble des ODD.
4. Une plus grande interaction entre les différents secteurs offre une formidable opportunité d'atteindre les ODD. Nous devons tous transformer nos méthodes de travail afin de concrétiser la vision des ODD. L'amélioration de la nutrition ne doit pas être un simple ensemble de cibles compartimentées – au contraire, elle constitue un rouage indispensable sans lequel la machine des ODD ne pourra pas fonctionner correctement.

Les nombreux architectes qui ont participé à la vision des ODD les ont conçus comme un système intégré et indissociable au service du développement. Ce chapitre démontre que l'amélioration de la nutrition est une composante essentielle de cette vision. Les causes de la malnutrition sont nombreuses et variées et sont étroitement liées aux actions menées en faveur des autres ODD. L'amélioration de la nutrition peut agir comme un catalyseur sur un grand nombre de cibles des ODD. Réciproquement, pour atteindre les cibles ambitieuses fixées en matière de nutrition, ce dont nous sommes encore loin, nous devons agir en faveur de la réalisation de tous les ODD (chapitre 2).

Ce chapitre commence par présenter une vision de la nutrition intégrée au sein des ODD. Il regroupe les ODD 1 à 16 en cinq domaines de développement auxquels la nutrition peut contribuer et dont elle peut tirer parti :

- La production alimentaire durable ;
- La solidité de l'infrastructure des systèmes ;
- Les systèmes de santé ;
- L'équité et l'inclusion ;
- La paix et la stabilité.

Il apporte ensuite des éléments de preuve sur les liens existant entre la nutrition et ces cinq domaines. L'analyse n'est pas exhaustive, mais permet de mettre en lumière certaines grandes relations et interconnexions. Elle donne une première définition de ce qui constitue une approche intégrée au sens

propre du terme, à savoir l'atteinte de plusieurs objectifs grâce à des actions communes, du point de vue de la nutrition (chapitre 1, Gros plan 1.2).

L'ODD 17 est essentiel, car il concerne le renforcement des moyens de mise en œuvre des objectifs par le biais des partenariats, des capacités, des données, de la redevabilité, du financement et de la cohérence. Bien que l'ODD 17 ne soit pas explicitement inclus dans les cinq domaines de développement énumérés ci-dessus, son programme intersectoriel nous sert de point de départ : la nécessité pour chacun de s'impliquer, en collaborant pour atteindre tous les objectifs. À cet égard, la cible 17.14 visant à « renforcer la cohérence des politiques de développement durable » est particulièrement pertinente.

## Une vision de la nutrition intégrée au sein des ODD

Instances gouvernementales, organisations non gouvernementales (ONG), chercheurs, professionnels du développement ou acteurs du secteur privé (dont la communauté de la nutrition) : tous ou presque se concentrent actuellement sur la réalisation de leurs « propres » ODD et cibles (figure 3.1). Cela se comprend. Cependant, si nous voulons atteindre les ODD et faire davantage en faveur de la nutrition, nous devons prendre des mesures qui reflètent les interactions entre les objectifs. C'est pourquoi l'ODD 17 appelle à faire de la « cohérence des politiques de développement durable » un moyen essentiel de mise en œuvre (chapitre 1, Gros plan 1.2).

FIGURE 3.1 : Les 17 ODD



Source : Nations Unies. Objectifs de développement durable, 2015.

Il va de soi que nous ne pouvons pas raisonnablement parler d'éradiquer la faim ou de parvenir à la sécurité alimentaire ou au bien-être, par exemple, comme si ces objectifs n'avaient rien à voir avec la nutrition. De la même façon, la nutrition est indissociable de la santé (ODD 3) et de la plupart des autres ODD (voir le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, figure 1.1, page 3).

Cela veut dire qu'il est essentiel de considérer la nutrition comme une partie intégrante du processus plus large de réalisation du développement durable. Et, fondamentalement, cela signifie que les actions et les investissements en faveur de la nutrition peuvent produire des effets multiples – ou remplir au moins deux ou trois fonctions – de manière universelle et intégrée (voir également le chapitre 1). L'amélioration de la nutrition ne doit pas être un simple ensemble de cibles compartimentées – au contraire, elle constitue un rouage indispensable sans lequel la machine des ODD ne pourra pas fonctionner correctement.

Pour agir de façon intégrée, nous devons tous appréhender le lien qui relie notre travail aux autres ODD et comprendre dans quelle mesure nos actions peuvent participer à l'avancement vers leur réalisation. Les analyses actuelles montrent qu'il existe de nombreuses possibilités d'établir des connexions entre les ODD<sup>1</sup>, mais que des incohérences peuvent aussi apparaître. Certaines interactions entre les cibles ont un effet « contre-productif » – elles entravent l'atteinte d'une autre cible<sup>2</sup>. Ainsi, la réalisation d'un ODD n'aboutit pas toujours à des résultats positifs pour les autres ODD. Mais puisqu'ils sont tous liés, ces connexions doivent être connues afin de pouvoir les exploiter ou les minimiser. La cartographie des liens existants permet de mettre à jour les synergies et les compromis potentiels.

Toutefois, les corrélations et les liens qui unissent la nutrition aux autres questions de développement sont complexes ; ils suivent des directions multiples. Cartographier simultanément les relations entre tous les ODD n'est pas chose aisée – le résultat manque de clarté et de lisibilité. Il n'est pas surprenant que les pays éprouvent des difficultés à élaborer des plans intégrés en faveur des ODD<sup>3</sup>. Nous identifions ici les domaines du développement – dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé – abordés dans les ODD auxquels la nutrition peut apporter de véritables bénéfices et dans lesquels elle pourra tirer parti d'actions de plus grande ampleur (figure 3.2).

Le premier de ces domaines est la production alimentaire durable, qui englobe quatre ODD : l'ODD 2, qui comporte une série de cibles concernant l'agriculture durable ainsi que la faim et la malnutrition, l'ODD 13 relatif à l'action climatique, l'ODD 14 qui concerne la vie aquatique, et l'ODD 15 relatif à la vie terrestre. Ces derniers sont intimement liés à la nutrition, car les aliments que nous consommons ainsi que leur mode et leur lieu de production ont une incidence sur le changement climatique, sur la biodiversité et sur nos eaux. Pour atteindre les ODD 2, 13, 14 et 15, nous devons donc modifier notre alimentation ainsi que nos modes de production et d'approvisionnement alimentaires. Parallèlement, l'amélioration de la durabilité de la production alimentaire est nécessaire à l'amélioration de la nutrition : le changement climatique menace notre capacité à produire des cultures nutritives, tout comme les risques auxquels nos ressources

halieutiques sont exposées. La diversité des paysages agricoles est essentielle à la production d'aliments nutritifs. Il est donc fondamental d'atteindre ces ODD pour réaliser les cibles de nutrition.

Six ODD portent sur le bon fonctionnement de l'infrastructure des systèmes : l'ODD 6 relatif à l'eau salubre et à l'assainissement, l'ODD 7 pour une énergie propre et abordable, l'ODD 8 sur le travail décent et la croissance économique, l'ODD 9 concernant l'industrie, l'innovation et l'infrastructure, l'ODD 11 pour des villes et des communautés durables, et l'ODD 12 pour une consommation et une production responsables. L'amélioration de la nutrition soutient ces systèmes en faisant en sorte que « l'infrastructure de la matière grise », c'est-à-dire des personnes en bonne santé, dotées des connaissances, des capacités et de l'énergie nécessaires pour stimuler le développement économique et bâtir l'avenir (ODD 8), soit disponible en quantité suffisante. Les ODD soulignent également l'importance cruciale d'investir dans l'infrastructure des systèmes (routes, assainissement, électricité, bâtiments) ainsi que dans les infrastructures qui soutiennent la gouvernance, l'application de la loi, les marchés et le financement, afin que chacun puisse consommer une alimentation sûre, nutritive et saine et avoir accès à l'eau salubre, à l'assainissement et à l'énergie. Les systèmes alimentaires occupent une place importante dans ce tableau.

Un ODD est consacré à une priorité de développement indissociable de la nutrition : l'ODD 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Relever les défis de la nutrition permettra d'alléger le fardeau qui pèse sur le système de santé. L'amélioration de la nutrition au cours des 1 000 premiers jours de vie permet de réduire l'émaciation, le retard de croissance et l'obésité, ce qui signifie moins de maladies et des taux de mortalité plus faibles. En outre, elle diminue le risque de développer plus tard des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire telles que les pathologies cardiovasculaires et le diabète. Et bien sûr, il est primordial de disposer d'un système de santé efficace non seulement pour la prise en charge, mais également pour la mise en place d'interventions préventives à grande échelle. Les ODD montrent combien il est nécessaire de consacrer davantage d'efforts et d'attention aux systèmes de santé afin d'intégrer les programmes et les interventions axés sur la nutrition et les MNT liées au régime alimentaire dans la couverture sanitaire universelle.

Une autre série d'ODD porte essentiellement sur l'équité et l'inclusion, qui déterminent largement la mesure dans laquelle la production alimentaire durable, l'infrastructure des systèmes et les services de santé bénéficieront à tous. Ces questions concernent la pauvreté (ODD 1), l'éducation de qualité (ODD 4), l'égalité entre les sexes (ODD 5), les droits au travail (ODD 8), et s'inscrivent également dans l'ODD transversal relatif aux inégalités (ODD 10). Bien qu'il soit difficile de déterminer les connexions qui s'opèrent, tous ces facteurs sont en lien avec la nutrition. Compte tenu du peu d'attention accordée à l'équité dans la répartition des richesses, l'éducation et la problématique hommes-femmes, il sera difficile d'éliminer universellement la malnutrition sous toutes ses formes.

La nutrition s'inscrit également dans les aspirations globales portées par les ODD : la paix et la stabilité (ODD 16). Investir dans la sécurité alimentaire – la distribution équitable des ressources naturelles d'importance alimentaire – et la résilience nutritionnelle est l'un des moyens de prévenir la famine. Il est important de relier les interventions humanitaires d'urgence aux approches de développement à long terme afin de permettre cette résilience. Les ODD attirent l'attention sur le fait que la résolution et la prévention des conflits ne doivent jamais être oubliées, et que la nutrition doit être intégrée dans la réduction des risques de catastrophe, l'atténuation des conflits et la reconstruction post-conflit dans le cadre de l'ODD 16. Sans paix et sans stabilité, il est impossible de mettre fin à la malnutrition.

En résumé, en reliant la nutrition entre les différents ODD, nous pourrions en tirer de multiples avantages. En partant des

éléments probants présentés dans ce chapitre, l'encadré 3.1 illustre ce que l'amélioration de la nutrition peut apporter aux autres domaines de développement et réciproquement. L'encadré 3.2 montre que la mise en relation de la nutrition au sein des ODD implique de mener des actions qui permettent de réduire le risque de sous-alimentation tout en réduisant les risques d'une mauvaise alimentation associés à l'obésité et aux MNT liées au régime alimentaire, dites « actions à double fonction ». L'encadré 3.3 dresse une liste de cinq actions à *double* fonction présentant un grand potentiel. Les faits démontrent en outre qu'il est possible d'atteindre plusieurs objectifs grâce à des actions communes. L'encadré 3.4 présente des exemples d'actions à *triple* fonction pouvant être d'une grande efficacité – celles qui ajoutent une troisième composante telle que la protection environnementale ou le développement économique.

### ENCADRÉ 3.1 QUELLES CONTRIBUTIONS L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION PEUT-ELLE APPORTER AUX AUTRES SECTEURS, ET COMMENT POUVEZ-VOUS AGIR EN FAVEUR DE LA NUTRITION ?

**Si vous travaillez dans le secteur agricole**, une meilleure alimentation peut élargir vos débouchés en produits sains et nutritifs tout en réduisant la pression que vous subissez pour produire des aliments au moyen de méthodes non durables. Mais nous avons aussi besoin de votre aide, que vous soyez un petit producteur, une exploitation horticole de taille moyenne ou une grande entreprise agroalimentaire, pour accroître ou préserver la diversité des paysages de production.

**Si vous travaillez dans la pisciculture**, l'augmentation de la consommation de poisson peut vous permettre d'élargir votre marché et contribue à améliorer la nutrition, car ce produit constitue l'une des meilleures sources de nutriments. Mais pour nourrir les générations futures, la pêche et l'aquaculture doivent être écologiquement durables. Les ressources halieutiques doivent en outre rester accessibles aux populations les plus pauvres afin qu'elles puissent bénéficier des nutriments essentiels d'origine marine.

**Si vous travaillez sur le changement climatique ou la protection de la biodiversité**, la consommation d'une alimentation variée et nutritive à faible empreinte écologique, qui permet en outre de réduire la pression exercée sur les ressources naturelles et les écosystèmes essentiels à la production alimentaire, sera également à votre avantage. En retour, nous avons besoin de votre aide pour attirer l'attention sur la nutrition dans les débats sur le changement climatique, notamment à la lumière de l'Accord de Paris sur le climat.

**Si vous travaillez pour le ministère des Finances**, l'amélioration de la nutrition des enfants et des femmes favorisera la croissance de votre économie. Cela signifie que vous devez investir dans l'infrastructure des systèmes, les services de santé et l'éducation accessibles à tous, y compris aux personnes les plus vulnérables et les plus isolées géographiquement.

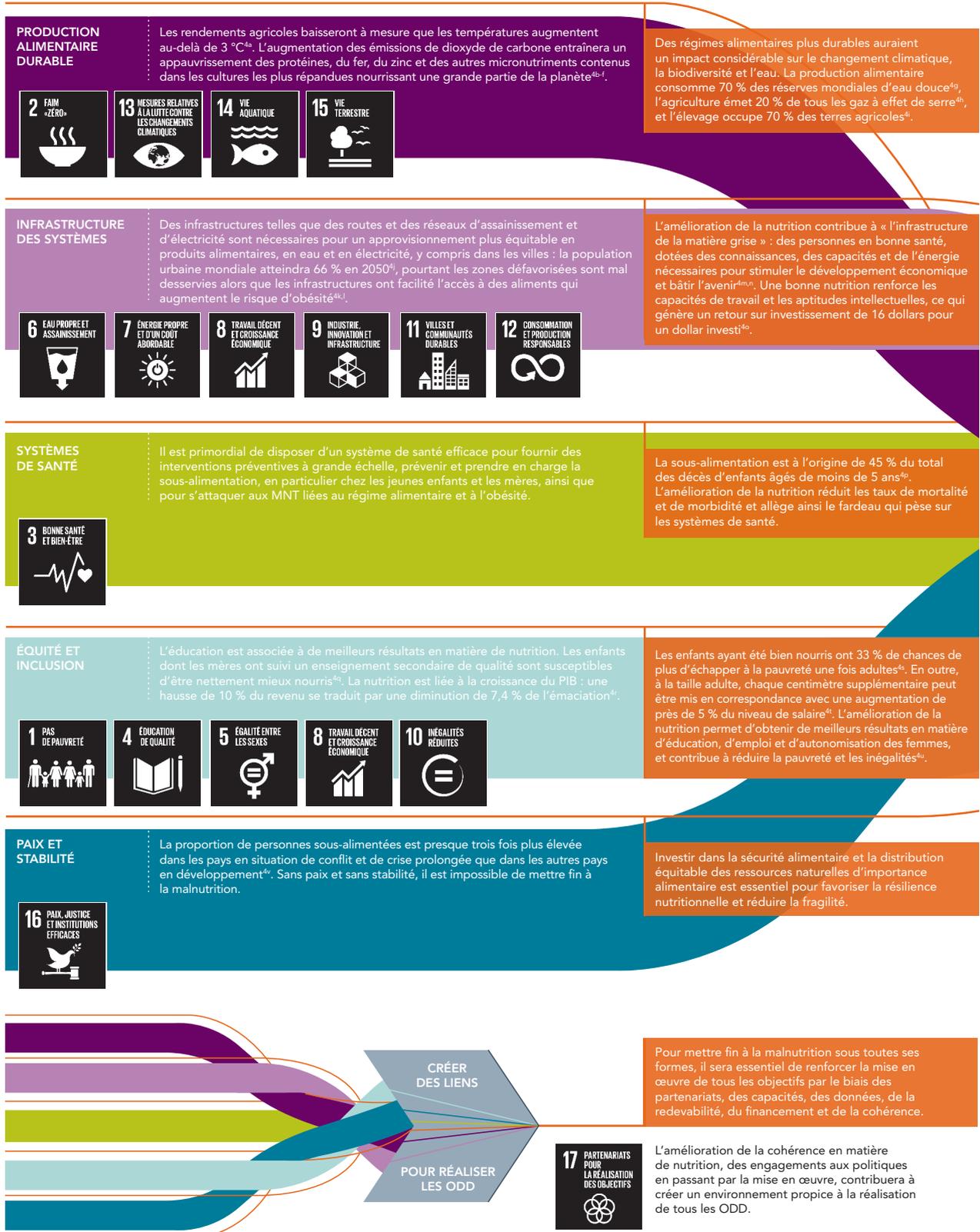
**Si vous travaillez pour une entreprise construisant des routes ou d'autres infrastructures de transport**, des installations électriques ou encore des canalisations d'eau, ou pour une municipalité ou une infrastructure d'investissement, vous bénéficierez d'une main-d'œuvre plus productive. À votre tour, vous devez faire les choses autrement : garantir la mise en place des infrastructures permettant d'accéder à l'eau salubre, à l'assainissement, à l'énergie et à des aliments sûrs, nutritifs et sains, en veillant à ce que chacun soit desservi, et pas seulement les groupes les plus favorisés de la société.

**Si vous travaillez dans la santé**, une meilleure nutrition permettra d'alléger la charge qui pèse sur les services de votre secteur. De votre côté, vous devez intégrer à vos activités davantage d'interventions essentielles de lutte contre la sous-alimentation dans le cadre du système de santé. Le système de santé doit également fournir des services qui permettent de prévenir et de prendre en charge les MNT liées au régime alimentaire telles que les pathologies cardiovasculaires et le diabète, et servir aux patients des aliments qui favorisent la bonne santé.

**Si vous travaillez dans le secteur de l'éducation**, une meilleure nutrition améliorera considérablement la capacité de réussite des élèves. En retour, nous avons besoin de votre aide pour veiller à ce que les filles des pays à revenu faible et intermédiaire poursuivent leur scolarité et progressent plutôt que d'abandonner l'école, et pour fournir un enseignement et une nourriture propres à promouvoir une alimentation saine.

**Si vous œuvrez pour la prévention des conflits et la consolidation de la paix**, investir dans la sécurité alimentaire et la résilience nutritionnelle fera avancer votre cause. De votre côté, vous devez contribuer à ce que les répercussions des conflits qui affectent la nutrition et la santé des citoyens ne dégèrent pas en famines entraînant une forte mortalité due à la malnutrition aiguë.

FIGURE 3.2 : Les liens entre la nutrition et les ODD



Sources : diverses<sup>4</sup>

### ENCADRÉ 3.2 SEPT PISTES POUR PERMETTRE AUX ACTEURS DE LA NUTRITION DE CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT SUR L'ENSEMBLE DES ODD

1. Encourager chacun, dans tous les pays, en particulier ceux à revenu élevé, à consommer des aliments produits dans les limites de ce que l'environnement peut supporter, et plaider en faveur de politiques et de pratiques contribuant à atténuer le changement climatique.
2. S'engager auprès des communautés œuvrant en faveur de la vie aquatique afin de garantir la durabilité de la pêche tant en ce qui concerne les moyens de subsistance que la nutrition.
3. Collaborer avec les personnes s'intéressant en premier lieu à l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour plaider en faveur d'infrastructures procurant des avantages communs.
4. Participer aux réseaux des politiques alimentaires urbaines axés sur l'agriculture urbaine, l'accès à la nourriture et le changement climatique afin de faire avancer leurs objectifs tout en renforçant les avantages en matière de nutrition.
5. Aider la communauté des acteurs de la santé à assurer la prévention et la prise en charge de la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires et d'autres plateformes de prestation de services de santé.
6. Convaincre les responsables de la nutrition au sein des pouvoirs publics d'inclure la protection des droits au travail, l'éducation et l'égalité des sexes dans les plans de nutrition.
7. S'unir aux appels à investir dans des systèmes d'alerte précoce et des interventions rapides destinés à prévenir de nouveaux conflits, créer la résilience et atténuer le risque de futurs conflits.

Source : encadré réalisé par les auteurs à partir de ce chapitre.

### ENCADRÉ 3.3 CINQ IDÉES D' ACTIONS À DOUBLE FONCTION POUR LUTTER CONTRE LES DIFFÉRENTES FORMES DE MALNUTRITION

1. **Promotion et protection de l'allaitement au sein sur le lieu de travail.** L'allaitement au sein est la meilleure source nutritive pour les nourrissons et permet d'alléger les deux dimensions du double fardeau de la malnutrition. Les enfants nourris au sein contractent moins d'infections, et les femmes qui allaitent réduisent leur risque de cancer du sein. Les acteurs de la lutte contre la sous-alimentation et contre l'obésité/les MNT pourraient plaider conjointement pour un recentrage de l'attention sur la protection de la maternité sur le lieu de travail.
2. **Un aménagement urbain favorable à une alimentation sûre, nutritive et saine.** La construction d'infrastructures urbaines permettant l'accès à des aliments abordables, sûrs et nutritifs dans les zones mal desservies telles que les bidonvilles pourrait réduire les risques sanitaires associés à la consommation insuffisante d'aliments nutritifs, et avoir un effet dissuasif sur l'offre d'aliments augmentant le risque d'obésité. Les populations de ces zones doivent donc être consultées afin de déterminer quel type d'infrastructure répondrait le mieux à leurs besoins.
3. **Accès à l'eau salubre dans les communautés et les lieux de rassemblement.** L'eau salubre permet de réduire les diarrhées et les entéropathies environnementales et, par conséquent, le risque de sous-alimentation. Elle constitue en outre une alternative sûre aux boissons sucrées, associées à la prise de poids. Les boissons sucrées sont parfois présentées comme une option plus attrayante que l'eau. Une « taxe sur les boissons sucrées » pourrait donc constituer une action à double fonction, car elle permettrait de collecter les financements nécessaires pour rendre l'eau potable accessible et attrayante partout.
4. **Intégration de la prévention de la sous-alimentation et des MNT liées au régime alimentaire dans les paquets de soins de santé universels.** Les programmes verticaux exécutés par le biais des systèmes de santé portent souvent exclusivement sur la sous-alimentation. Or, il existe de nombreuses possibilités d'inclure des programmes de prévention de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire dans les paquets de soins de santé universels sous la forme de conseils, de prises en charge ou de suivi nutritionnels. Une première étape consisterait à mettre à l'essai ces approches communes afin de surmonter l'obstacle du manque de connaissance des bonnes pratiques.
5. **Des plans de nutrition chiffrés et multisectoriels comprenant des actions à double fonction.** En plus d'être chiffrés, ces plans doivent démontrer clairement comment le financement national et les donateurs internationaux pourraient contribuer à la réalisation de doubles fonctions. En outre, pour appuyer ce processus, il serait judicieux de s'assurer que le financement des deux dimensions du double fardeau de la malnutrition fait l'objet d'un suivi efficace (voir également le chapitre 4).

Source : encadré réalisé par les auteurs à partir de ce chapitre.

### ENCADRÉ 3.4 CINQ IDÉES D' ACTIONS À TRIPLE FONCTION POUR FAIRE PROGRESSER L'ENSEMBLE DES ODD

1. **Diversification du secteur de la production alimentaire.** Celle-ci peut présenter de nombreux avantages : a) en garantissant la base d'un approvisionnement en aliments nutritifs essentiel pour combattre la sous-alimentation et prévenir les MNT liées au régime alimentaire ; b) en permettant la sélection de cultures riches en micronutriments (y compris des cultures indigènes et orphelines) et bénéfiques pour les écosystèmes ; et c) si les femmes incarnent des actrices majeures de la production alimentaire, en leur donnant les moyens d'être autonomes.
2. **Accès accru à des fourneaux à haut rendement énergétique.** Cette initiative permettrait d'améliorer l'état de santé nutritionnel des ménages et la santé pulmonaire, de gagner du temps, de préserver les forêts et les écosystèmes associés et de réduire les émissions de gaz à effet de serre.
3. **Programmes d'alimentation scolaire.** L'amélioration de leur conception permettrait de réduire la sous-alimentation, de veiller à ce que les enfants ne soient pas exposés de manière excessive à des aliments augmentant le risque d'obésité, de garantir un revenu aux agriculteurs, et d'encourager les enfants à poursuivre leur scolarité et/ou à augmenter leurs capacités d'apprentissage sur les bancs de l'école. Cette mesure contribuerait non seulement à améliorer la nutrition, mais elle soutiendrait en outre les moyens de subsistance et l'éducation.
4. **Politiques alimentaires urbaines.** Des politiques et stratégies alimentaires urbaines sont en cours d'élaboration dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé en vue de réduire le changement climatique, le gaspillage alimentaire, l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Il s'agit de politiques uniques capables d'atteindre plusieurs objectifs.
5. **Plateformes d'aide alimentaire.** En travaillant aux côtés de spécialistes de la réponse aux conflits, les nutritionnistes pourraient aider à concevoir des programmes d'aide alimentaire qui serviraient de plateformes pour promouvoir une alimentation nutritive et de qualité, et qui permettraient de renforcer la résilience par le biais d'institutions et de réseaux de soutien locaux, de consolider les capacités d'adaptation et de réorganisation des agriculteurs, et d'appuyer les groupes marginalisés et vulnérables.

## Données probantes

### Production alimentaire durable

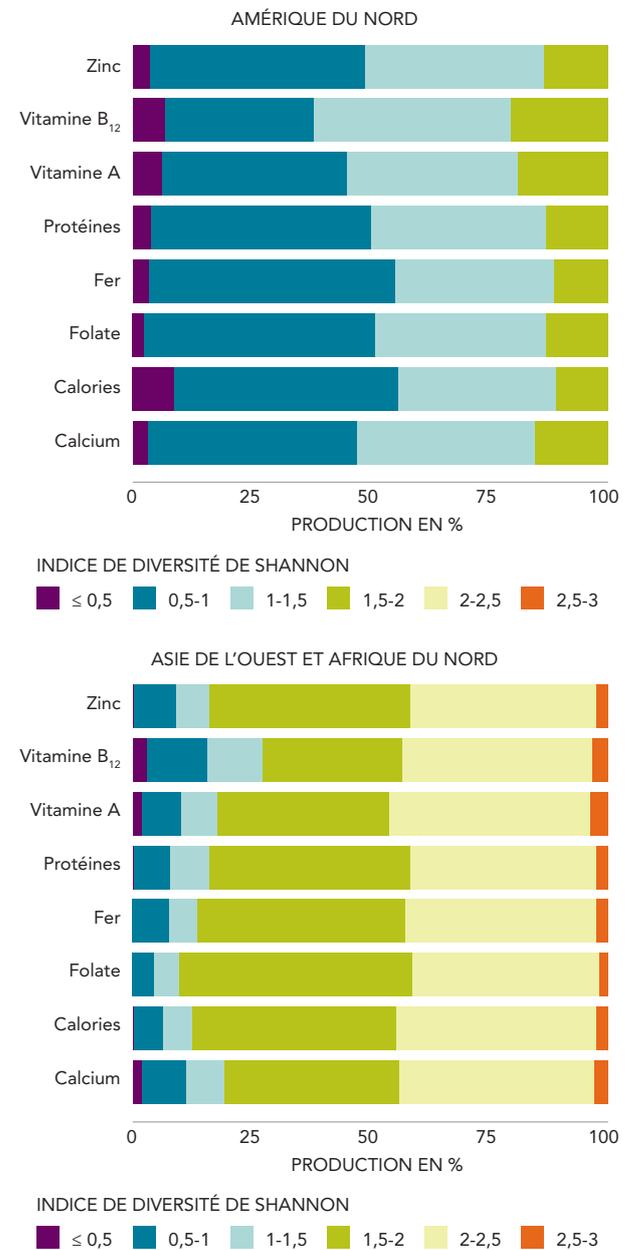
Il est clairement établi que si nous voulons atteindre l'ODD 13 sur le changement climatique, l'ODD 14 sur la vie aquatique, l'ODD 15 sur la vie terrestre ainsi que les cibles relatives à l'agriculture durable de l'ODD 2 consacré à l'éradication de la faim, nous devons modifier notre alimentation. La production alimentaire exerce déjà une pression considérable sur les ressources naturelles, en utilisant 70 % des réserves mondiales d'eau douce<sup>5</sup> et 38 % des terres<sup>6</sup>. L'agriculture est quant à elle à l'origine de 20 % du total des émissions de gaz à effet de serre<sup>7</sup>. L'élevage nécessite beaucoup d'espace, et occupe 70 % des surfaces agricoles<sup>8</sup>. Les forêts, les prairies et les zones humides sont transformées en terres cultivables afin de nourrir la population croissante et les animaux que nous consommons<sup>9</sup>. Pour s'adapter aux effets actuels du changement climatique et réduire les émissions de gaz à effet de serre, il est essentiel de trouver des solutions qui permettent de produire des aliments sûrs, nutritifs et sains tout en utilisant moins de ressources. Les éléments de preuve dont nous disposons indiquent que le secteur de la viande représente un enjeu particulier. La viande est une source alimentaire nutritive qui fournit des nutriments essentiels<sup>10</sup>. Toutefois, une consommation importante génère des niveaux de gaz à effet de serre relativement élevés<sup>11</sup>. En outre, les viandes rouges et transformées sont associées à un risque accru de développer un cancer colorectal, parmi les plus fréquents au monde<sup>12</sup>.

Parallèlement, l'amélioration de la nutrition nécessite des systèmes agroalimentaires qui permettent de produire de manière durable des aliments sûrs, nutritifs et sains : céréales complètes, fruits et légumes, légumineuses, noix, poisson, produits laitiers en quantité modérée et viande en petite quantité. Cela implique de prendre en compte le changement climatique (ODD 13), la pêche (ODD 14), la diversité de la vie terrestre (ODD 15) et l'agriculture durable (ODD 2). Les modèles de changement climatique prévoient une baisse des rendements agricoles dans la plupart des zones de culture à mesure que les températures augmentent au-delà de 3 °C, en particulier dans l'hémisphère Sud<sup>13</sup>. Le changement climatique affecte également la qualité nutritive des cultures, en diminuant la teneur nutritionnelle de certains aliments sous l'effet de la fertilisation par le dioxyde de carbone<sup>14</sup>. On estime ainsi que l'augmentation des émissions de dioxyde de carbone entraînera un appauvrissement des protéines, du fer, du zinc et des autres micronutriments contenus dans les cultures les plus répandues nourrissant une grande partie de la planète<sup>15</sup>.

Le changement climatique touche également la pêche (ODD 14), en modifiant les niveaux de température, de salinité, d'oxygène et d'acidification des océans, et en élevant la température des eaux douces et leur niveau<sup>16</sup>. On estime que les poissons fournissent 17 % de l'apport mondial en protéines, et sont riches en calcium, fer, iode, vitamines A et D et acides gras oméga-3<sup>17</sup>. Les poissons gras provenant essentiellement de la pêche sont la principale source alimentaire d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne oméga-3. Ils sont associés à des effets positifs lorsqu'ils sont consommés pendant la grossesse, notamment un meilleur développement de l'enfant et une diminution du risque de prééclampsie/prématurité, et à une meilleure santé cardiovasculaire lorsqu'ils sont consommés à l'âge adulte<sup>18</sup>. Toutefois, des compromis s'imposent : si la pêche n'est pas gérée de façon durable, l'augmentation de la consommation de poissons qui en sont issus va épuiser les réserves halieutiques, ce qui aura des effets préjudiciables pour l'environnement et se répercutera sur le régime alimentaire des générations futures<sup>19</sup>.

La protection de la diversité terrestre (ODD 15) est primordiale pour la nutrition. Bien que traditionnellement l'agriculture cherche à cultiver des denrées de base en quantité suffisante pour produire suffisamment d'aliments sur des exploitations et des terres hautement spécialisées, il apparaît que des paysages plus diversifiés permettent d'obtenir un rendement supérieur et des aliments bien plus riches en nutriments (figure 3.3)<sup>20</sup>. Des données récentes montrent que 53 à 81 % des micronutriments essentiels sont produits par des petites et moyennes exploitations, qui représentent 84 % de l'ensemble des exploitations et 33 % des terres émergées du globe, et sont généralement plus diversifiées que les grandes exploitations<sup>21</sup>. Cette tendance reflète en partie la géographie – globalement, les exploitations sont de taille importante sur le continent américain, modeste en Afrique et moyenne en Asie. Cela montre qu'il est particulièrement crucial que les politiques alimentaires des régions où des investissements sont réalisés afin d'accroître la production mettent fortement l'accent sur le maintien de la diversité. Il est par ailleurs essentiel que les politiques visant à préserver la diversité des productions donnent lieu à une amélioration réelle de l'alimentation. En effet, bien que certains éléments établissent l'existence d'une corrélation positive entre le nombre de variétés cultivées sur les exploitations et la diversité des groupes alimentaires consommés par les ménages<sup>22</sup>, des systèmes de production variés ne se traduiront pas nécessairement par des régimes alimentaires variés si les producteurs vendent leur récolte ou s'il n'existe pas d'infrastructures permettant d'amener les produits sur les marchés accessibles à ceux qui en ont le plus besoin<sup>23</sup>. De plus, le processus de transformation peut faire perdre aux produits agricoles certaines de leurs qualités nutritionnelles (c'est par exemple le cas des céréales complètes après raffinage, ou du maïs entrant dans la composition des sodas)<sup>24</sup>. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit d'évaluer les relations à l'œuvre entre la production alimentaire durable et ce que nous consommons, il convient d'envisager le système alimentaire comme un tout, comme nous le verrons dans la partie suivante (voir aussi la figure 3.4).

**FIGURE 3.3 : Production de nutriments dans deux régions, par catégorie**



Source : Herrero M. et al.<sup>25</sup>

Remarques : l'indice de diversité de Shannon permet de mesurer la diversité en déterminant combien de types d'aliments sont produits à une échelle géographique donnée et dans quelle mesure ils sont équitablement répartis. Plus il est élevé, plus la diversité est importante.

## Infrastructure des systèmes

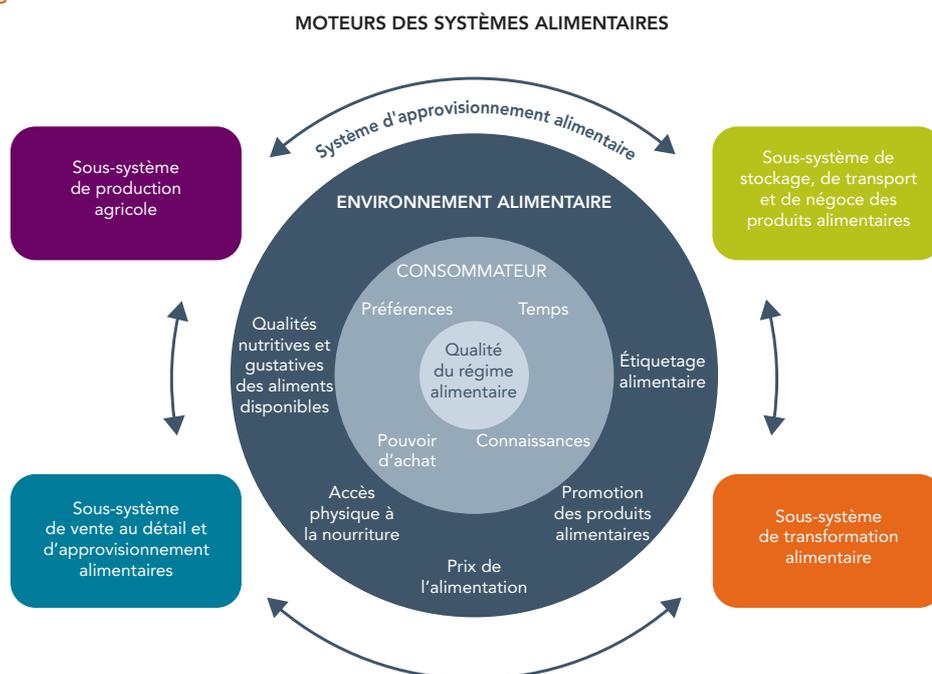
L'ODD 9 vise à construire des infrastructures résilientes propres à soutenir le développement économique et le bien-être humain, et à garantir un accès équitable à ces infrastructures. Quand il est question d'infrastructures, la nutrition n'est pas le premier domaine qui vient à l'esprit. Pourtant, son amélioration contribue à faire progresser l'une des formes d'infrastructure les plus importantes : « l'infrastructure de la matière grise ». La Banque mondiale et la Banque africaine de développement ont préconisé d'investir dans la prévention de la malnutrition des enfants en s'appuyant sur le fait que celle-ci empêche le développement du cerveau. Il est clairement établi que la nutrition, en plus de sauver la vie des enfants, leur donne les capacités mentales nécessaires au développement tout au long de la vie<sup>26</sup>.

Ces capacités sont essentielles pour bâtir un avenir meilleur et parvenir à une croissance économique plus rapide et plus inclusive, des ambitions qui sont au cœur même de l'ODD 8. Pour avancer, les économies et les sociétés comptent autant sur la capacité d'innovation de leurs populations que sur leur force physique. Au XXI<sup>e</sup> siècle, une économie fondée sur la connaissance joue un rôle majeur dans le développement humain. Le rendement des investissements dans la nutrition est considérable, de l'ordre de 16 dollars US par dollar investi<sup>27</sup>. C'est un fait qui est de plus en plus reconnu. Ainsi, dans son Enquête économique 2015-2016, le ministère indien des Finances affirmait : « Imaginez que le gouvernement soit un investisseur qui cherche à maximiser la croissance économique de l'Inde à long terme. Compte tenu des contraintes budgétaires et de capacités limitées, dans quel secteur investirait-il ?... Les programmes axés sur la santé et la nutrition de la mère et du

jeune enfant, relativement peu coûteux, offrent des retours sur investissement très élevés.<sup>28</sup> » D'après l'étude « Le coût de la faim en Afrique », qui porte sur quatre pays, la sous-alimentation fait perdre aux économies africaines l'équivalent de 1,9 à 16,5 % de leur PIB chaque année en raison de taux accrus de mortalité, de l'absentéisme, de maladies chroniques et des coûts connexes, et de la perte de productivité<sup>29</sup>. Le coût du surpoids et de l'obésité au cours de la vie est tout aussi impressionnant. En Allemagne, par exemple, celui-ci s'élève à 145 milliards d'euros pour la population actuelle<sup>30</sup>. Aux États-Unis, les ménages comptant une personne obèse dépensent en moyenne l'équivalent de 8 % de leur revenu annuel en frais de santé chaque année<sup>31</sup>. En Chine, les personnes atteintes de diabète perdent en moyenne 16,3 % de leur revenu chaque année<sup>32</sup>.

L'amélioration de la nutrition, en renforçant le potentiel intellectuel et la productivité, permet aux pays d'accroître leur capacité de développement économique. Pour y parvenir, il sera nécessaire de construire les infrastructures nécessaires au développement : gouvernance, application de la loi, marchés et financement. Il conviendra en outre d'investir dans l'infrastructure des systèmes matériels : routes, réfrigérateurs, canalisations, toilettes, téléphonie, Internet, etc. Les faits montrent que ces mesures s'imposent pour que chacun puisse accéder à une alimentation sûre, variée et nutritive, à l'eau salubre et à l'hygiène – autant d'éléments indispensables à l'amélioration de la nutrition. C'est ce qui apparaît clairement dans le cas des systèmes alimentaires (figure 3.4). Après la production, des infrastructures sont nécessaires pour acheminer les denrées alimentaires via des systèmes complexes de distribution, de transformation, de négoce, de vente au détail et de commercialisation jusqu'à leur point de mise à la disposition du consommateur (figure 3.4)<sup>33</sup>.

**FIGURE 3.4 : Cadre conceptuel des liens entre la qualité du régime alimentaire et les systèmes alimentaires**



Source : Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (GloPAN)

Cet aspect a des répercussions importantes sur la consommation d'une alimentation sûre, nutritive et saine, ainsi que sur son accessibilité.

Par exemple, l'amélioration du stockage après récolte et du transport est essentielle pour éviter la contamination des aliments par des micro-organismes pathogènes tels que le Rotavirus, *Salmonella* spp et *Campylobacter* spp, ou les toxines fongiques telles que l'aflatoxine. La sécurité alimentaire est un aspect important mais souvent négligé de la nutrition. Chaque année, on estime que 600 millions de personnes dans le monde – soit près d'une sur dix – tombent malades après avoir consommé des aliments dangereux pour la santé, et 420 000 décèdent<sup>34</sup>. Les agents pathogènes d'origine alimentaire sont une cause majeure de diarrhées chez les jeunes enfants, ce qui contribue à l'insuffisance pondérale et à des niveaux de mortalité élevés<sup>35</sup>. Les aflatoxines présentes dans le maïs et les arachides des pays en développement tropicaux et subtropicaux sont associées au retard de croissance chez les enfants et seraient responsables de quelque 90 000 décès par cancer du foie chaque année<sup>36</sup>. La sécurité alimentaire est en outre étroitement liée à l'eau salubre et à l'assainissement, comme nous le verrons un peu plus loin.

Il existe également des synergies au sein du système alimentaire entre les interventions visant à réduire les pertes et le gaspillage alimentaires et celles destinées à promouvoir la nutrition<sup>37</sup>. Selon certaines estimations, un tiers de tous les aliments produits (soit 1,3 milliard de tonnes) sont perdus ou gaspillés chaque année durant leur production, leur stockage, leur transport, leur transformation ou leur consommation<sup>38</sup>. Il est probable que les mauvaises techniques de culture et de récolte et le manque d'infrastructures que l'on observe dans de nombreux pays en développement restent des facteurs majeurs de pertes alimentaires, de l'ordre de 10 à 40 % de la production alimentaire totale<sup>39</sup>. Cet aspect intéresse la nutrition car la plupart des cultures les plus nutritives essentielles à l'adéquation et à la diversité de l'alimentation (telles que l'arachide, les fruits et les légumes) sont celles qui subissent les pertes les plus importantes après récolte<sup>40</sup> – chaque année, un tiers de la production mondiale de fruits et légumes est perdue avant d'arriver jusqu'au consommateur<sup>41</sup>. Des infrastructures efficaces sont donc nécessaires, et permettront en outre de répondre à l'une des cibles ambitieuses de l'ODD 12 sur la production et la consommation responsables : réduire de moitié à l'échelle mondiale le volume de déchets alimentaires par habitant, y compris en réduisant les pertes de produits alimentaires tout au long des chaînes d'approvisionnement.

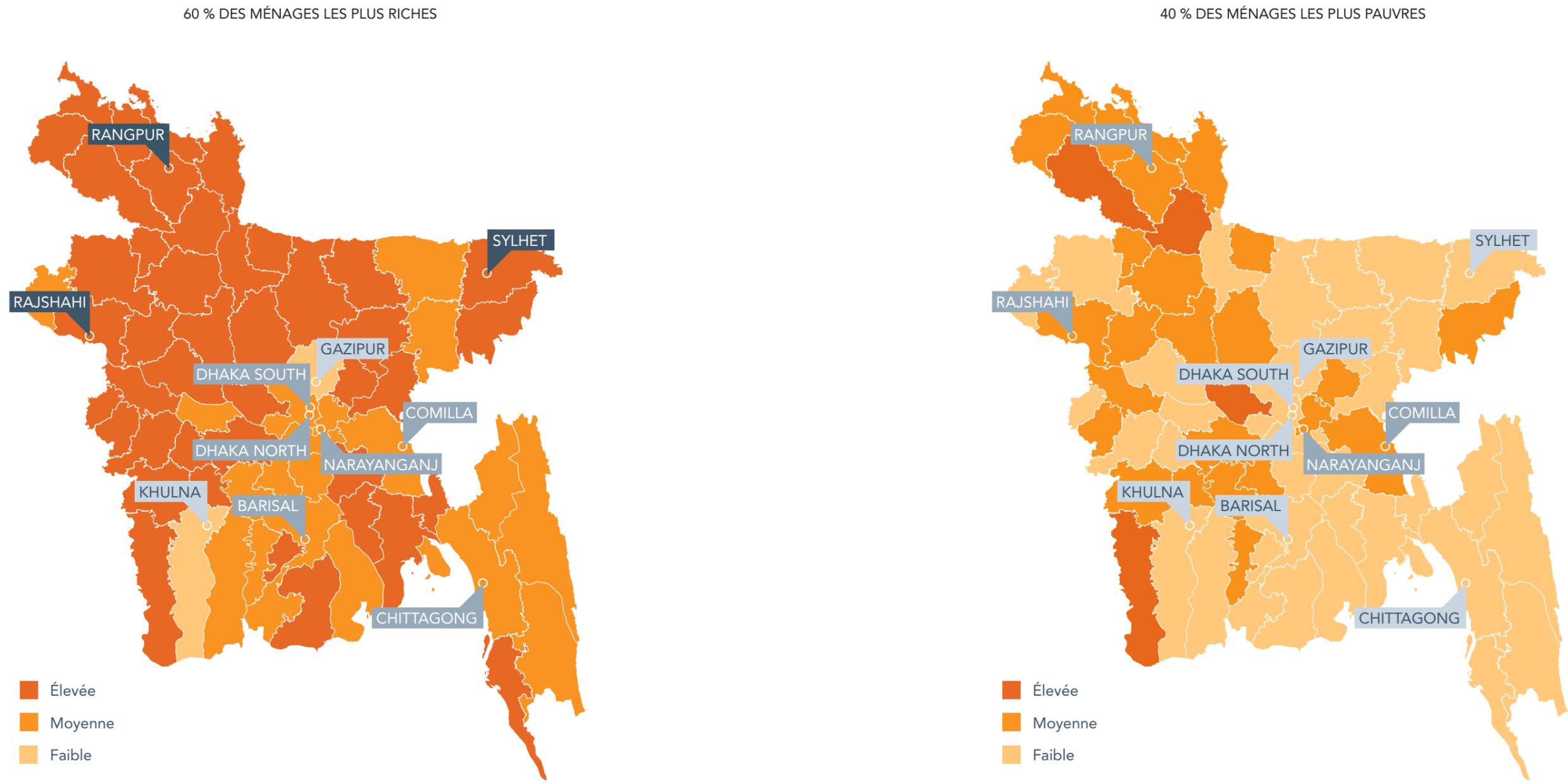
Une production et une consommation durables passent également par la gestion de l'approvisionnement et de la consommation énergétiques, et l'ODD 7 vise une énergie propre et d'un coût abordable qui soit accessible à tous. Le secteur alimentaire représente 30 % de la consommation d'énergie mondiale<sup>42</sup>. Les quatre cinquièmes de cette énergie sont consommés en dehors des exploitations, et l'acheminement et la transformation des aliments « du champ à l'assiette » constituent la proportion la plus importante à l'échelle mondiale<sup>43</sup>. Dans les pays à faible revenu, la cuisson domestique des aliments est l'activité qui consomme le plus d'énergie. La généralisation des infrastructures nécessaires à la cuisson des aliments – c'est-à-dire des fourneaux à haut rendement énergétique – permettrait d'améliorer l'état de santé des ménages, de gagner du temps, de préserver les forêts et les écosystèmes associés et de réduire les émissions<sup>44</sup>.

La question essentielle est de savoir qui a accès à ces infrastructures ? Par exemple, on observe généralement une plus grande diversité alimentaire dans les villes en raison de meilleures infrastructures de distribution, d'énergie et de vente au détail. Mais il en est souvent autrement dans les bidonvilles et les quartiers défavorisés où les infrastructures sont inexistantes ou proposent des produits malsains<sup>45</sup>. Les citoyens les plus pauvres sont de plus en plus exposés à des aliments riches en calories mais pauvres en nutriments<sup>46</sup>. Cette situation souligne l'effet potentiellement contre-productif du développement des infrastructures, qui a permis aux villes d'accéder à des produits augmentant le risque d'obésité, rendus plus attrayants par la publicité et d'autres formes de marketing<sup>47</sup>. L'une des composantes essentielles de l'ODD 11 pour des villes et des communautés durables s'attaque justement à ce genre de défis, une ambition qui gagnera en pertinence alors que la population urbaine mondiale devrait atteindre 66 % en 2050<sup>48</sup>. Les évolutions en cours dans les villes afin de mettre en œuvre des politiques alimentaires urbaines destinées à réduire le manque d'accès à une alimentation adéquate, l'obésité et le gaspillage alimentaire et à traiter les questions liées aux moyens de subsistance et au changement climatique peuvent jouer un rôle capital dans la réponse aux défis du système alimentaire<sup>49</sup>.

La qualité, la fiabilité et la continuité des infrastructures en matière d'eau salubre, d'assainissement et d'hygiène (ODD 6) sont tout aussi cruciales pour la nutrition. On estime que 50 % de la sous-alimentation est associée à des infections provoquées par une eau insalubre, un mauvais assainissement et des pratiques non hygiéniques, y compris l'absence de lavage des mains au savon<sup>50</sup>. Des diarrhées ou des infections intestinales à répétition peuvent entraîner une sous-alimentation aiguë et chronique<sup>51</sup>. Par exemple, 54 % des variations de taille observées chez les enfants au niveau mondial peuvent être liées à la défécation à l'air libre. Lorsque des personnes vivent loin d'un point d'eau salubre, leurs besoins nutritionnels sont accrus par l'énergie dépensée pour se rendre jusqu'à celui-ci, tandis que leur capacité et leur temps de travail leur assurant un revenu s'en trouvent réduits. Mais lorsqu'il existe des infrastructures d'eau et d'assainissement, celles-ci bénéficient en général essentiellement aux populations les plus riches. De nombreux pays affichent d'importantes inégalités économiques et spatiales en matière de prestation des services d'eau salubre et d'assainissement. Par exemple, si certains districts du Bangladesh fournissent des services d'eau et d'assainissement d'une qualité supérieure à la moyenne nationale aussi bien aux groupes à faible revenu qu'à ceux à revenu élevé, la plupart d'entre eux assurent des services de meilleure qualité uniquement aux populations ayant des revenus supérieurs (figure 3.5)<sup>52</sup>.

La bonne nouvelle, c'est que l'on voit apparaître des exemples d'intégration accrue entre les services d'eau et d'assainissement et la nutrition. Le Gros plan 3.1 présente un exemple au Cambodge, où le gouvernement a donné la priorité à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans un programme visant à réduire le retard de croissance mis en œuvre dans le cadre de sa Stratégie nationale pour la sécurité alimentaire et la nutrition 2014-2018<sup>53</sup>. Des résultats significatifs ont été obtenus grâce aux efforts concertés déployés pour permettre la collaboration avec les ONG et les organismes des Nations Unies, ainsi qu'entre les différents secteurs (agriculture, santé et développement rural, nutrition et eau, assainissement et hygiène)<sup>54</sup>.

FIGURE 3.5 : Couverture des services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité et des installations d'assainissement améliorées à l'échelle des districts, dans les 60 % des ménages les plus riches et dans les 40 % des ménages les plus pauvres, Bangladesh, 2012



Source : carte reproduite à partir de données de la Banque mondiale. 2017. Precarious Progress: A Diagnostic on Water, Sanitation, Hygiene, and Poverty in Bangladesh. WASH Poverty Diagnostic. Washington, DC, Banque mondiale<sup>55</sup>.

Remarques : les services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité correspondent ici à un point d'eau amélioré situé sur le lieu d'usage et exempt de germes E. coli et d'arsenic. « Élevée » correspond à une couverture supérieure à la couverture moyenne des services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité et des installations d'assainissement améliorées. « Moyenne » correspond à une couverture supérieure à la couverture moyenne des services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité ou des installations d'assainissement améliorées. « Faible » correspond à une couverture inférieure à la couverture moyenne des services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité et des installations d'assainissement améliorées.

## GROS PLAN 3.1 STRATÉGIES ET INTERVENTIONS INTÉGRÉES EN MATIÈRE DE NUTRITION, D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE AU CAMBODGE

Dan Jones et Megan Wilson-Jones

Malgré une croissance économique régulière et une réduction de la pauvreté, la malnutrition reste une menace pour la santé publique au Cambodge. Un enfant sur quatre âgé de moins de 5 ans souffre d'insuffisance pondérale, un sur dix est émacié et un sur trois présente un retard de croissance, ce qui provoque des dommages irréversibles sur leur développement cognitif et physique à long terme<sup>56</sup>, et contribue à une faible rémunération et une perte de productivité une fois qu'ils ont atteint l'âge adulte<sup>57</sup>.

La malnutrition infantile, qui inclut le retard de croissance, est influencée par un éventail de facteurs complexes qui exigent une réponse multisectorielle<sup>58</sup>. Dans les communautés rurales du Cambodge, moins de la moitié des ménages utilisent des latrines améliorées<sup>59</sup>, et environ la moitié ont accès à une source d'eau potable améliorée<sup>60</sup>. Malgré des progrès initiaux, les études relèvent ces dernières années une baisse des taux d'allaitement exclusif au sein chez les enfants de moins de 6 mois<sup>61</sup>, tandis que l'utilisation du biberon est en hausse notamment parmi la population urbaine pauvre, dont le risque de consommer une eau contaminée est particulièrement élevé<sup>62</sup>. Des données récentes indiquent également que 30 % seulement des enfants âgés de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation minimale acceptable<sup>63</sup>.

Le Gouvernement royal du Cambodge agit. Il a donné la priorité à l'amélioration des pratiques et des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène – appelés « WASH » – afin de faire avancer l'engagement multisectoriel pris en faveur de la réduction du retard de croissance. Dirigée par le Conseil pour le développement agricole et rural du Cambodge, la Stratégie nationale pour la sécurité alimentaire et la nutrition (2014-2018) reflète clairement la priorité donnée au secteur WASH dans le cadre d'une approche globale qui associe de manière unique des interventions axées sur la nutrition et des interventions contribuant à la nutrition, et ce à tous les niveaux<sup>64</sup>. Cette stratégie préconise l'intégration du secteur WASH dans tous les programmes de nutrition maternelle et infantile, en particulier dans les activités de nutrition communautaires, les campagnes pour le changement de comportement et les programmes scolaires. En outre, elle présente différents mécanismes institutionnels qui permettent de coordonner la sécurité alimentaire et la nutrition au Cambodge, y compris les acteurs du secteur WASH, et s'engage à renforcer la capacité du gouvernement national et des autorités infranationales à planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes multisectoriels.

En s'appuyant sur cette base politique solide, le Conseil pour le développement agricole et rural a réuni les ministères du Développement rural et de la Santé ainsi que les principaux donateurs et partenaires de développement au sein d'un Sous-groupe de travail WASH et nutrition chargé de faire avancer les actions intégrées.

Les donateurs et partenaires de développement sont les suivants : WaterAid, Save the Children, le Fonds mondial pour l'assainissement, Plan International, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial, l'OMS, Helen Keller International et la Banque mondiale. Créé en 2015, ce groupe vise à obtenir de meilleurs résultats en élaborant et en partageant des expériences d'intégration des activités WASH et nutrition, et en favorisant une synergie accrue entre les secteurs.

L'intégration n'est certes pas un objectif nouveau au Cambodge, mais sa concrétisation n'a jamais été simple ; nombre des tentatives précédentes ont échoué. Pour inverser cette tendance, le groupe a entrepris en 2016 l'élaboration d'une théorie du changement portant sur l'intégration des programmes de nutrition, et a commandé une étude afin de mieux comprendre les obstacles et les solutions potentielles qu'elle comporte. À partir des conclusions et des recommandations de cette étude réalisée par le Burnet Institute<sup>65</sup>, le groupe, sous la direction du gouvernement, a identifié trois mesures prioritaires :

- 1) Désigner des correspondants capables d'acquérir les connaissances nécessaires dans les secteurs de la nutrition et WASH ;
- 2) Élaborer une stratégie intersectorielle qui précise de quelle façon les politiques existantes dans les secteurs de la nutrition et WASH contribuent à l'intégration des efforts d'amélioration de la nutrition ;
- 3) Plaider auprès du ministère de l'Économie et des Finances pour une augmentation des crédits budgétaires nationaux alloués à la nutrition et au secteur WASH, et auprès des donateurs pour un regroupement accru des possibilités de financement.

En 2017, cette stratégie intégrée et multisectorielle de réduction de la malnutrition, approuvée par le gouvernement et fondée sur des données probantes, a été adoptée à tous les échelons gouvernementaux et par l'ensemble des partenaires de développement. Le Sous-groupe national de travail WASH et nutrition poursuit la coordination des efforts nationaux. Les représentants infranationaux de la santé, du développement rural et de l'agriculture abordent pour la première fois l'intégration. Le gouvernement et les partenaires de développement portent cette question dans les villages, les districts et les provinces où ils interviennent. De plus en plus d'organismes donateurs s'appuient sur les promesses et les premiers succès obtenus dans le cadre des politiques et des actions menées conjointement en faveur du secteur eau, assainissement et hygiène et de la nutrition au Cambodge.

## Systèmes de santé

Nutrition et santé sont indissociables : la malnutrition constitue une forme de mauvaise santé, et toutes les maladies augmentent les besoins nutritionnels<sup>66</sup>. Une bonne nutrition au cours des 1 000 premiers jours de vie permet de réduire l'émaciation et le retard de croissance, ainsi que les maladies et les décès<sup>67</sup>. Elle diminue également le risque de développer plus tard des MNT telles que les pathologies cardiovasculaires et le diabète<sup>68</sup>. Autant d'éléments qui pèsent sur la demande de services de santé. L'ODD 3 porte sur la santé et comporte plus de cibles et d'indicateurs que tout autre ODD étroitement associé à la nutrition, notamment les cibles 3.2 sur la mortalité infantile et 3.4 sur la mortalité due aux MNT (figure 3.2).

Réciproquement, l'amélioration des services de santé est nécessaire à l'amélioration de la nutrition. Les systèmes de santé ont un rôle important à jouer dans la promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de supplémentation, d'alimentation thérapeutique, de conseil nutritionnel visant à réguler le surpoids et

l'insuffisance pondérale, et de dépistage des MNT liées au régime alimentaire chez les patients. Un certain nombre d'interventions de lutte contre la sous-alimentation, appelées « actions essentielles en nutrition », sont assurées dans le cadre des soins de santé primaires. Elles portent notamment sur l'allaitement et la supplémentation nutritionnelle des femmes en âge de procréer (acide folique, vitamine A et autres suppléments en micronutriments)<sup>69</sup>. La malnutrition aiguë sévère est elle aussi souvent prise en charge par le système de santé, tant dans le cadre formel des soins tertiaires que dans le cadre des soins de proximité (prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë). Or, il est clairement établi qu'à l'heure actuelle, les systèmes de santé ne fournissent pas ces actions essentielles. Généralement, les services de santé pâtissent d'une pénurie de personnel au niveau local, en particulier dans les zones pauvres et rurales. Le tableau 3.1 indique dans quelle mesure quatre actions essentielles en nutrition atteignent ceux qui en ont besoin (désignation par le terme de « couverture »). Il montre par exemple que 5 % seulement des enfants âgés de 0 à 59 mois bénéficient d'un traitement au zinc (pour la liste complète, voir l'annexe 3).

TABLEAU 3.1 : Couverture des actions essentielles en nutrition

Couverture/indicateur de la pratique	Intervention connexe recommandée par Bhutta et al., 2013 (population cible)	Nombre de pays disposant de données	Minimale (%)	Maximale (%)	Moyenne (%)	Médiane (%) des pays disposant de données
Enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc	Traitement de la diarrhée au zinc (enfants de 0 à 59 mois)*	46	0	28	5	2
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A en 2014	Supplémentation en vitamine A (enfants de 0 à 59 mois)*	57	0	99	65	79
Ménages consommant du sel suffisamment iodé	Iodation universelle du sel*	84	0	100	57	62
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse, et qui l'ont prise pendant 90 jours ou plus	Supplémentation en micronutriments multiples (femmes enceintes)	59	0,4	82	31	30

Source : Kothari M., 2016, Demographic and Health Survey intervention coverage data, 2016, et bases de données mondiales de l'UNICEF, 2016<sup>70</sup>. Pour l'Inde, de nouvelles données tirées de l'enquête Rapid Survey on Children 2013-2014 sont utilisées, le cas échéant.

Remarques : les quatre actions essentielles en nutrition présentées sont celles dotées d'indicateurs de couverture des interventions. Pour la liste complète, voir l'annexe 2. \*Interventions recommandées par la Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles de l'OMS<sup>71</sup>. La supplémentation en micronutriments multiples est recommandée par Bhutta et al.<sup>72</sup> Les données sont tirées d'enquêtes démographiques et de santé, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'enquêtes à l'échelle nationale menées entre 2005 et 2015. Les enquêtes antérieures à 2005 ont été exclues de ce tableau en attendant l'approbation de cette recommandation par l'OMS.

À ce jour, les services de santé n'ont pas agi comme ils l'auraient dû pour intégrer la prévention des MNT<sup>73</sup>. Ainsi, même parmi les pays conscients du fardeau que font peser les MNT liées au régime alimentaire sur leur population, ils sont peu nombreux à inclure dans leurs paquets de soins de santé universels des stratégies telles que la promotion d'une alimentation saine, la prévention de l'obésité et l'auto-prise en charge du diabète<sup>74</sup>. Les interventions de prévention et de traitement des MNT liées au régime alimentaire assurées par les systèmes de santé, comme la prise en charge de l'hypertension et du diabète, sont elles aussi souvent insuffisantes. En 2015, la moitié des pays n'avaient pas mis en œuvre les directives relatives à la gestion des MNT portant sur les quatre principales maladies de ce type (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer et bronchopneumopathie chronique obstructive), et seuls 38 d'entre eux (20 %) offraient aux patients à haut risque des traitements médicamenteux et des conseils en matière de contrôle glycémique, d'AVC et de crise cardiaque dans les établissements de soins primaires<sup>75</sup>. Une enquête de la Banque mondiale réalisée dans 24 pays, confrontés pour la plupart d'entre eux à des fardeaux associés aux MNT liées au régime alimentaire, a révélé que seuls six pays relativement riches citaient la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans leurs paquets de soins de santé<sup>76</sup>. De plus, les services liés aux MNT pâtissent d'une pénurie de personnel au niveau local, en particulier dans les zones pauvres et rurales<sup>77</sup>.

Dans les pays à revenu élevé, on relève toutefois des exemples encourageants qui illustrent le rôle que peuvent jouer les services de santé dans la prévention de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire en veillant à servir une nourriture qui favorise une bonne santé. L'encadré 3.2 met en lumière un de ces exemples.

## Équité et inclusion

L'amélioration de la nutrition est essentielle pour combattre la pauvreté (ODD 1), l'inégalité entre les sexes (ODD 5) et l'éducation de mauvaise qualité (ODD 4), pour promouvoir une croissance économique inclusive (ODD 8) et, plus largement, pour réduire les inégalités (ODD 10). Parallèlement, la prise de mesures à l'égard de la pauvreté, des conditions de travail (ODD 8), de l'éducation, de la problématique hommes-femmes et des inégalités permettra d'obtenir de meilleurs résultats en matière de nutrition.

Il est difficile de déterminer dans quel sens ces relations s'opèrent. Toutefois, on peut affirmer avec certitude que l'amélioration de la nutrition constitue un tremplin pour faire progresser l'éducation – en particulier la réussite scolaire –, l'emploi et l'autonomisation des femmes, ainsi que pour

réduire la pauvreté et les inégalités<sup>78</sup>. La lutte contre le retard de croissance et les carences en micronutriments, comme le fer ou l'iode, améliore la capacité des enfants à suivre une scolarité et à obtenir de bons résultats, et augmente leurs chances d'achever leurs études<sup>79</sup>. Une alimentation saine et de bonne qualité est associée à de meilleurs résultats scolaires<sup>80</sup>. Les enfants moins touchés par le retard de croissance au cours de leurs premières années de vie obtiennent des résultats supérieurs aux évaluations cognitives et physiques<sup>81</sup>. Chez les femmes et les filles, une bonne alimentation s'accompagne de bénéfices dans des domaines variés : santé, niveau d'étude, génération de revenus, maîtrise de ses propres ressources et capacité à prendre des décisions, notamment en vue de retarder les mariages et les grossesses précoces<sup>82</sup>.

Inversement, l'éducation est associée à de meilleurs résultats en matière de nutrition. Les enfants dont les mères ont suivi un enseignement secondaire de qualité sont susceptibles d'être nettement mieux nourris<sup>83</sup>. Cela souligne la nécessité de faire en sorte que les filles poursuivent leur scolarité, bien que le taux d'abandon scolaire soit considérablement plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie du Sud<sup>84</sup>.

La réalisation de l'égalité et l'amélioration de la nutrition nécessitent également d'attirer l'attention sur les dispositions liées à la maternité. Or, à peine plus de la moitié des pays disposant de données en la matière respectent la norme de l'Organisation internationale du Travail qui prévoit un congé de maternité d'une durée minimale de 14 semaines ; et ils sont seulement 34 % à disposer de fonds garantissant des prestations de maternité suffisantes<sup>85</sup>. Dans 18 % des pays, il n'existe aucun droit à un congé de maternité payé ni à des pauses d'allaitement rémunérées à la reprise du travail, ce qui complique l'allaitement au sein<sup>86</sup>. L'allaitement maternel est largement reconnu comme étant la meilleure option en matière d'alimentation du nourrisson du point de vue nutritionnel<sup>87</sup>. Il protège contre la mortalité et la morbidité infantiles, augmente le niveau intellectuel et, chez la femme, il est associé à une réduction du risque de cancer du sein. De nouvelles données probantes indiquent qu'il pourrait également avoir un effet protecteur contre l'obésité et le diabète plus tard au cours de la vie<sup>88</sup>. D'autres aspects liés aux droits des femmes sont tout aussi importants pour la nutrition. Par exemple, bien que les femmes se consacrent davantage aux travaux agricoles que les hommes à l'échelle mondiale, celles qui vivent en zone rurale ont souvent du mal à tirer un revenu stable de leur travail. Dans de nombreux pays, les femmes se voient refuser le droit d'accéder à la propriété foncière, d'obtenir un crédit, de prendre des décisions ou d'exercer des fonctions de direction<sup>89</sup>.

## GROS PLAN 3.2 COMMENT CONJUGUER ALIMENTATION SAIN ET VIABILITÉ ÉCONOMIQUE AU SEIN D'UN GRAND PÔLE DE SANTÉ AUSTRALIEN SITUÉ EN ZONE URBAINE ?

Anna Peeters, Kirstan Corben et Tara Boelsen-Robinson

Alfred Health est un grand pôle de santé australien qui se compose de trois hôpitaux situés dans la proche banlieue sud-est de Melbourne. Reconnaissant qu'il est important non seulement de traiter les maladies mais aussi de promouvoir la santé, Alfred Health a lancé en 2011 un projet visant à améliorer l'offre et la promotion d'aliments et de boissons plus sains au sein de ses trois établissements.

Alfred Health a mis en œuvre les directives « Healthy Choices »<sup>90</sup> élaborées par l'État de Victoria afin de proposer des produits plus sains dans son offre de services alimentaires (vente au détail, distributeurs automatiques et restauration). L'une des caractéristiques de la méthode employée par Alfred Health est son approche par équipe, fondée sur un fort leadership de la direction du pôle de santé, la création d'un poste dédié à la promotion de la santé, et l'instauration d'une collaboration étroite entre l'équipe chargée de promouvoir la santé et les prestataires alimentaires<sup>91</sup>.

Cette approche collaborative a donné lieu à des essais innovants conçus par les prestataires et l'équipe de promotion de la santé afin de tester l'efficacité et la faisabilité de différentes stratégies de vente d'aliments sains. L'équipe a d'abord mené des essais de courte durée qui lui ont permis d'explorer différentes pistes sans prendre de risque. Alfred Health s'est associé à des établissements d'enseignement, des universitaires, des instituts de recherche indépendants ainsi qu'à la Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) afin d'évaluer ces essais. Outre cette dernière figuraient parmi les principaux partenaires l'université Deakin, la Behavioural Insights Team et le gouvernement de l'État de Victoria.

Tout en travaillant à l'amélioration de tous les aspects de son offre de produits alimentaires, Alfred Health a axé ses premiers essais sur les boissons sucrées. Toutes les parties prenantes se sont accordées à dire que cette démarche s'inscrivait dans une logique sanitaire solide et constituait une cible délimitée et réaliste. Quatre essais ont été réalisés : 1) retrait des boissons sucrées du comptoir d'un restaurant ; 2) retrait des boissons sucrées du comptoir d'un self-service ; 3) augmentation de 20 % du prix des boissons sucrées vendues en distributeur ; 4) augmentation de 20 % du prix des boissons sucrées vendues dans une boutique de proximité. Ces approches ont bénéficié de l'appui des prestataires puisqu'elles permettaient de continuer à proposer différents choix au client tout en mettant en avant des alternatives plus saines.

Ces quatre essais se sont révélés concluants. Tous ont permis de réduire considérablement les ventes de boissons sucrées et d'augmenter celles de boissons plus saines telles que l'eau. Dans les essais où les boissons avaient été retirées du comptoir, la vente d'alternatives « diététiques » (boissons avec édulcorants non caloriques) a augmenté. En revanche, dans les essais portant sur le prix, les ventes de ces boissons « diététiques » ont chuté en même temps que celles de boissons sucrées. Ces stratégies sont toujours appliquées dans les hôpitaux, sous leur forme initiale ou après quelques modifications.

Ces quatre essais ont également démontré la viabilité économique des changements apportés, le nombre d'articles vendus et les recettes générées n'ayant pas varié au cours de la période de test. Les enquêtes menées auprès des consommateurs indiquent que la plupart d'entre eux n'avaient pas connaissance des changements apportés et qu'une fois informés ils s'y montraient favorables. Cette expérience a été considérée comme une réussite tant pour le pôle de santé Alfred Health que pour ses prestataires<sup>92</sup>. Dans l'essai qui consistait à retirer les boissons sucrées du comptoir du self-service, les ventes de ces dernières sont passées de 40 % à 10 % seulement de toutes les boissons fraîches vendues<sup>93</sup>. Grâce à ces initiatives, Alfred Health estime aujourd'hui vendre chaque année 36 500 boissons sucrées en moins dans son hôpital principal.

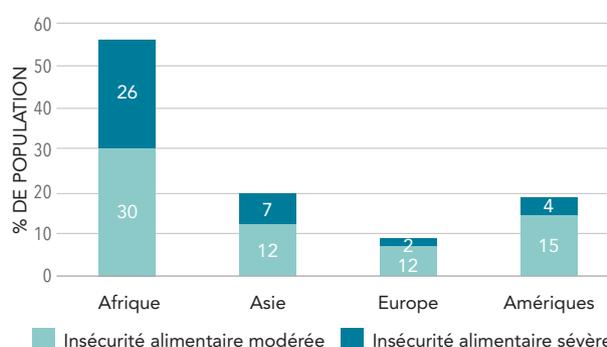
Alfred Health est devenu le premier centre de santé de l'État de Victoria à dépasser les cibles du gouvernement, en parvenant à proposer une offre alimentaire composée à 56 % de produits sains (+ 30 % par rapport à 2011) et à ramener à 15 % son offre d'aliments et de boissons mauvais pour la santé (contre 42 % cinq ans auparavant). Selon l'équipe, plusieurs facteurs ont contribué à la réussite de ces quatre essais et, d'une manière plus générale, à l'introduction de produits plus sains dans l'ensemble de l'offre de services alimentaires (vente au détail, distributeurs automatiques et restauration) : l'adoption d'une perspective à long terme bénéficiant d'un soutien continu et de ressources régulières ; le développement et la gestion des relations multipartites ; et l'utilisation de messages cohérents pour expliquer aux différentes parties prenantes les raisons qui ont motivé la mise en place de cette stratégie. Les difficultés rencontrées concernaient l'identification de produits alternatifs sains et appréciés des consommateurs ainsi que le suivi et l'évaluation en continu de l'offre de produits proposée.

Une mauvaise nutrition est fortement corrélée à la pauvreté, à des revenus bas, et même à une faible croissance économique. Un cinquième de la population mondiale, soit 767 millions de personnes, vit aujourd'hui en situation d'extrême pauvreté (qui correspond à un revenu inférieur à 1,90 dollar par jour). La nutrition fait peser un lourd fardeau sur leurs épaules : 46 % de tous les retards de croissance relèvent de cette catégorie<sup>94</sup>. Une mauvaise nutrition accroît le risque de pauvreté : nous savons que 43 % des enfants de moins de 5 ans vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire présentent un risque plus élevé de pauvreté dû au retard de croissance<sup>95</sup>. On estime qu'à l'âge adulte, les enfants qui souffrent d'un retard de croissance gagneront 20 % de moins que ceux qui n'en sont pas atteints<sup>96</sup>, tandis que les enfants ayant été bien nourris ont 33 % de chances de plus d'échapper à la pauvreté une fois adultes<sup>97</sup>. En effet, les niveaux de salaire sont nettement corrélés aux degrés de retard de croissance – à la taille adulte, chaque centimètre supplémentaire peut être mis en correspondance avec une augmentation de près de 5 % du niveau de salaire<sup>98</sup>. De même, une analyse réalisée dans 29 pays indique que le retard de croissance et l'émaciation ont une incidence sur la croissance du PIB. Ainsi, on estime que lorsque le revenu par habitant augmente de 10 %, la prévalence du retard de croissance chute de 3,2 %. Et une hausse de 10 % du revenu se traduit par une diminution de 7,4 % de l'émaciation<sup>99</sup>. Cela ne prouve pas qu'une meilleure nutrition favorise la hausse des salaires ou la croissance économique – les chiffres tendent plutôt à démontrer que la hausse des salaires ou la croissance économique conduisent à l'amélioration de la nutrition. En revanche, ces données témoignent de l'importance de recourir à des mesures spécifiques à la nutrition pour éclairer les politiques plus générales et influencer ceux qui œuvrent pour la réduction de la pauvreté et la croissance économique.

Le lien qui existe entre, d'une part, la pauvreté, la faiblesse des niveaux d'éducation et d'autres formes de privation et, d'autre part, l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, est quant à lui plus complexe. Dans les pays à revenu élevé, l'incidence des facteurs de risque des MNT liées au régime alimentaire telles que l'obésité est plus élevée parmi les groupes plus pauvres et moins éduqués<sup>100</sup>. Les schémas d'inégalité associés à l'obésité et aux problèmes de santé connexes observés dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont plus complexes. En outre, ils dépendent du développement et de la situation économiques et épidémiologiques du pays<sup>101</sup>. Dans certains pays, le fardeau est plus élevé dans les groupes de statut socio-économique inférieur, mais pas dans d'autres. On remarque toutefois que le fardeau se déplace vers les populations de statut socio-économique inférieur dans les pays se trouvant à un stade de développement économique moins avancé<sup>102</sup>. Les faits démontrent en outre que les groupes de statut socio-économique inférieur des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure consomment moins de fruits, de légumes, de poisson et de fibres que ceux bénéficiant d'un statut socio-économique supérieur<sup>103</sup>. Contrairement à la sous-alimentation, la croissance économique est effectivement associée à une augmentation de l'obésité. On estime qu'une hausse de 10 % du revenu par habitant se traduit par une augmentation de 4,4 % de l'obésité, d'où la nécessité de prendre des mesures afin de contrer ce risque qui accompagne le développement des économies<sup>104</sup>.

Parmi les facteurs qui influencent la nutrition dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible figure l'insécurité alimentaire des ménages. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation (FAO) a adapté l'Échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES) à partir d'échelles élaborées sur le continent américain pour interroger les individus sur leur expérience de l'insécurité alimentaire<sup>105</sup>. Les questions portaient sur les expériences couramment vécues par les personnes ayant trop peu de moyens pour pouvoir manger à leur faim. La figure 3.6 montre que l'insécurité alimentaire est particulièrement forte en Afrique, mais que même en Europe, 9 % des ménages font face à une insécurité alimentaire modérée ou sévère. Ce résultat concernant des pays à revenu élevé révèle que les risques d'obésité et d'insécurité alimentaire touchent les mêmes ménages, une interaction qui mérite d'être examinée de manière plus approfondie<sup>106</sup>.

**FIGURE 3.6 : Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée à sévère, par région**



Source : analyse réalisée par les auteurs d'après des données provenant de la base de données de l'Échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES) établie par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture<sup>107</sup>.

## Paix et stabilité

La sécurité alimentaire est aussi fondamentalement liée à la paix et à la sécurité. Les conflits armés violents peuvent entraîner la destruction des cultures, des élevages, des terres et des réseaux d'approvisionnement en eau. Ils peuvent en outre perturber les infrastructures de transport, les marchés et les ressources humaines nécessaires à la production, à la transformation, à la distribution et à la sécurité des aliments<sup>108</sup>. La nourriture est souvent utilisée comme une arme tant par les insurgés que par les gouvernements, qui privent volontairement les civils d'accès à la nourriture afin de provoquer une insécurité alimentaire grave visant à affaiblir et à décourager les opposants potentiels<sup>109</sup>. Les séquelles laissées par des décennies de concurrence pour l'accès aux ressources et la flambée du prix des denrées alimentaires de 2008 sont à l'origine de troubles sociaux, de conflits et de manifestations politiques dans plus de 50 pays<sup>110</sup>. Ces éléments ont également contribué à la famine qui touche actuellement le Soudan du Sud<sup>111</sup>. L'instabilité à long terme peut aggraver l'insécurité alimentaire de multiples façons : perte des biens et des moyens de subsistance, concurrence pour l'accès aux

ressources naturelles, accroissement de la morbidité, réduction de l'accès aux services sanitaires et sociaux et mauvaise gouvernance<sup>112</sup>. Tous ces facteurs contribuent ensuite à amoindrir la résilience des populations et la capacité des gouvernements à faire face aux catastrophes naturelles telles que les sécheresses.

Cette instabilité est également associée à la malnutrition. Dans les situations les plus défavorables, comme actuellement au Soudan du Sud, les conflits peuvent conduire à la famine (chapitre 1). Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que la proportion de personnes sous-alimentées est presque trois fois plus élevée dans les pays en situation de conflit et de crise prolongée que dans les autres pays en développement<sup>113</sup>. La plupart des pays actuellement touchés par des conflits sont classés par la FAO comme « à faible revenu et à déficit vivrier », et sont lourdement frappés par le double fardeau de la sous-alimentation et du retard de croissance chez l'enfant<sup>114</sup>. Si cette situation pourrait tout aussi bien être le résultat de la violence que sa cause, il est frappant d'observer que les taux de malnutrition infantile et de sous-alimentation sont respectivement supérieurs de 50 % et de 45 % au moment où les conflits éclatent<sup>115</sup>. Par ailleurs, il est à la fois plus facile et plus rapide d'obtenir des résultats positifs en matière de nutrition, comme une réduction du retard de croissance, en temps de paix<sup>116</sup> (figure 3.7). Il apparaît en outre que les personnes déplacées sont confrontées au double fardeau de la malnutrition<sup>117</sup>. C'est pourquoi il est nécessaire d'instaurer la paix (ODD 16) pour parvenir à éliminer la malnutrition sous toutes ses formes.

À l'inverse, l'amélioration de la nutrition grâce à l'investissement dans la résilience alimentaire permet de rassembler les communautés autour d'une cause et constitue une opportunité de changement à long terme. Une meilleure nutrition peut aider les communautés, les sociétés et les nations à se développer et participer à l'instauration d'une paix et d'une stabilité durables. Un bon point de départ consisterait à mettre en place une gestion communautaire des programmes de lutte contre la malnutrition aiguë sévère, ainsi que des régimes de protection

sociale destinés aux personnes susceptibles d'être vulnérables aux chocs de la hausse des prix alimentaires. De telles initiatives permettraient en outre de relier les interventions humanitaires d'urgence aux approches à long terme visant à stabiliser le prix des denrées alimentaires et les stocks céréaliers. Investir dans des approches à court et à long terme nous permettrait non seulement de rassembler les professionnels de l'humanitaire et de la nutrition, mais aussi d'atténuer les risques de troubles sociaux et de futurs conflits<sup>118</sup>.

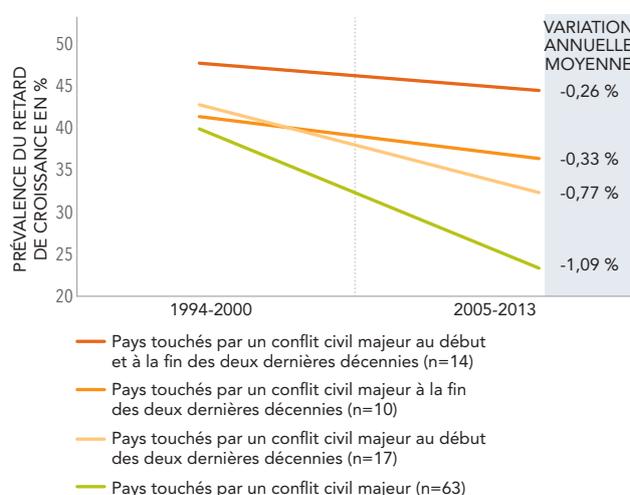
## Conclusion : l'amélioration de la nutrition est nécessaire à la réalisation des ODD

La nutrition établit de nombreuses connexions entre les ODD. Mais nous ne pouvons pas nous permettre de supposer que celles-ci se créeront automatiquement. Comme l'a précisé le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, même lorsque ces liens semblent évidents, à l'instar de celui qui existe entre nutrition et pauvreté, les programmes de protection sociale destinés à lutter contre la pauvreté n'intègrent généralement pas la nutrition<sup>120</sup>. Si nous n'établissons pas de manière résolue une cartographie des connexions reliant les ODD, le risque est grand « que les perspectives sectorielles compromettent la vision globale et intégrée du Programme 2030 et nous mènent au *statu quo* »<sup>121</sup>. Mais cette cartographie ne se fera pas d'elle-même. Il appartient aux acteurs de la nutrition d'indiquer clairement la voie à suivre pour définir et soutenir mutuellement ces ambitions.

L'intégration d'engagements en faveur de la nutrition dans les plans et stratégies des autres secteurs au niveau mondial, national et programmatique exigera des négociations longues et délicates, étayées par des données prouvant de manière incontestable les contributions que nous pouvons apporter. La prise de conscience qu'il est nécessaire de s'entendre sur des stratégies communes n'interviendra pas du jour au lendemain. Elle demandera un effort de conviction actif et soutenu. Cette démarche implique également de reconnaître les conflits qui peuvent exister lorsque des politiques et des stratégies visant à faire progresser d'autres ODD vont à l'encontre des objectifs de nutrition. La communauté de la nutrition peut et doit instaurer un dialogue avec toutes les communautés qui œuvrent à la réalisation des différents ODD et leur proposer son aide active dans la réalisation de leurs objectifs. Notre analyse des connexions existantes fait apparaître quelques-uns des secteurs clés avec lesquels nous devons travailler en priorité. Certains d'entre eux, comme l'agriculture durable, sont évidents. Dans d'autres secteurs, comme l'eau, l'assainissement et l'hygiène ou la santé, une collaboration a déjà été mise en place. D'autres initiatives, par exemple l'engagement auprès de ceux qui investissent dans le secteur des infrastructures, constituent de nouvelles pistes.

Le chapitre 2 montre que nous ne sommes pas en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales de nutrition, ce qui se traduira par l'impossibilité de réaliser les cibles 2.2 et 3.4 des ODD. De son côté, la réalisation des cibles de nutrition passera par l'atteinte de l'ensemble des ODD. Or, si nous ne parvenons pas à atteindre ces cibles, les efforts déployés pour réaliser les objectifs que le monde s'est fixés en matière de développement seront compromis.

**FIGURE 3.7 : Impact des conflits sur la réduction du retard de croissance**



Source : graphique reproduit avec l'autorisation de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires ([www.ifpri.org](http://www.ifpri.org)). La figure d'origine est disponible à l'adresse <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295759119>

# 4 Financer le programme intégré



## Points clés

1. Les dépenses intérieures engagées par les gouvernements pour lutter contre la sous-alimentation varient d'un pays à l'autre, certains allouant plus de 10 % de leur budget à la nutrition, d'autres y consacrant des sommes beaucoup moins importantes.
2. À l'échelle mondiale, les décaissements affectés par les donateurs au domaine de la sous-alimentation ont augmenté de 1 % (5 millions de dollars US) entre 2014 et 2015, mais leur part dans l'aide publique au développement (APD) a diminué, passant de 0,57 % en 2014 à 0,50 % en 2015.
3. En 2015, les dépenses consacrées à la prévention et à la prise en charge de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire représentaient 0,01 % du budget total de l'APD tous secteurs confondus, malgré l'important fardeau que constituent ces maladies dans le monde entier. Si certains donateurs ouvrent la voie à l'inversion de cette tendance, ils vont avoir besoin, pour parvenir à leurs fins, d'investissements beaucoup plus importants. Globalement, les données sur les dépenses publiques consacrées à la lutte contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire sont insuffisantes, même dans les pays à revenu élevé. Nous n'en savons donc que très peu sur les dépenses réelles, ce qu'elles financent, et d'où elles émanent.
4. Les occasions de mettre en œuvre des stratégies financières « à double fonction » pour lutter contre la sous-alimentation, l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire ne manquent pas. Un bon point de départ pourrait consister à redéfinir le code utilisé pour suivre les dépenses de développement en faveur de la nutrition, afin qu'il contrôle plus efficacement les sommes dépensées et ce qu'elles financent, pour toutes les formes existantes de malnutrition.
5. Les gouvernements investissent davantage dans les actions indirectes (dépenses « contribuant à la nutrition ») que dans les interventions directes en faveur de la nutrition (dépenses « spécifiques à la nutrition »). Les dépenses contribuant à la nutrition offrent l'opportunité de financer un programme plus intégré. Pour alimenter ce processus, nous devons suivre plus efficacement les effets de ces dépenses sur la nutrition et sur d'autres objectifs de développement.
6. L'atteinte des cibles mondiales de nutrition pour tous ne pourra avoir lieu sans une hausse des financements publics et de l'aide au développement. La mise en œuvre d'actions intégrées favorisant la réalisation de tous les ODD suppose aussi d'avoir recours à des mécanismes de financement plus innovants et d'exploiter les flux d'investissements pour assurer des résultats positifs dans différents secteurs. Une perspective intégrée des investissements réalisés en faveur de tous les ODD sera essentielle pour produire des résultats universels en matière de nutrition.

La mise en œuvre intégrée des ODD pour assurer la réalisation universelle des cibles mondiales de nutrition nécessitera de nouveaux investissements, qu'il conviendra de dépenser différemment<sup>1</sup>. Ce chapitre suit les progrès réalisés en matière de financement de la nutrition, suite aux appels lancés dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* visant à « investir davantage et mieux répartir les fonds » (p. xxi)<sup>2</sup>. Il chiffre les dépenses effectuées par les gouvernements et les donateurs en faveur « d'interventions spécifiques à la nutrition » conçues pour améliorer le taux de survie grâce à la nutrition, le développement cognitif et les résultats en matière de nutrition et de santé. Il examine également les dépenses « contribuant à la nutrition ». Ces dernières englobent les postes budgétaires affectés à des secteurs qui contribuent de manière générale à la lutte contre les causes sous-jacentes de la nutrition (p. ex. l'accès à l'eau potable, aux services d'assainissement, à l'éducation et à la protection sociale), ainsi que les programmes, interventions ou services qui visent, entre autres objectifs, l'amélioration de la nutrition, mais qui ne sont pas définis comme des interventions spécifiques à la nutrition (p. ex. les programmes en faveur des producteurs agricoles qui ont le potentiel d'assurer la diversité alimentaire). Enfin, ce chapitre tente d'évaluer les dépenses destinées à la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire, mais se heurte à un manque de données sur les allocations et dépenses de ces fonds.

Le suivi des ressources financières effectué dans le cadre du Rapport sur la nutrition mondiale a pour objectif de fournir aux parties prenantes, et particulièrement à celles issues de la société civile, des données qui leur permettront de mettre les gouvernements et les donateurs face à leurs responsabilités en matière de financement d'interventions visant à accélérer l'amélioration de la nutrition. Le suivi des dépenses peut permettre de comprendre comment mettre en œuvre le programme partagé décrit dans le chapitre 3. Il met en lumière les déficits de financement des interventions chiffrées existantes consacrées à la lutte contre la sous-alimentation maternelle et de l'enfant, d'une part, et du programme de lutte contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, d'autre part. Il soulève par ailleurs des questions sur la nécessité de faire appel à de nouveaux modes de financement et de mieux comprendre comment exploiter les flux d'investissements existants.

## Investissements dans la lutte contre la sous-alimentation<sup>3</sup>

### Investissements du secteur public en faveur de la lutte contre la sous-alimentation dans le cadre d'interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant

Nous présentons ici les résultats d'une analyse budgétaire menée en 2015 et 2016 par 41 pays membres du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), dans le cadre des activités mises en place par ce dernier pour suivre les dépenses en matière de plaidoyer, de planification et d'impact. Seuls 37 des 41 pays qui avaient élaboré un budget consacré à la nutrition en 2017 ont été intégrés dans cette analyse (les autres n'ayant pas effectué d'étude complète, ou leurs résultats n'ayant pas été validés par le correspondant gouvernemental du Mouvement SUN). Les pays ont passé en revue leurs budgets nationaux afin d'identifier les dépenses publiques en faveur des programmes liés à la nutrition, et évalué le montant affecté aux interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant (les détails de la méthodologie sont consultables à l'annexe 3). Le Gros plan 4.1 insiste sur les raisons pour lesquelles l'analyse des budgets consacrés à la nutrition est essentielle au plaidoyer, à la planification des programmes et à la redevabilité en matière de financement.

## GROS PLAN 4.1 DE L'IMPORTANCE DES ANALYSES DES BUDGETS CONSACRÉS À LA NUTRITION

Alexis D'Agostino, Helen Connolly, Chad Chalker

Dans son rapport *Un cadre d'investissement pour la nutrition*, la Banque mondiale estime à 7 milliards de dollars US la somme supplémentaire nécessaire annuellement pour maximiser les effets des interventions spécifiques à la nutrition sur la réalisation de quatre des cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) d'ici à 2025 (retard de croissance, émaciation, anémie et allaitement exclusif au sein)<sup>4</sup>. Le plaidoyer en faveur d'une augmentation des fonds à consacrer à la lutte contre les problèmes de nutrition, à l'échelle nationale comme à l'échelle mondiale, est entravé par un manque d'informations sur les engagements financiers actuels et les dépenses. De plus, il peut être particulièrement difficile d'identifier les déficits de financement et de programmation dans le domaine de la nutrition, les financements étant répartis entre différents secteurs. Compte tenu de l'attention accrue portée aujourd'hui à la nutrition, il est essentiel de s'assurer que l'on dispose de suffisamment de fonds pour la financer – et que ces fonds sont affectés en fonction des besoins.

*L'analyse des budgets consacrés à la nutrition* recense les activités menées en lien avec ce secteur prises en compte dans les budgets nationaux et les montants qui leur ont été attribués. Ses conclusions peuvent appuyer le plaidoyer, la planification des programmes et la redevabilité financière.

Certains pays – environ 40 au moment de la rédaction du présent rapport – ont commencé à effectuer ce type d'analyse, afin de répondre au besoin de données claires et exactes sur les budgets et dépenses consacrés à la nutrition. Le projet SPRING (Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations en matière de nutrition à l'échelle mondiale), financé par l'USAID (l'Agence des États-Unis pour le développement international), a notamment consisté à interroger des parties prenantes clés de sept de ces pays, d'autres rencontres étant prévues dans l'avenir. Ces entretiens ont révélé les nombreux avantages et possibilités que présentent ces analyses, tels que ceux décrits ci-dessous.

### **Les analyses budgétaires donnent lieu à de nombreuses expériences enrichissantes.**

Ces expériences prennent la forme de campagnes de plaidoyer, de politiques et de lois, et peuvent servir d'exemple pour d'autres pays souhaitant y recourir. Les conclusions de ces analyses ont été utilisées à diverses fins. Elles ont par exemple servi à communiquer des informations aux défenseurs de la nutrition au sein du parlement du Malawi, ou à aider le ministère de la Santé du Tadjikistan à plaider en faveur de la multiplication des mécanismes de financement de la nutrition.

### **L'établissement d'un budget est un processus complexe, qui offre toutefois de nombreuses possibilités de plaider en faveur de la nutrition.**

Les conclusions des analyses budgétaires peuvent être utilisées tout au long du cycle de planification. Il faut toutefois bien comprendre le cycle budgétaire et la programmation en matière de nutrition pour exploiter efficacement les données. Par exemple, les intervenants œuvrant en faveur de la nutrition en Papouasie-Nouvelle-Guinée ont collaboré avec leurs collègues du ministère de la Planification nationale et du Suivi afin d'assurer la prise en compte des conclusions de l'analyse budgétaire dans le processus de budgétisation et de priorisation des activités.

### **La présentation des conclusions peut prendre de nombreuses formes.**

Les objectifs du projet d'analyse budgétaire – plaider, planifier ou rendre compte des fonds destinés à la nutrition – se ressemblaient d'un pays à l'autre, mais les résultats ont divergé en fonction de la méthode suivie et du public ciblé. La Tanzanie a organisé le tout premier examen public des dépenses consacrées à la nutrition, dont les conclusions ont été présentées aux décideurs politiques afin de les sensibiliser à la nécessité d'allouer plus de fonds au domaine de la nutrition. Cet exercice a conduit à une augmentation de l'enveloppe budgétaire et à la fourniture de conseils en matière de budgétisation de la nutrition aux autorités locales. Le Malawi a quant à lui utilisé les conclusions de son analyse budgétaire nationale pour inciter les représentants des districts à se poser en défenseurs de la nutrition.

### **Le partage des conclusions de l'analyse budgétaire est un processus évolutif.**

À mesure que les parties prenantes sont remplacées et que le public devient plus avisé, le type d'analyse budgétaire menée et la présentation des conclusions changent également. Le Népal a assigné un objectif précis à chaque cycle de son analyse des données, en veillant à ce que les conclusions puissent être appliquées pour résoudre les difficultés ou combler les déficits d'informations. En Zambie, chaque cycle d'analyse budgétaire a aidé les collectivités locales à démarrer le processus de budgétisation de la nutrition en temps opportun.

### **L'exploitation des conclusions donne l'occasion d'étendre la définition des parties prenantes de la nutrition.**

Bien que l'analyse budgétaire à proprement parler implique souvent un nombre et un type restreints de parties prenantes, le partage des conclusions et le débat qui s'ensuit offrent la possibilité d'en associer un grand nombre au processus, et d'élargir ainsi le secteur de la nutrition. Les pays ont indiqué travailler avec des acteurs issus d'horizons différents, des représentants de district au Malawi aux donateurs au Tadjikistan, sur l'utilisation des conclusions des analyses budgétaires. La Zambie a quant à elle profité du processus d'analyse budgétaire pour mobiliser de nouveaux acteurs de la nutrition.

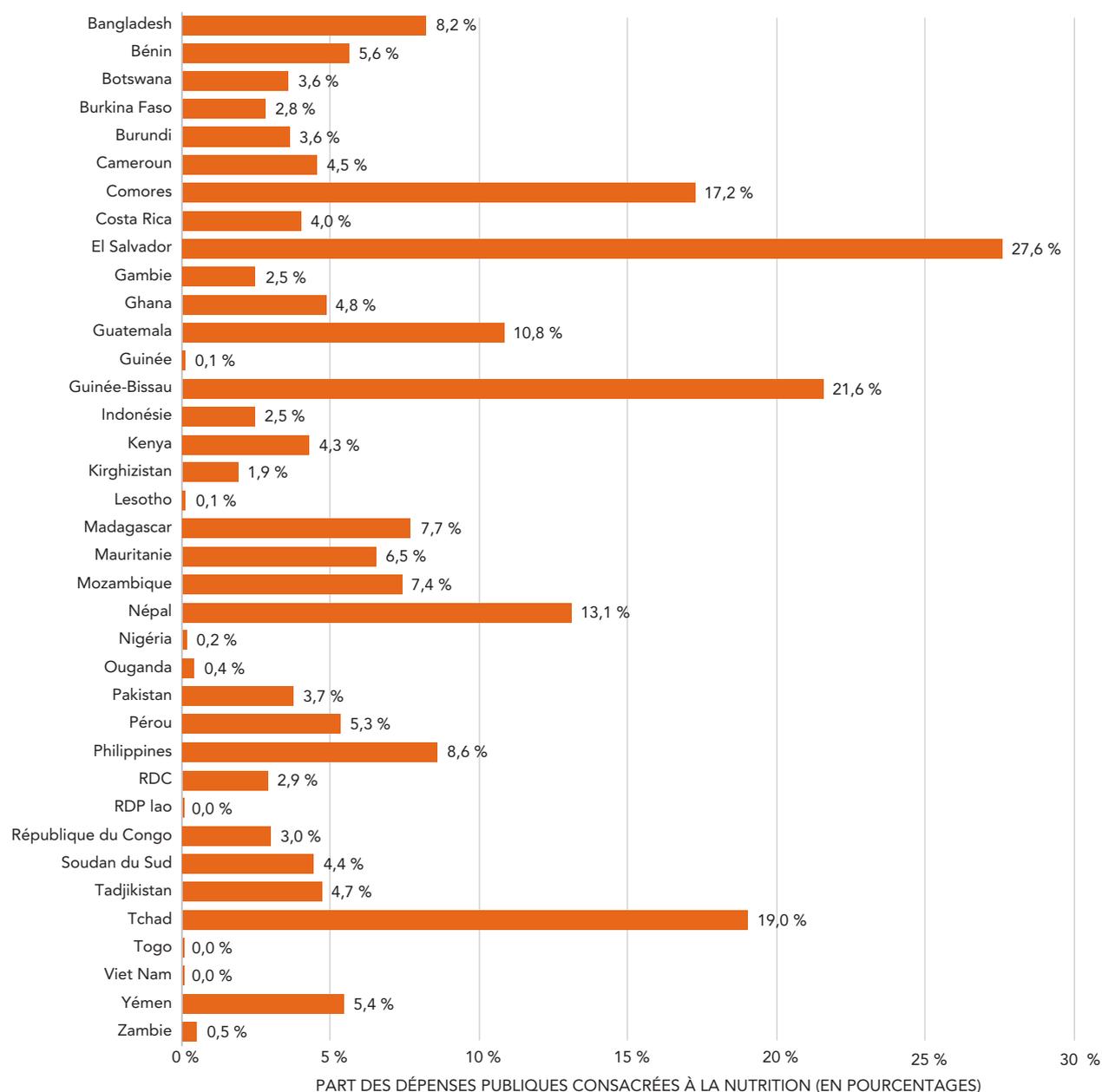
### **Le partage des conclusions peut avoir une visée éducative et servir à plaider en faveur d'une analyse plus détaillée à l'avenir.**

Si les conclusions des analyses budgétaires peuvent dans un premier temps servir à sensibiliser à la question de la nutrition, elles peuvent également être utilisées tout au long du processus de planification et de financement, voire jusqu'à la phase de redevabilité. En Zambie, l'exercice a mis en lumière la nécessité d'établir des pratiques de communication des données, ce qui a entraîné la publication de rapports plus fréquents et plus détaillés sur le suivi du budget annuel, de façon à assurer la redevabilité des parties prenantes et du gouvernement à l'égard de leurs

engagements et à veiller à ce que la nutrition demeure une priorité. Aux Philippines, il conviendra à l'avenir de renforcer la collaboration avec le ministère du Budget et de la Gestion dans le cadre des analyses budgétaires, de façon à souligner les montants de chaque programme chiffré réservés aux activités spécifiques à la nutrition.

Ces différentes expériences montrent que les conclusions des analyses des budgets consacrés à la nutrition peuvent être utiles aux décideurs et servir à assurer la redevabilité dans la sphère de la nutrition. L'analyse budgétaire ne peut avoir un impact sur les affectations de fonds et les dépenses en faveur de la nutrition que si ses conclusions sont utilisées et partagées de façon convaincante avec les décideurs. Il existe pour cela de nombreuses façons de procéder. Le fait de recenser et de partager les expériences nationales favorisera l'apprentissage et assurera une exploitation plus rigoureuse des conclusions de l'analyse.

**FIGURE 4.1 : Enveloppe budgétaire consacrée aux interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 37 pays sur 41, 2017**



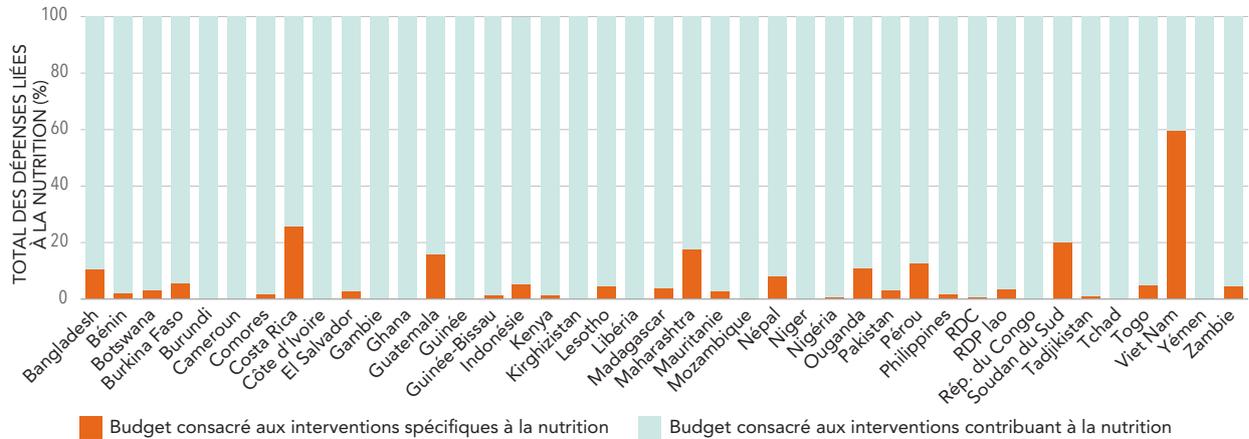
Source : analyses budgétaires nationales.

Remarques : cette figure repose sur l'enveloppe budgétaire totale, et représente par conséquent le montant maximum pouvant être consacré à la nutrition. RDC : République démocratique du Congo ; RDP lao : République démocratique populaire lao.

La figure 4.1 indique, pour chaque budget national, le pourcentage consacré aux interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant dans 37 des 41 pays ayant pris part à l'analyse budgétaire<sup>5</sup>. Les Comores, El Salvador, le Guatemala, la Guinée-Bissau, le Népal et le Tchad ont montré leur volonté d'investir dans la nutrition en consacrant plus de 10 % de leurs dépenses publiques générales à des interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant. Il n'existe toutefois aucune

donnée de référence relative au montant du budget national total à consacrer à la nutrition. Ce point est sans doute très spécifique au contexte et dépend largement des facteurs expliquant la malnutrition dans le pays concerné. Les données de la figure 4.2 relatives aux 41 pays montrent que la plupart des investissements nationaux ont financé des interventions contribuant à la nutrition, à l'exception de ceux effectués par le Viet Nam.

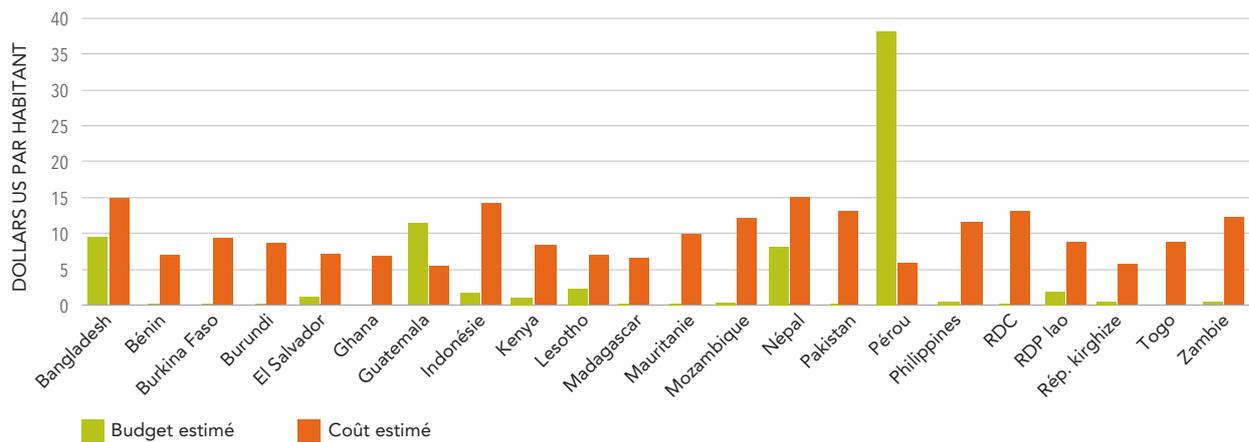
**FIGURE 4.2 : Total des dépenses liées à la nutrition, ventilées par interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 41 pays, 2017**



Source : analyses budgétaires nationales.

Remarques : 100 % représente le total des dépenses liées à la nutrition. RDC : République démocratique du Congo ; RDP lao : République démocratique populaire lao.

**FIGURE 4.3 : Estimation des déficits de financement à combler pour assurer la réalisation des cibles NMNJE par les interventions spécifiques à la nutrition, 22 pays sur 41, 2017**



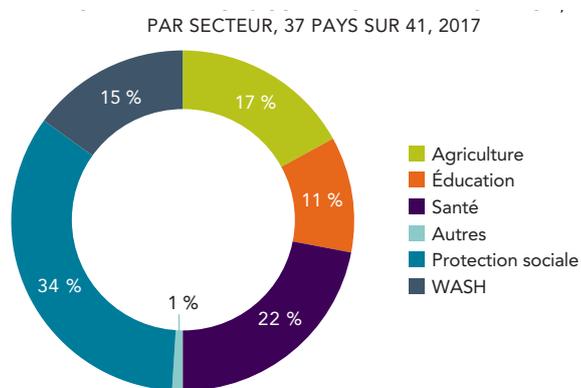
Source : analyses budgétaires nationales.

Remarques : ce graphique représente un sous-ensemble de pays dont les coûts et les financements détaillés actuels ont été estimés sur la base de l'analyse budgétaire. Pour le Bangladesh, le Ghana, le Guatemala, l'Indonésie, le Kenya, le Mozambique, le Pérou et le Togo, les chiffres indiqués proviennent de sources de financement mixtes (nationales et étrangères). Les montants indiqués pour les autres pays proviennent de fonds nationaux uniquement. Cette estimation ne tient pas compte des fonds ne figurant pas dans les budgets nationaux. RDC : République démocratique du Congo ; RDP lao : République démocratique populaire lao.

Une analyse de 25 pays ayant au moins deux points de données menée entre 2013 et 2015 a montré que les dépenses en faveur d'interventions contribuant à la nutrition ont augmenté de 4 % en moyenne (n = 25 pays) au fil du temps, contre une hausse moyenne de 29 % pour les dépenses en faveur d'interventions spécifiques à la nutrition (n = 21 pays). Ces dernières ont donc connu une croissance plus rapide, grâce notamment à des pays tels que la Mauritanie, Madagascar, le Népal et la République démocratique du Congo, qui ont augmenté de plus de 100 % leurs dépenses consacrées à des programmes spécifiques à la nutrition. En parallèle, d'autres pays comme l'Indonésie, la RDP lao et la Zambie ont relevé leurs dépenses en faveur d'interventions contribuant à la nutrition de plus de 50 %.

La figure 4.3 compare les budgets estimés de 22 pays dotés de lignes budgétaires détaillées consacrées aux interventions essentielles spécifiques à la nutrition (telles que la supplémentation en vitamine A, la promotion de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la supplémentation des femmes enceintes et allaitantes en fer et en acide folique, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et l'enrichissement des aliments) aux coûts estimés nécessaires au *financement complet* desdites interventions<sup>6</sup>. Les données montrent que la quasi-totalité des budgets nationaux ne suffisent pas à couvrir les coûts estimés nécessaires pour maximiser la contribution des interventions spécifiques à la nutrition mises en œuvre afin d'atteindre les cibles NMNJE (figure 4.3)<sup>7</sup>. Le Guatemala et le Pérou font ici figure d'exception.

**FIGURE 4.4 : Part de l'enveloppe budgétaire consacrée aux interventions contribuant à la nutrition, par secteur, 37 pays sur 41, 2017**



Source : analyses budgétaires nationales.

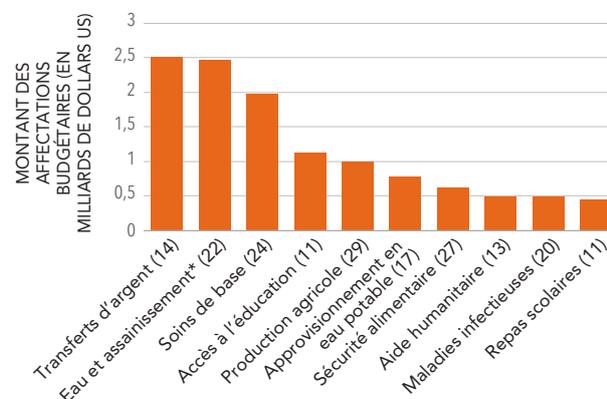
Remarques : WASH : eau, assainissement et hygiène

Trente-sept des 41 pays ayant mené une analyse budgétaire ont également analysé leurs budgets nationaux de façon à évaluer les investissements effectués en faveur d'interventions contribuant à la nutrition dans au moins trois secteurs clés sur cinq : santé, éducation, agriculture, protection sociale, et eau, assainissement et hygiène (WASH). S'il n'existe pas de modèle commun à tous les pays, les allocations contribuant à la nutrition sont d'abord affectées au secteur de la protection sociale (34 %), puis à la santé (22 %), à l'agriculture (17 %)<sup>8</sup>, au secteur WASH (15 %) et à l'éducation (11 %) (figure 4.4). Les dépenses effectuées dans ces cinq secteurs relèvent majoritairement de certains types de programmes – transferts d'argent, programmes d'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et des installations sanitaires, et soins de santé de base (figure 4.5). Il est intéressant de constater qu'un nombre plus important de pays investissent également dans l'agriculture et la sécurité alimentaire, bien que ces dépenses soient moindres.

### Investissements des donateurs et organisations multilatérales en faveur de la lutte contre la sous-alimentation dans le cadre d'interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant<sup>9</sup>

Les investissements des donateurs et organisations multilatérales en faveur de la nutrition dans les pays souffrant de sous-alimentation jouent un rôle fondamental, particulièrement dans ceux qui ne disposent que d'un budget total restreint à consacrer au développement. Afin de suivre les

**FIGURE 4.5 : Dix types de programmes contribuant à la nutrition bénéficiant de la plus grosse part de dépenses, 37 pays sur 41, 2017**



Source : analyses budgétaires nationales.

Remarques : les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays dont l'analyse budgétaire tient compte du type de programme en question.\* Approvisionnement en eau potable et assainissement confondus.

investissements consacrés par les donateurs clés à la nutrition, cette partie s'appuie sur les données relatives aux dépenses d'APD communiquées au Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et tirées de la base de données du Système de notification des pays créanciers (SNPC). La plupart des données figurant ici ont été saisies dans la base de données du SNPC du CAD de l'OCDE, à l'exception de celles signalées comme étant autodéclarées et des analyses de dépenses définies comme relevant du code-objet « nutrition de base » du SNPC<sup>10</sup>. Le Gros plan 4.2 met en lumière de meilleures solutions pour procéder au suivi de l'APD, parmi lesquelles figurent la redéfinition du code « nutrition de base » et la création d'un indicateur des politiques nutritionnelles.

### Investissements des donateurs et des organisations multilatérales en faveur des interventions spécifiques à la nutrition

Le montant total de l'APD versée pour financer des interventions spécifiques à la nutrition a évolué ces dix dernières années (figure 4.7). Les dépenses mondiales d'APD consacrées à ces interventions ont augmenté chaque année entre 2006 et 2013. En termes réels, elles se sont stabilisées en 2014 et n'ont que légèrement augmenté entre 2014 et 2015. Elles s'élevaient à 867 millions de dollars US en 2015, contre 851 millions de dollars US en 2014, soit une hausse de 2 %. Mais ce chiffre est encore en deçà des 870 millions de dollars US versés en 2013, et ce malgré les estimations selon lesquelles 70 milliards de dollars US – dont 23 milliards destinés à financer un « paquet d'interventions prioritaires » – devront être levés au cours

## GROS PLAN 4.2 AMÉLIORER LE SUIVI DE L'AIDE DES DONATEURS CONSACRÉE À LA NUTRITION

Mary D'Alimonte et Augustin Flory

Il est important de procéder au suivi des investissements en faveur de la nutrition, afin de : 1) connaître le montant des fonds mobilisés chaque année pour la nutrition, 2) se renseigner sur la provenance des contributions les plus importantes, et 3) savoir dans quelle mesure les fonds ciblent les interventions menées dans les domaines qui ont le plus besoin d'aide. Le système actuel de suivi des ressources présente toutefois des défis et des lacunes, notamment en ce qui concerne l'aide fournie dans le cadre de l'APD<sup>11</sup>.

La figure 4.6 montre le chemin parcouru par l'APD entre les pays donateurs et les organismes de mise en œuvre dans les pays bénéficiaires. Il est possible d'avoir recours au SNPC de l'OCDE pour connaître le montant de l'aide consacré à la nutrition. Or, le code-objet « nutrition de base » – qui est souvent utilisé comme indicateur des investissements spécifiques à la nutrition – couvre d'importants investissements contribuant à la nutrition, tels que l'alimentation scolaire, ce qui constitue une première difficulté. Certaines interventions spécifiques à la nutrition peuvent par ailleurs être signalées comme faisant partie de programmes plus vastes de santé maternelle et de l'enfant, et donc ne pas être recensées sous le code « nutrition de base ». Troisièmement, certaines actions relatives à la nutrition étant mises en œuvre dans le cadre d'interventions d'urgence, elles sont systématiquement codées sous cet intitulé, et non pas sous le code « nutrition de base ».

Le code « nutrition de base » est donc, pour toutes ces raisons, un indicateur imparfait de l'aide des donateurs consacrée aux investissements spécifiques à la nutrition. Il n'existe en outre aucune solution systématique et normalisée permettant au SNPC de recenser les investissements transversaux et transsectoriels contribuant à la nutrition.

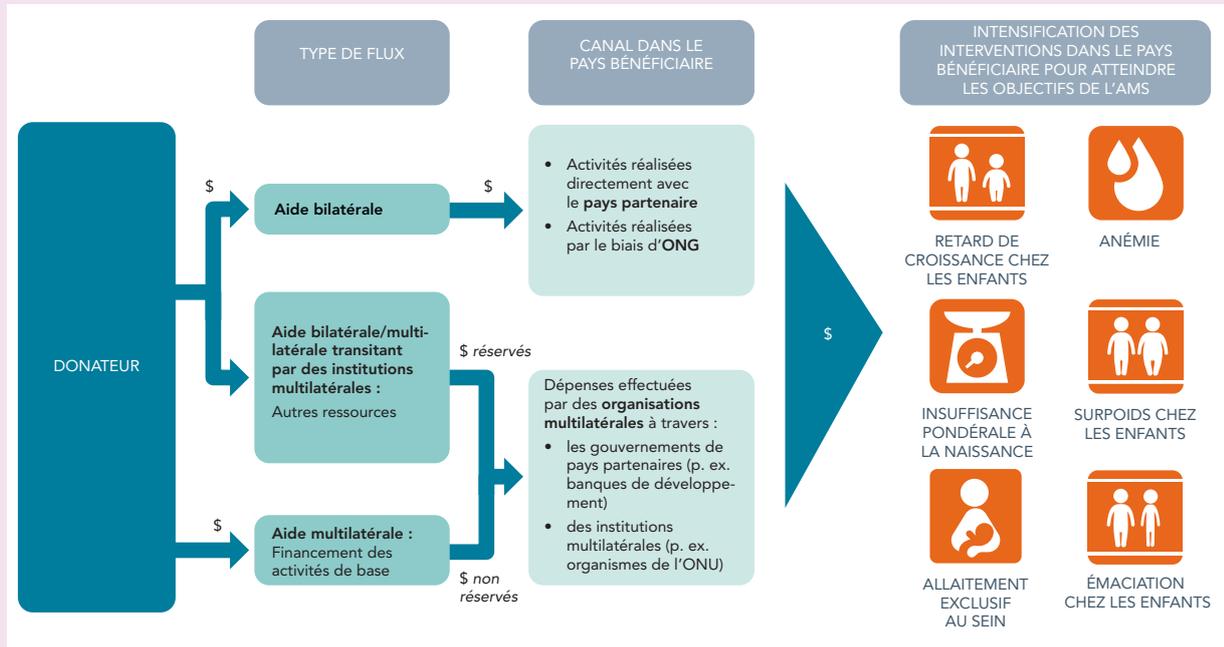
Pour améliorer la façon dont les fonds relatifs à la nutrition sont enregistrés dans le cadre du SNPC, il conviendrait par exemple de redéfinir le code « nutrition de base », de façon à ce qu'il concorde mieux avec la notion d'interventions spécifiques à la nutrition. Ce nouveau code permettrait également de recenser les investissements soutenant l'intensification de ces interventions, y compris l'appui à la recherche, à la gouvernance et aux politiques. L'introduction d'un indicateur des politiques nutritionnelles est également recommandée, de façon à identifier les investissements effectués en faveur de la nutrition dans différents secteurs, ce qui permettrait un suivi plus intégré. Ce nouvel indicateur

identifierait les projets ayant des objectifs, cibles et activités relevant de la nutrition mis en œuvre dans les secteurs de la santé, de l'aide d'urgence, de l'agriculture, de l'éducation et de tout autre secteur contribuant à la nutrition. Il couvrirait les investissements visant à prévenir le surpoids et l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire. Il favoriserait également le suivi des projets satisfaisant aux critères d'inclusion contribuant à la nutrition – définis par le Réseau des donateurs du Mouvement SUN comme tout projet ayant des objectifs, indicateurs et activités relevant de la nutrition – et permettrait de quantifier les investissements contribuant à la nutrition effectués dans différents secteurs (la méthodologie est consultable à l'annexe 3).

Cet indicateur des politiques nutritionnelles serait comparable à ceux qui existent déjà en matière de genre et de changement climatique, domaines thématiques transversaux du développement qui, comme la nutrition, relèvent de plusieurs secteurs à la fois. L'instauration de ce système d'indicateurs en matière de nutrition permettrait aux chercheurs ou aux utilisateurs de données d'extraire tous les investissements pertinents en faveur de la nutrition (y compris les montants totaux des engagements et décaissements) effectués dans différents secteurs et relevant de différents codes-objets<sup>12</sup>. Un nouveau code relatif aux MNT a également été proposé. Il inclura l'exposition à une alimentation malsaine, c'est-à-dire les programmes et interventions qui encouragent une alimentation saine par la réduction de la consommation de produits gras, salés et sucrés au bénéfice des fruits et légumes. Ainsi, la reformulation des produits alimentaires, l'étiquetage nutritionnel, les taxes sur les aliments, les restrictions de commercialisation des aliments malsains, l'éducation et la sensibilisation à la nutrition ainsi que les interventions contextuelles (dans les écoles, sur les lieux de travail, dans les villages et les communautés) en feront partie<sup>13</sup>.

Grâce à ces changements, les acteurs du secteur de la nutrition seront en mesure d'obtenir systématiquement des informations sur le paysage du financement de la nutrition, lesquelles serviront de base aux efforts entrepris au titre des politiques, de la planification et des activités de plaidoyer. Les données fourniront des indications sur le montant des dépenses effectuées par les donateurs, sur les pays bénéficiaires, et sur les canaux utilisés (système multilatéral, secteur public, organisations non gouvernementales [ONG], etc.). Ces informations sont essentielles à la promotion du financement durable et des efforts de développement.

FIGURE 4.6 : Flux des ressources d'APD dans le cadre du système du CAD



Source : adapté de OCDE.Stat.

Remarques : AMS : Assemblée mondiale de la Santé.

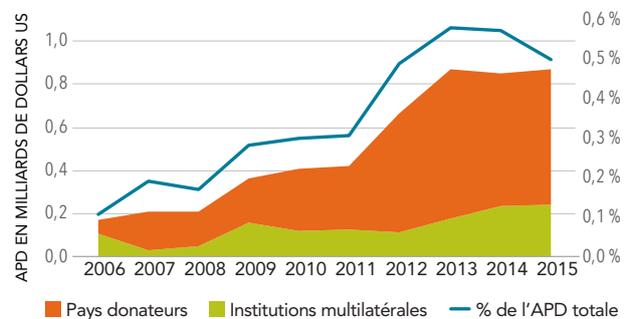
des 10 prochaines années pour maximiser les effets des interventions spécifiques à la nutrition sur la réalisation de quatre des cibles NMNJE d'ici à 2025, à savoir les cibles relatives au retard de croissance, à l'émaciation, à l'anémie et à l'allaitement exclusif au sein<sup>14</sup>. À noter que cette estimation ne comprend pas les investissements qui devront être réalisés en faveur des interventions contribuant à la nutrition au cours des dix prochaines années. Il sera essentiel, pour assurer la réalisation des cibles NMNJE, de mieux estimer les sommes nécessaires au financement des interventions contribuant à la nutrition et de mieux déterminer les secteurs qui en ont besoin.

En 2015, les pays donateurs du CAD<sup>15</sup> étaient encore à l'origine de la plus grande partie (72 %) des dépenses mondiales effectuées en faveur des interventions spécifiques à la nutrition. Les autres acteurs rendant des comptes au CAD ont dépensé 5 millions de dollars US, soit 1 % du total mondial. Les institutions multilatérales ont quant à elles versé les 28 % restants – soit 242 millions de dollars US.

Les dépenses collectives des pays donateurs du CAD ont augmenté de 1 %, soit 5 millions de dollars US, entre 2014 et 2015. Elles demeurent toutefois inférieures à celles réalisées en 2013. Les dépenses des institutions multilatérales ont elles aussi augmenté, de 3 % (soit 7,1 millions de dollars US), dépassant les niveaux des années précédentes. Malgré une hausse du montant total, la part d'APD consacrée au financement d'interventions spécifiques à la nutrition a baissé,

passant de 0,57 % en 2014 à 0,50 % en 2015. Ce phénomène s'explique par le fait que les dépenses totales d'APD à l'échelle mondiale (dans l'ensemble des secteurs) ont connu une croissance plus rapide que les dépenses spécifiques à la nutrition.

FIGURE 4.7 : Dépenses d'APD des gouvernements et organisations multilatérales consacrées aux interventions spécifiques à la nutrition, 2006-2015



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

Remarques : les montants correspondent aux décaissements bruts exprimés en prix constants de 2015.

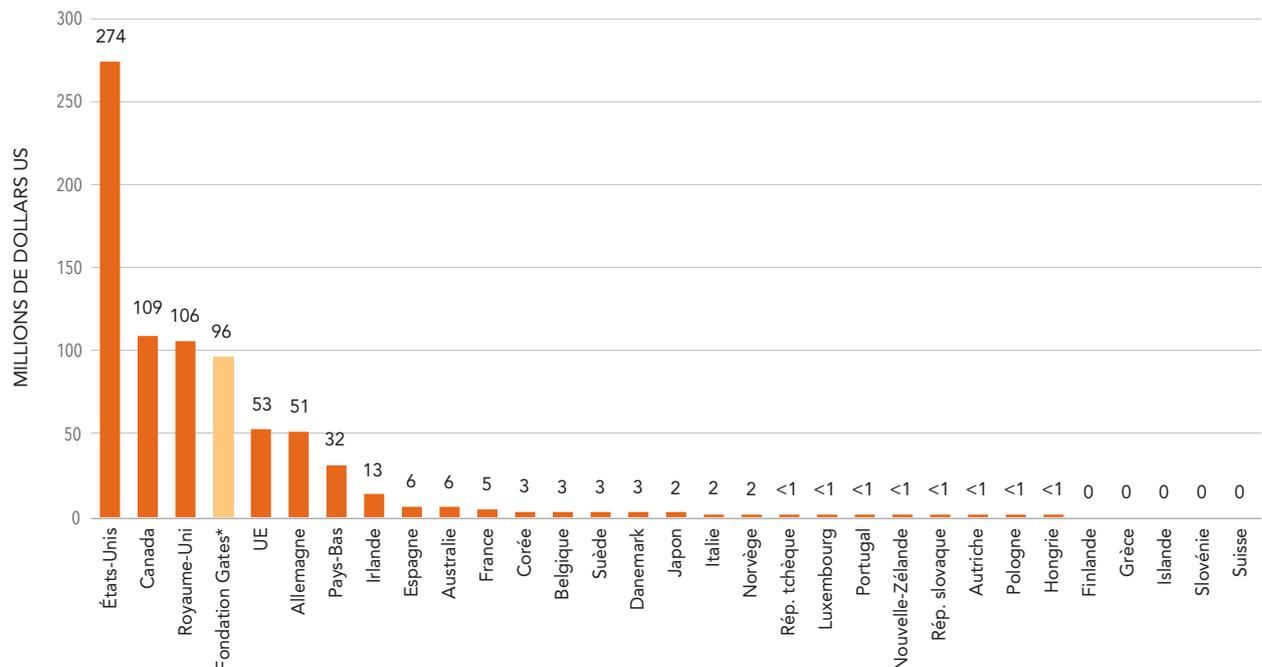
La plupart des dépenses mondiales proviennent encore de certains membres du CAD, à savoir les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Union européenne et l'Allemagne (figure 4.8). Ces cinq donateurs représentent 68 % de tous les décaissements effectués en 2014. À eux seuls, les États-Unis sont à l'origine de 32 % des dépenses totales, et continuent de dépenser le plus gros montant de tous les pays donateurs (274 millions de dollars US en 2015), suivis par le Canada (109 millions de dollars US) et le Royaume-Uni (106 millions de dollars US).

Les dépenses de 14 pays donateurs du CAD en faveur des interventions spécifiques à la nutrition ont augmenté entre 2014 et 2015. Celles des États-Unis et du Royaume-Uni ont le plus augmenté, respectivement de 46 millions et 20 millions de dollars US. Les décaissements de l'Allemagne, de l'Espagne, de la Norvège, des Pays-Bas et de la République de Corée ont également augmenté, de même que les dépenses de la Hongrie, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, de la Pologne, de la République slovaque, de la République tchèque et de la Suède, mais dans une moindre mesure (moins d'un million de dollars US chacun). Inversement, les dépenses de 12 autres membres du CAD ont baissé. Ceci dit, pendant que les dépenses spécifiques à la nutrition de l'UE baissaient de 41,6 millions de dollars US, les dépenses d'autres donateurs multilatéraux rendant des comptes au CAD de l'OCDE – l'Association internationale de développement (IDA) en tête – augmentaient également, de 7,1 millions de dollars US nets (figure 4.9).

Depuis 2014, 17 membres du CAD de l'OCDE ont continué à financer, à hauteur de plus de un million de dollars US, des interventions spécifiques à la nutrition. Huit pays ont déclaré dépenser moins de un million de dollars US, et cinq pays, différents de ceux mentionnés en 2014, indiquent n'avoir effectué aucune dépense spécifique à la nutrition. Si chaque donateur dépensant moins de un million de dollars US en 2015 augmentait ses décaissements de façon à atteindre la barre du million de dollars US, 12,2 millions de dollars US supplémentaires seraient disponibles au titre des interventions spécifiques à la nutrition.

Au moins 121 pays ont bénéficié des dépenses spécifiques à la nutrition effectuées en 2015, mais seule une poignée d'entre eux en reçoivent la majeure partie. Plus de la moitié (50,5 %) de l'APD spécifique à la nutrition est destinée à seulement 14 pays en développement, bien que le fardeau soit considérable dans de nombreux pays, comme l'a montré le chapitre 2. Par exemple l'Éthiopie, qui a enregistré un important recul du retard de croissance ces dernières années, a reçu l'un des décaissements les plus importants, équivalent à 61 millions de dollars US en 2015. Le Guatemala, le Malawi, le Mozambique, le Népal et le Yémen ont également reçu chacun au moins 4 % des décaissements spécifiques à la nutrition (entre 48 et 33 millions de dollars US chacun). Entre 2014 et 2015, le Guatemala et le Népal ont bénéficié des plus fortes hausses de financement, recevant respectivement 21 millions et 17 millions de dollars US supplémentaires. Le Rwanda a quant à lui connu la baisse la plus notable entre 2014 et 2015, de l'ordre de 23,9 millions de dollars US – soit une baisse de 82 %.

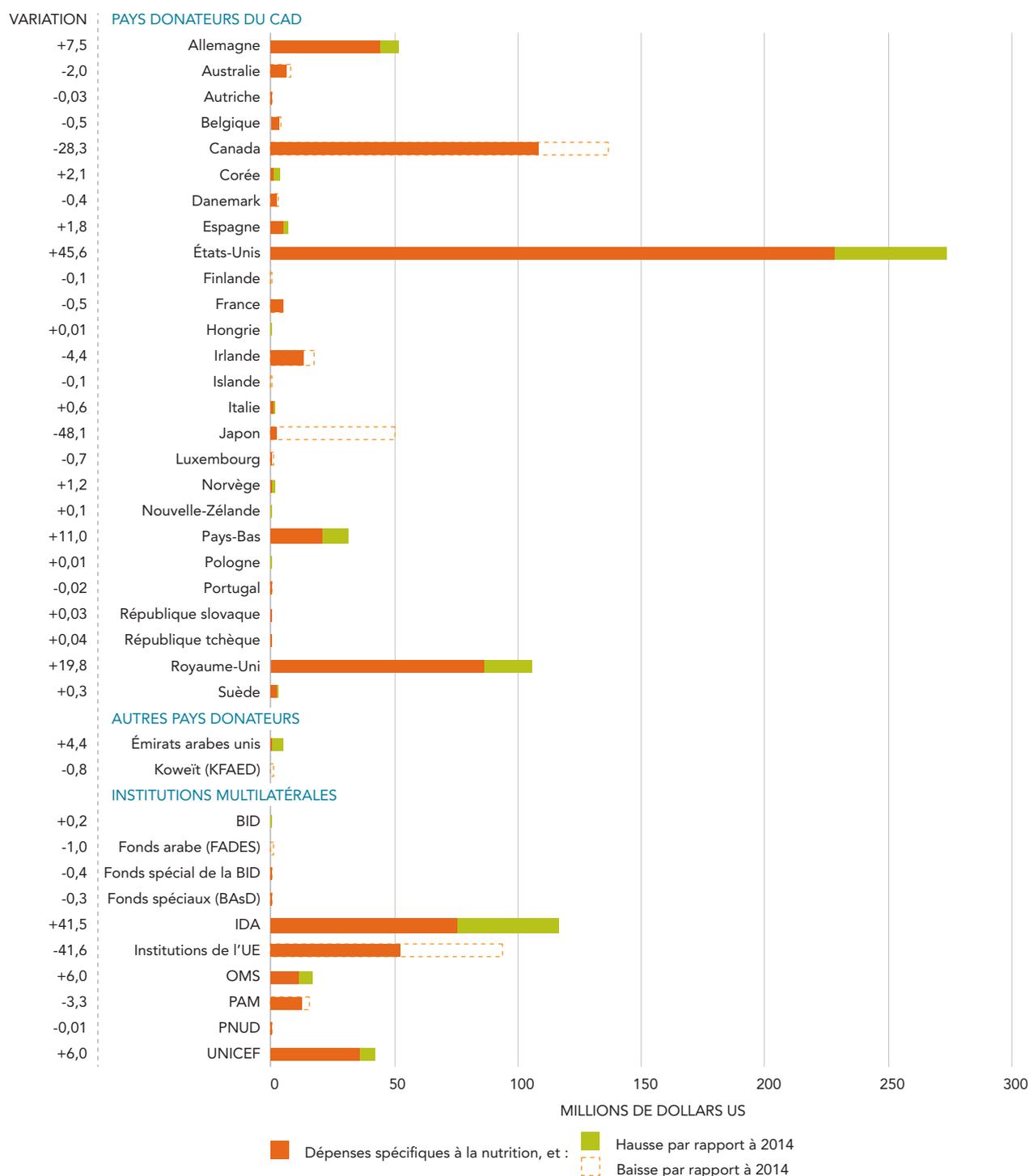
**FIGURE 4.8 : Dépenses consacrées aux interventions spécifiques à la nutrition, par donateur, 2015**



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

Remarques : les montants correspondent aux décaissements bruts exprimés en prix constants de 2015. Corée : République de Corée. \*Les dépenses de la Fondation Bill & Melinda Gates correspondent à des subventions privées signalées au SNPC du CAD de l'OCDE.

**FIGURE 4.9 : Évolution des dépenses spécifiques à la nutrition par pays donateur et institution multilatérale, entre 2014 et 2015**



Source : Development Initiatives, à partir des données du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE. Ces données ne sont pas autodéclarées.

Remarques : les barres orange représentent les dépenses effectuées en 2014 si elles ont augmenté depuis 2014, ou les dépenses effectuées en 2015 si elles ont baissé depuis 2014. Les barres vertes représentent les dépenses supplémentaires effectuées en 2015. Les barres en pointillé représentent la baisse des dépenses en 2015. Les montants se fondent sur les décaissements bruts exprimés en prix constants de 2015. BASD : Banque asiatique de développement ; BID : Banque Interaméricaine de Développement ; Corée : République de Corée ; FADES : Fonds arabe pour le développement économique et social ; IDA : Association internationale de développement ; KFAED : Fonds koweïtien pour le développement économique des pays arabes ; OMS : Organisation mondiale de la Santé ; PAM : Programme alimentaire mondial ; PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement ; UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

## Investissements des donateurs dans les secteurs contribuant à la nutrition

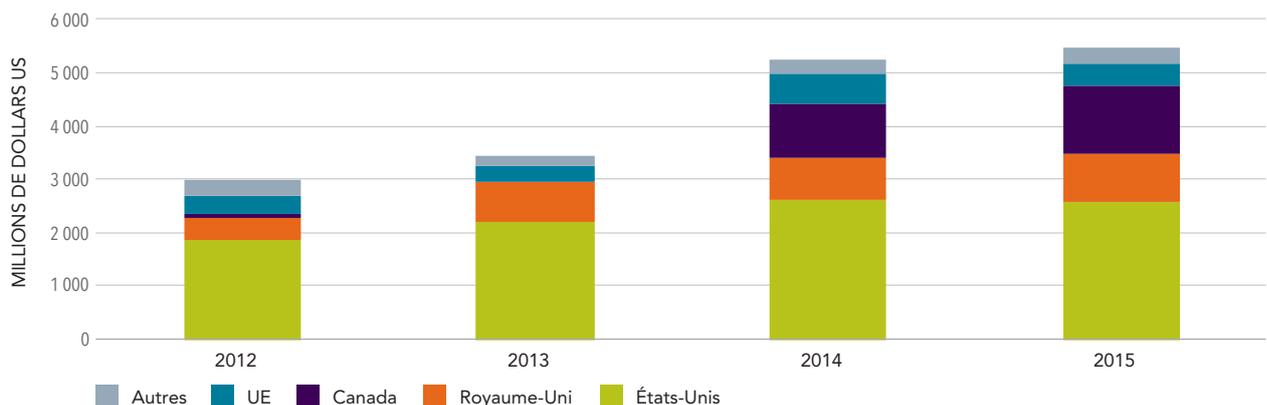
Cette partie s'appuie sur les données relatives aux dépenses communiquées directement par les donateurs au Rapport sur la nutrition mondiale. Fondés sur les données des rapports précédents, les derniers chiffres en date indiquent que les dépenses des donateurs contribuant à la nutrition continuent d'augmenter. Malgré l'absence de données sur les décaissements de la Banque mondiale et le fait que les données de l'Australie n'aient pas été recensées cette année, ce pays ne communiquant ses données que tous les deux ans, on constate que les dépenses collectives en faveur d'interventions contribuant à la nutrition ont augmenté de 237 millions de dollars US entre 2014 et 2015. Les États-Unis, le Royaume-Uni et le Canada sont encore une fois les plus gros contributeurs (figure 4.10).

Dix donateurs ont fourni des informations sur leurs décaissements contribuant à la nutrition aux *Rapports sur*

*la nutrition mondiale 2016 et 2017*. Sept d'entre eux ont indiqué avoir dépensé davantage en 2015 que l'année précédente : l'Allemagne, le Canada, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance (CCIF), les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. Le Canada et le Royaume-Uni ont déclaré les hausses les plus importantes, ayant versé respectivement 273 millions et 148 millions de dollars US supplémentaires. Les trois donateurs restants ont signalé une baisse des dépenses entre 2014 et 2015 : l'UE, l'Irlande et les États-Unis. Avec une différence de 147 millions de dollars US entre 2014 et 2015, l'UE est à l'origine de la plus forte baisse des financements (figure 4.11).

Le tableau 4.1 présente les données autodéclarées des donateurs et les limites de celles-ci. L'interprétation des tendances suivies par les dépenses au fil du temps à partir de ces données s'avère difficile, compte tenu des données manquantes et des différentes méthodologies utilisées pour identifier les dépenses contribuant à la nutrition.

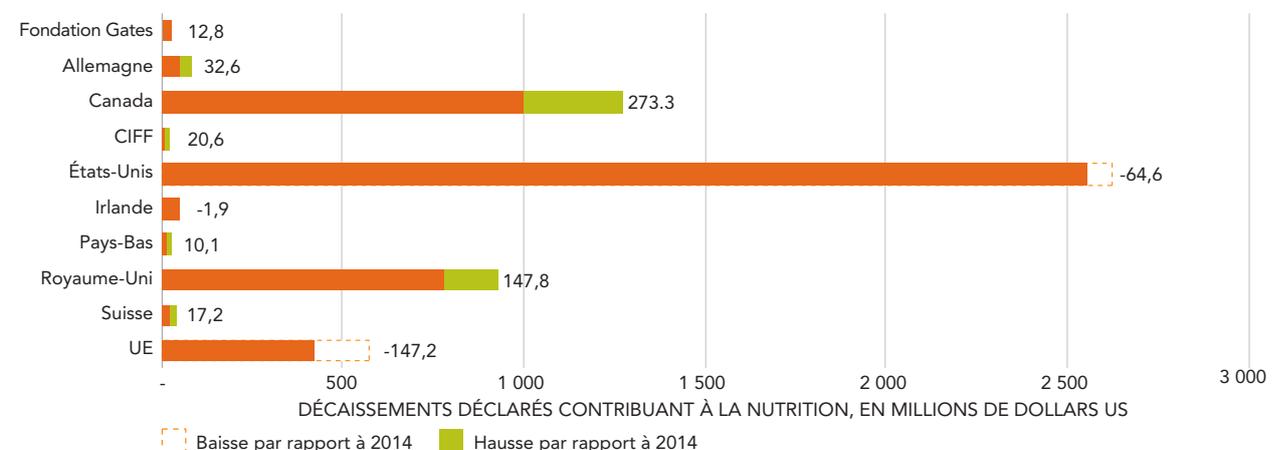
**FIGURE 4.10 : Dépenses contribuant à la nutrition des donateurs ayant communiqué des données, 2012-2015**



Source : Development Initiatives, d'après des données fournies par les donateurs.

Remarques : les données ne sont pas exprimées en prix constants. La catégorie « Autres » comprend l'Allemagne, l'Australie, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance, la France, l'Irlande, les Pays-Bas et la Suisse.

**FIGURE 4.11 : Évolution des dépenses des donateurs contribuant à la nutrition, 2014 et 2015**



Source : Development Initiatives, d'après des données fournies par les donateurs.

Remarques : les barres orange représentent les dépenses effectuées en 2014 si elles ont augmenté depuis 2014, ou les dépenses effectuées en 2015 si elles ont baissé depuis 2014. Les barres vertes représentent les dépenses supplémentaires effectuées en 2015. Les barres en pointillé représentent la baisse des dépenses en 2015. Les sommes indiquées se fondent sur les décaissements signalés et ne sont pas exprimées en prix constants. CIFF : Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance ; Fondation Gates : Fondation Bill & Melinda Gates.

**TABEAU 4.1 : Enveloppe budgétaire consacrée à la nutrition signalée aux Rapports sur la nutrition mondiale 2014-2017, en milliers de dollars US**

DONATEUR	SPÉCIFIQUE À LA NUTRITION 2010	SPÉCIFIQUE À LA NUTRITION 2012	SPÉCIFIQUE À LA NUTRITION 2013	SPÉCIFIQUE À LA NUTRITION 2014	SPÉCIFIQUE À LA NUTRITION 2015
Allemagne	2 987	2 719	35 666	50 572	51 399
Australie	6 672	16 516	S.O.	20 857	S.O.+++
Canada	98 846	205 463	169 350	159 300	108 600
États-Unis*	8 820	229 353	311 106	263 240	382 891
France**	2 895	3 852	2 606	6 005	4 660
Irlande	7 691	7 565	10 776	19 154	13 079
Pays-Bas	2 661	4 007	20 216	25 025	31 604
Royaume-Uni***	39 860	63 127	105 000	87 000	92 400
Suisse	0	0	0	0	0
UE*	50 889	8	54 352	44 680	48 270
Fondation Gates	50 060	80 610	83 534	61 700	96 500
CIFF	980	5 481	37 482	26 750	53 607
Banque mondiale**	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
<b>Total 13 donateurs</b>	<b>272 361</b>	<b>618 701</b>	<b>830 088</b>	<b>764 283</b>	<b>883 010</b>

DONATEUR	CONTRIBUANT À LA NUTRITION 2010	CONTRIBUANT À LA NUTRITION 2012	CONTRIBUANT À LA NUTRITION 2013	CONTRIBUANT À LA NUTRITION 2014	CONTRIBUANT À LA NUTRITION 2015
Allemagne	18 856	29 139	20 642	51 547	84 174
Australie	49 903	114 553	S.O.	87 598	S.O.+++
Canada	80 179	90 171	PR	998 674	1 271 986
États-Unis*	PR	1 857 716	2 206 759	2 619 923	2 555 332
France**	23 003	27 141	33 599	PR	23 781
Irlande	34 806	45 412	48 326	56 154	54 217
Pays-Bas	2 484	20 160	21 616	18 274	28 422
Royaume-Uni***	302 215	412 737	734 700	780 500	928 300
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656
UE*	392 563	309 209	315 419	570 890	423 704
Fondation Gates	12 320	34 860	43 500	29 200	42 000
CIFF	0	0	854	154	20 725
Banque mondiale**	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
<b>Total 13 donateurs</b>	<b>937 428</b>	<b>2 969 898</b>	<b>3 454 575</b>	<b>5 239 415</b>	<b>5 476 297</b>

DONATEUR	TOTAL 2010	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014	TOTAL 2015
Allemagne	21 843	31 858	56 308	102 119	135 573
Australie	56 575	131 069	PR	108 455	S.O.+++
Canada	179 025	295 634	S.O.	1 157 974	1 380 586
États-Unis*	PR	2 087 069	2 517 865	2 883 163	2 938 223
France*	25 898	30 993	36 205	S.O.	28 441
Irlande	42 497	52 977	59 102	75 308	67 295
Pays-Bas	5 145	24 167	41 832	43 299	60 027
Royaume-Uni*	342 075	475 864	839 700	867 500	1 020 700
Suisse	21 099	28 800	29 160	26 501	43 656
UE*	443 452	309 217	369 771	615 570	471 974
Fondation Gates	62 380	115 470	127 034	90 900	138 500
CIFF	980	5 481	38 336	26 904	74 332
Banque mondiale**	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
<b>Total 13 donateurs</b>	<b>1 200 969</b>	<b>3 588 599</b>	<b>4 115 313</b>	<b>5 997 693</b>	<b>6 359 307</b>

Source : auteurs, d'après des données fournies par les donateurs.

Remarques : les données ne sont pas exprimées en prix constants. La plupart des donateurs déclarent leurs dépenses en dollars US, et, lorsque ce n'est pas le cas, nous utilisons la moyenne annuelle du taux de change du marché pour la période concernée<sup>16</sup>. CIFF : Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance ; Fondation Gates : Fondation Bill & Melinda Gates ; PR : pas de réponse à notre demande de données ; S.O. : sans objet (impossible de calculer des totaux significatifs en raison d'un manque de données ou de données fournies au moyen d'une méthodologie autre que celle du Réseau des donateurs du Mouvement SUN).

\* Lors du sommet Nutrition pour la croissance, l'UE s'est engagée à verser 3,5 milliards d'euros entre 2014 et 2020 pour des interventions en faveur de la nutrition. Tout engagement correspond à un contrat financier juridiquement contraignant entre l'UE et un partenaire donné. Les décaissements déclarés par l'UE sont les montants totaux adjugés au titre de ces engagements. D'autres décaissements sont effectués en fonction d'un échéancier détaillé dans des contrats individuels, de l'état d'avancement de la mise en œuvre et du taux d'utilisation des fonds par le partenaire.

\*\* La France a déclaré avoir versé 4 660 013 dollars US au titre de décaissements spécifiques à la nutrition, somme que l'on peut arrondir à 4,7 millions de dollars US. La seule différence entre les déclarations de la France au système du CAD de l'OCDE et au Rapport sur la nutrition mondiale porte sur la contribution au Mouvement SUN, qui a été comptabilisée comme un décaissement spécifique à la nutrition dans les déclarations au Rapport sur la nutrition mondiale.

\*\*\* Les chiffres du Royaume-Uni n'englobent que les décaissements en faveur de la nutrition effectués par le ministère du Développement international.

\* La composante contribuant à la nutrition du gouvernement des États-Unis est calculée selon une méthodologie différente de celle utilisée par les autres pays. Pour mesurer ses décaissements spécifiques à la nutrition, le gouvernement américain utilise le code-objet 12240 du SNPC, qui englobe les activités mises en œuvre dans le cadre du programme McGovern-Dole International Food for Education and Child Nutrition. Il ajoute également la part d'« aide alimentaire d'urgence » (code 72040 du SNPC) et des « programmes de sécurité et d'aide alimentaire » (code 52010 du SNPC) qui sont inscrits au Titre II du programme « Vivres pour la paix » (Food for Peace) de l'USAID et définis par le Cadre d'assistance extérieure du gouvernement américain comme relevant du secteur de la nutrition (élément 3.1.9 du programme). Cet élément vise à réduire la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans. Pour atteindre cet objectif, les partenaires de développement mettent l'accent sur une approche préventive mise en œuvre au cours des 1 000 premiers jours de la vie – de la grossesse jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Les programmes utilisent un ensemble synergique d'interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant qui aident à réduire la malnutrition chronique et aigüe en améliorant les services de prévention et de soin – y compris le suivi et la promotion de la croissance –, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de vaccination, de déparasitage, de santé reproductive et de planification familiale, ainsi que les services de prévention et de traitement du paludisme.

\*\* La Banque mondiale ne soumet pas de déclarations au Rapport sur la nutrition mondiale, et ne communique que sur ses engagements via le processus « Nutrition pour la croissance ».

\*\*\* Bien que l'Australie ait réalisé des investissements en faveur de la nutrition au cours de l'année civile 2015, ceux-ci n'ont pas été chiffrés ni communiqués en vue de leur publication dans le Rapport sur la nutrition mondiale. En effet, l'Australie ne communique ses données au Rapport que tous les deux ans.

# Investissements en faveur de la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire

## Dépenses nationales

Les données sur les niveaux actuels de financement national des interventions, politiques et programmes de prévention ou de prise en charge du surpoids/de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, sont quasi inexistantes. Il est donc impossible de déterminer dans quelle mesure les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé consacrent les ressources nécessaires à la lutte contre ces fardeaux, de plus en plus pesants. Il faut espérer que les modifications futures de la base de données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les comptes nationaux de la santé permettront d'obtenir plus facilement des informations sur les dépenses nationales dans ce domaine.

Les débats sont ouverts pour trouver des solutions qui répondent à l'absence de financements nationaux consacrés à la prévention de tous les types de MNT. Lors de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement de juillet 2015, les États ont clairement fait savoir dans le Programme d'action d'Addis-Abeba que le rôle joué par les ressources nationales dans le financement de la santé mondiale serait plus important dans le cadre des ODD qu'il ne l'était dans celui des objectifs du Millénaire pour le développement<sup>17</sup>. La taxation du tabac a ainsi été avancée comme une solution bénéfique à tout point de vue. Le succès de cette mesure a donné lieu à des recommandations sur la taxation d'autres produits inutiles et mauvais pour la santé, y compris les boissons sucrées. Les gouvernements du monde entier commencent à reconnaître le double avantage de ces politiques fiscales, qui servent également à générer des recettes<sup>18</sup>.

## Dépenses internationales

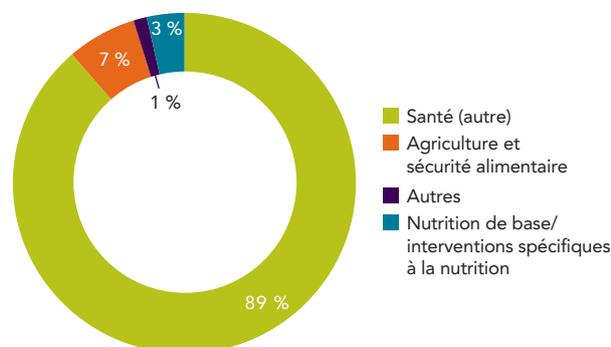
Il ne s'agira pas de sous-estimer les dépenses internationales, malgré l'attention accrue portée aux dépenses nationales. Selon le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, aucun code SNPC ne permet de procéder au suivi de l'APD consacrée à la lutte contre l'obésité ou les MNT. Comme le souligne le Gros plan 4.2, des propositions ont été faites pour en introduire un. Entre-temps, le jeu de données du SNPC du CAD de l'OCDE a été passé en revue pour identifier les activités relatives à la prévention ou au traitement de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire, quel que soit leur code-objet, dans le but d'estimer les dépenses d'APD des donateurs consacrées à ces fléaux. Dans un premier temps, une recherche par mot-clé a été effectuée dans le titre et dans les champs de description de chaque entrée du SNPC : diet, diets, obesity, NCD, non-communicable disease, chronic disease, diabetes, obésité, maladies non transmissibles, maladie chronique, diabète. Un ou plusieurs mots-clés figuraient dans 480 des 226 221 entrées contenues dans le jeu de données du SNPC de 2015. Ces entrées ont ensuite été examinées une par une dans le but

d'éliminer tout projet non pertinent. Un projet était considéré non pertinent lorsque les informations contenues dans le titre et dans la description indiquaient clairement qu'il n'avait rien à voir avec l'obésité ou les MNT liées au régime alimentaire. Les projets qui semblaient cibler principalement l'agriculture ou la sous-nutrition, ainsi que les interventions de lutte contre le tabagisme et fondées sur le sport, ont également été exclus.

D'après les informations contenues dans les titres et descriptions, 101 projets enregistrés dans le SNPC en 2015 semblent concerner la lutte contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire. L'APD consacrée à ces activités atteint un total de 25,3 millions de dollars US, les engagements un total de 24,5 millions de dollars US. Ces sommes correspondent à 0,01 % des dépenses mondiales d'APD (tous secteurs confondus) en 2015, un pourcentage désastreux.

Les recherches menées ont également révélé que les décaissements semblent avoir baissé de près de moitié entre 2014 et 2015, passant de 49,1 millions de dollars US à seulement 25,3 millions de dollars US. Les raisons de ce déclin ne sont pas claires. Le Royaume-Uni et l'Australie, à l'origine de 51 % des financements, sont les pays à avoir dépensé le plus de fonds, soit respectivement 7,2 millions et 5,7 millions de dollars US. Les fonds ont bénéficié à 36 pays au minimum, 5,5 millions de dollars US ayant été affectés à l'échelle régionale et 2,4 millions de dollars US n'ayant été destinés à aucun bénéficiaire spécifique. Les principaux bénéficiaires étaient la Chine et Fidji, qui ont respectivement reçu 5,6 millions et 4 millions de dollars US. 92 % des dépenses relatives à l'obésité et aux MNT liées au régime alimentaire, soit 23,3 millions de dollars US, ont été déclarées comme destinées au secteur de la santé (code-objet 120), dont 3 % (soit 0,9 million de dollars US) identifiées par le code-objet « nutrition de base » (12240). Le reste des sommes dépensées pour lutter contre l'obésité/les MNT liées au régime alimentaire était réparti entre le secteur de l'agriculture et de la sécurité alimentaire (7 %) et les autres secteurs (1 %) (figure 4.12).

FIGURE 4.12 : Dépenses d'APD consacrées aux MNT liées au régime alimentaire, par secteur, 2015



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

Remarques : montants basés sur les décaissements bruts d'APD en 2015. La catégorie « Autres » comprend les infrastructures, la gouvernance et les interventions de sécurité et d'aide humanitaire.

Ceci reflète la faiblesse de l'aide au développement consacrée aux MNT<sup>19</sup>. D'après le rapport *Financing Global Health 2016* de l'Institut d'évaluation et de mesures de la santé (IHME), sur les 37,6 milliards de dollars US d'aide au développement consacrée aux enjeux sanitaires en 2016, seul 1,7 % a été affecté au domaine des MNT et de la santé mentale, contre près de 30 % à la santé maternelle et de l'enfant et 25 % au VIH et au sida. Ces chiffres ne sont pas à la hauteur de la charge de morbidité mondiale<sup>20</sup>. Si, entre 2010 et 2016, le financement de la lutte contre les MNT a augmenté de 5,2 % par an, ce domaine du secteur de la santé est toutefois resté

le moins financé, et de loin. Le rapport montre également que la plus grosse part de l'aide au développement consacrée aux MNT entre 2000 et 2016 a été financée par des organismes caritatifs privés, la majeure partie de ces fonds ayant été affectée à des programmes de lutte contre le tabagisme et à la mise en place de services de santé. Malgré la tendance de l'aide au développement à négliger l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire, deux fondations privées investissent dans la prévention de ces fléaux, tirant parti de leur expérience en matière de financement de la promotion de l'abstinence tabagique (Gros plan 4.3)<sup>21</sup>.

## GROS PLAN 4.3 INVESTIR DANS LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET DES MNT : BLOOMBERG PHILANTHROPIES ET CENTRE CANADIEN DE RECHERCHES POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Neena Prasad et Greg Hallen

### Bloomberg Philanthropies

Neena Prasad

Depuis 2012, Bloomberg Philanthropies a dépensé plus de 130 millions de dollars US pour aider des villes et des pays du monde entier à mettre en place et à évaluer des politiques visant à freiner la hausse des taux d'obésité<sup>22</sup>. En sa qualité de fondation privée, cet organisme est bien placé pour tester les innovations politiques étayées par des données probantes là où des gouvernements désargentés seraient réticents.

Notre programme de prévention de l'obésité s'inspire du programme le plus important que nous ayons mis en place en matière de santé publique, l'Initiative Bloomberg pour la réduction du tabagisme. D'un point de vue stratégique, l'objet de cette Initiative présente en effet de nombreux points communs avec la prévention de l'obésité. En tant que fondation ayant placé au cœur de ses programmes de santé publique la prévention des MNT, nous nous devons de réagir face au fardeau important – et en pleine croissance – de l'obésité. Notre programme est axé sur deux composantes :

- La première finance des actions conçues pour promouvoir la mise en œuvre de politiques publiques. Elle se fonde sur des preuves que la principale cause de l'obésité est un environnement « obésogène » (c'est-à-dire un cadre, des opportunités et des conditions de vie qui accentuent le risque d'obésité). Le financement d'une expérimentation de politiques publiques visant à garantir que les boissons et aliments bons pour la santé sont plus accessibles, plus attractifs et meilleur marché que les boissons et aliments malsains s'appuie donc sur un raisonnement scientifique.
- La deuxième composante finance une évaluation rigoureuse de ces politiques publiques en vue de déterminer ce qui fonctionne, où et comment, et ainsi de réunir des preuves empiriques qui serviront à étayer la prise de mesures. Espérons que cette collecte de preuves servira de fondement à un train de mesures que n'importe quel pays ou territoire pourra adopter.

Les politiques prioritaires de ce programme sont les suivantes :

- Limiter l'exposition des enfants et des adolescents aux aliments et boissons malsains par le biais d'interdictions générales de commercialisation ;
- Taxer les boissons sucrées et les aliments malsains ;
- Retirer les produits malsains des institutions publiques, notamment des écoles ;
- Utiliser un étiquetage nutritionnel simple et informatif sur le devant des paquets.

La première étape de l'élaboration du programme a consisté à financer un projet pilote lancé au Mexique en 2012, qui a facilité le plaidoyer d'ONG mexicaines en faveur de l'adoption de politiques publiques et a aidé l'Institut national de la santé publique à soutenir l'examen des politiques en vigueur. La campagne virulente qu'ont ensuite menée ces ONG a entraîné la création d'une taxe sur les boissons sucrées d'un montant de un peso par litre (introduite en janvier 2014). L'efficacité de cette taxe a été prouvée, le nombre d'achats de boissons de ce type ayant chuté suite à son adoption<sup>23</sup>.

Le succès de ce projet au Mexique nous a encouragés à reproduire le programme dans d'autres pays souffrant de forts taux d'obésité (et de MNT connexes) où les gouvernements et la société civile ont l'élan nécessaire pour agir. Nos programmes ciblent désormais l'Afrique du Sud, la Barbade, le Brésil, la Colombie, les États-Unis et la Jamaïque. Pendant ce temps, les instituts de recherche chiliens reçoivent une enveloppe de notre Fonds d'évaluation dans l'optique de mesurer les effets des innovations récentes en matière d'étiquetage des paquets et de restriction de la commercialisation des aliments malsains.

## Centre canadien de recherches pour le développement international

Greg Hallen

Le Centre canadien de recherches pour le développement international (CRDI), qui joue un rôle clé dans la programmation de la politique étrangère du Canada, contribue à l'amélioration des conditions de vie dans les pays en développement par son soutien au savoir, à l'innovation et à la recherche de solutions. Le CRDI joue également un rôle de premier plan en matière d'aide à la recherche dans le domaine de la prévention des MNT, notamment en mettant l'accent sur les interventions relatives aux systèmes alimentaires. Depuis 2012, le CRDI a ainsi financé à hauteur de plus de 17 millions de dollars canadiens au moins 30 projets mis en œuvre dans des pays à revenu faible et intermédiaire.

Nous finançons la prévention des MNT liées au régime alimentaire à travers notre programme Alimentation, environnement et santé, depuis un appel à financements supplémentaires lancé lors de la Réunion de haut niveau sur les MNT de 2011, et en réponse aux signaux de plus en plus nombreux selon lesquels ces maladies, bien qu'elles représentent un fardeau grandissant dans les pays en développement, ne constituent pas encore une cible privilégiée du développement économique. Le CRDI était bien placé pour endosser un rôle de premier plan dans ce domaine, compte tenu de ses 20 ans d'expérience en matière d'appui à la recherche multidisciplinaire et multisectorielle sur la lutte contre le tabagisme et les causes environnementales des menaces émergentes pour la santé, mais négligées.

Nos programmes cherchent à endiguer la hausse des MNT liées au régime alimentaire de plusieurs façons : en modifiant les systèmes alimentaires locaux et en réorientant les tendances alimentaires vers des régimes plus sains, plus nutritifs et plus diversifiés, en identifiant et en évaluant les innovations relatives aux systèmes alimentaires et les politiques publiques afin d'améliorer l'attractivité et l'accessibilité, notamment financière, des régimes sains, et en réduisant la consommation de produits gras, salés et sucrés.

Tous les projets sont dirigés par les pays et visent à autonomiser les chercheurs locaux afin de leur permettre de trouver des solutions appropriées à l'échelle locale. Nous partons du principe que des éléments probants obtenus localement sont mieux à même de déboucher sur des solutions locales et bon marché. Les projets financés aux fins de mise en place de politiques fiscales et de solutions communautaires pour lutter contre les MNT couvrent un ensemble de stratégies et de zones sensibles en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Asie et en Afrique australe.

Par exemple :

- En Afrique du Sud, les chercheurs en politique ont collaboré avec les autorités en vue de réduire la consommation de sel, ce qui a donné jour à une nouvelle loi en 2013. Au vu de ce succès, des recherches financées par le CRDI ont aidé à introduire de nouvelles taxes sur les boissons sucrées (annoncées pour 2017).
- Au Pérou, les chercheurs ont prouvé l'effet qu'avaient les publicités télévisuelles d'aliments malsains sur les enfants, ce qui a entraîné l'adoption d'une nouvelle loi portant réduction du nombre de publicités alimentaires ciblant les adolescents. Ils ont également montré qu'il était possible d'augmenter la consommation de fruits et légumes et de réduire la consommation de sel et de gras saturé dans les cantines communautaires servant plus de 500 000 repas par jour aux personnes à faibles revenus.
- D'autres projets visant à améliorer les politiques alimentaires des secteurs public et privé mis en œuvre en Argentine, au Brésil, au Chili, au Guatemala, en Malaisie, au Mexique, en Thaïlande et au Viet Nam font actuellement l'objet de financements.
- À l'échelle mondiale, un recueil sur les difficultés éthiques liées aux interactions entre acteurs publics et privés œuvrant en faveur d'une meilleure nutrition et de la prévention des MNT est en cours d'élaboration, en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada et le Health Forum du Royaume-Uni.

Le CRDI et Bloomberg Philanthropies participent à la lutte contre l'obésité, que ce soit en renforçant la recherche fondée sur des preuves ou en resserrant les rangs des chercheurs universitaires derrière les efforts qu'ils mènent auprès des acteurs de la société civile en matière de politiques. Mais ils sont face à un défi commun : comment prouver à un auditoire composé de décideurs politiques régionaux et de potentiels partenaires mondiaux que les interventions ou politiques mises en œuvre à l'échelle de la population sont aussi vitales que les interventions menées à l'échelle communautaire ? La prévention suppose d'accorder une attention particulière à la lutte contre le fléau croissant des régimes malsains, ce qui correspond en tout point au genre d'expérience et d'attention que peuvent fournir les bailleurs de fonds internationaux pour encourager les efforts nationaux déployés pour améliorer la nutrition.

Compte tenu du manque global de fonds affectés à la lutte contre les MNT, des propositions relatives à d'autres formes de financement innovant ont été émises<sup>24</sup>. Citons les mécanismes privés tels que les subventions et l'assistance technique, qui impliquent des flux d'aide entre organismes privés, généralement par le biais de la société civile. Citons également les *mécanismes solidaires ou de financement participatif*, qui consistent à collecter des fonds décentralisés auprès de sources privées en vue de leur transfert vers des organismes souverains. Les *mécanismes catalytiques* fournissent des garanties publiques permettant de mobiliser des capitaux privés en faveur d'objectifs bénéfiques sur le plan social, et les *mécanismes de financement mixte* comprennent un vaste ensemble de modèles qui consistent à mobiliser des fonds auprès de sources multiples sous l'égide d'une autorité publique digne de confiance.

## Conclusion : passer aux choses sérieuses en matière de financement

Les flux de financement de la nutrition doivent être envisagés d'un point de vue beaucoup plus universel. Pour atteindre les cibles NMNJE en matière de retard de croissance, d'émaciation, d'anémie et d'allaitement exclusif au sein, les gouvernements et les donateurs devront multiplier les ressources destinées aux interventions spécifiques à la nutrition. Les financements alloués à la prévention et à la prise en charge de l'obésité et des MNT liées au régime alimentaire sont largement insuffisants et ne reflètent pas la croissance actuelle de ces fléaux. Les dépenses en matière de nutrition sont divisées en deux catégories : celles destinées à la lutte contre la sous-alimentation d'une part, et celles finançant la lutte contre l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire d'autre part. Il est important de réfléchir davantage à la façon dont elles peuvent contribuer à la lutte contre les fardeaux multiples de la malnutrition dans le cadre d'investissements « à double fonction ». Pour commencer, il pourrait être utile de garantir un suivi plus exact et plus intégré de l'aide des donateurs destinée à l'amélioration de la nutrition et à la lutte contre les MNT.

Il y a également beaucoup à faire pour améliorer le suivi des financements contribuant à la nutrition. Le fait que d'importants investissements soient réalisés dans des secteurs comme la protection sociale, la santé, l'agriculture et l'éducation est un signe prometteur d'un programme plus intégré à l'égard de la nutrition et des ODD. Pour faire avancer ce dernier, nous devons mieux contrôler l'effet de ces « dépenses contribuant à la nutrition » sur la nutrition et d'autres ODD.

Par ailleurs, l'OMS élabore actuellement, avec le soutien de Bloomberg Philanthropies, un cadre d'investissement en faveur de la lutte contre les MNT, comparable au Cadre d'investissement pour la nutrition. Grâce à ce cadre, les gouvernements et donateurs auront accès à une estimation du coût auquel leur reviendrait l'investissement dans des interventions ayant fait leurs preuves. L'objectif est de formuler des arguments convaincants afin d'encourager et d'orienter les investissements effectués par les États, les donateurs et les entreprises privées, comprenant notamment un ensemble de politiques et d'interventions prioritaires pour des pays situés à des stades de développement différents.

L'absence d'informations sur les conséquences qu'ont sur la nutrition les ressources de développement versées pour des raisons n'ayant aucun lien avec ce secteur constitue un autre problème. D'après l'OCDE, ces flux représentent plus de 70 % des fonds totaux destinés au développement (l'APD représentant moins de 30 %) et englobent les fonds accordés par des organismes publics à des conditions proches de celles du marché ou dans un but commercial, les financements privés aux conditions du marché, tels que l'investissement direct étranger<sup>25</sup>, et les mécanismes de financement mixte (subvention et capitaux d'investissement). De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre les effets de ces financements sur la nutrition.

Le déficit en matière d'investissements mondiaux en faveur de la nutrition est considérable, ceux-ci ne représentant qu'une quantité négligeable des flux de ressources destinés au développement durable. Comblé ce déficit représentera un défi de taille. Affecter davantage d'APD et de fonds nationaux aux interventions spécifiques à la nutrition permettra en partie de le résorber. Mais les données présentées dans ce chapitre suggèrent que l'attente risque d'être longue si nous concentrons nos efforts uniquement sur cette approche. Les ODD permettent de réfléchir différemment. Leur approche intégrée suppose aussi d'avoir recours à des mécanismes de financement plus innovants et d'exploiter d'autres flux d'investissements pour assurer des résultats positifs dans différents secteurs. Une perspective intégrée des investissements réalisés en faveur de tous les ODD sera essentielle pour produire des résultats universels en matière de nutrition.

# 5



## Transformer la situation grâce aux engagements à l'égard de la nutrition : réflexions sur le processus « Nutrition pour la croissance »

### Points clés

1. Sur les 203 engagements contractés lors du sommet Nutrition pour la croissance (N4G) de 2013, 36 % sont en bonne voie (58) ou ont déjà été atteints (16). Les agences des Nations Unies, les ONG (grâce à leurs engagements en matière de politiques) et les donateurs (grâce à leurs engagements financiers) ont particulièrement bien progressé.
2. Le nombre de parties prenantes du N4G n'ayant pas déclaré les progrès réalisés vis-à-vis de leurs engagements est important cette année (49 %), malgré un taux de réponse visé fixé à 90 % par le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. Les donateurs et les agences des Nations Unies sont encore une fois ceux qui présentent les taux de réponse les plus élevés. Les entreprises sont les parties prenantes qui enregistrent le taux de réponse le plus faible depuis que les progrès sont notifiés au Rapport mondial sur la nutrition, il y a quatre ans. La mise en place de cycles de déclaration annuels figure parmi les suggestions visant à améliorer les taux de réponse.
3. Les enseignements tirés du processus N4G ont notamment mis en évidence qu'il était difficile de garantir la prise d'engagements SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps) ; que le R (« réaliste ») jouait un rôle central, mais qu'il était souvent négligé ; que la prise d'engagements ambitieux était souvent découragée ; et que, pour être efficaces en tant que mécanismes de redevabilité, les engagements volontaires devaient être conçus avec soin.
4. Les conclusions de la recherche, ainsi que le processus N4G, montrent qu'il existe différents niveaux d'engagement politique. Les engagements « rhétoriques » consentis lors de manifestations mondiales n'auront aucun effet, à moins d'être fondus dans les politiques dans le cadre d'un engagement systémique local ou national.
5. La Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) et le Programme de développement durable fournissent d'excellentes occasions de veiller à ce que les futurs engagements en faveur de la nutrition soient conformes aux principes SMART et intégrés dans d'autres plateformes de développement, visent des résultats « à double ou à triple fonction » et aient une portée universelle.

Dans ce chapitre, nous recensons les progrès réalisés dans le cadre des 203 engagements pris par 110 signataires lors du sommet Nutrition pour la croissance (sommet N4G) de 2013. Cette année, compte tenu de la vision universelle et intégrée des ODD et de la Décennie d'action pour la nutrition chapeautant les nouveaux engagements, nous nous interrogeons également, à partir des enseignements tirés du processus N4G, sur la meilleure stratégie à adopter pour assurer l'alignement des engagements sur un programme plus transformateur, et sur les moyens nécessaires pour rendre ces changements effectifs.

## Suivi des progrès réalisés à l'égard des engagements du N4G

### Le processus N4G

Le Sommet N4G, tenu à Londres en 2013, a rassemblé différentes parties prenantes prêtes à s'engager pour réduire le fardeau de la malnutrition. Les signataires se sont engagés à veiller, d'ici à 2020, à ce que les interventions efficaces en faveur de la nutrition bénéficient au moins à 500 millions de femmes enceintes et d'enfants de moins de deux ans, à réduire de 20 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, et à sauver la vie d'au moins 1,7 million d'enfants de moins de 5 ans en prévenant le retard de croissance, en promouvant l'allaitement au sein et en améliorant la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.

Les différents groupes de signataires ont pris différents types d'engagements dans le cadre du processus N4G, dont des engagements financiers s'élevant à 23 milliards de dollars US<sup>1</sup>. Les donateurs ont pris des engagements financiers et non financiers. Les ONG ont pris des engagements financiers et politiques. Les entreprises ont pris des engagements à l'égard de leur propre main-d'œuvre, entre autres engagements plus généraux. Les pays ont quant à eux pris quatre types d'engagements<sup>2</sup> :

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

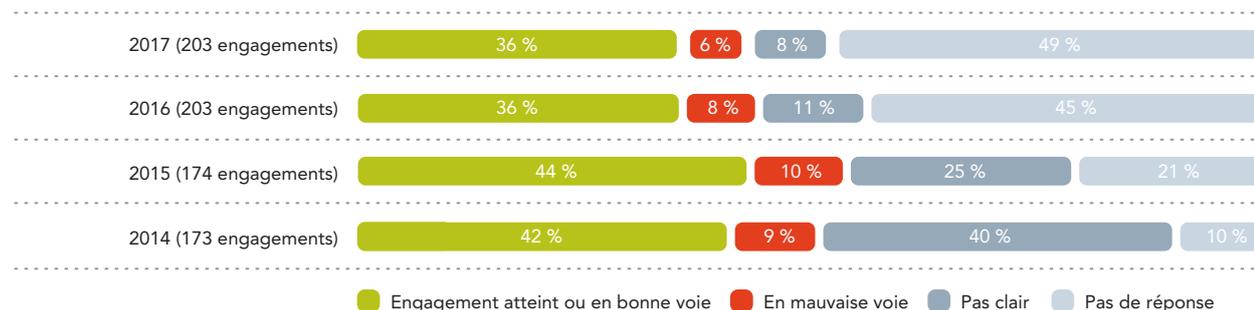
Chaque Rapport annuel sur la nutrition mondiale mesure les progrès des signataires N4G vis-à-vis des engagements qu'ils ont pris en 2013, à l'aide des catégories suivantes : « engagement atteint », « en bonne voie », « en mauvaise voie » et « pas clair ». Au moins trois examinateurs indépendants procèdent à des évaluations avant d'atteindre un consensus final.

### Avancées globales et résultats

Cette année, 36 % des parties prenantes ont atteint ou sont en bonne voie d'atteindre leurs engagements de 2013 (figure 5.1), pourcentage comparable à celui présenté dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*<sup>3</sup>. Les engagements les plus susceptibles d'être considérés comme étant « en bonne voie » sont ceux des agences des Nations Unies (86 % [n=7]), suivis de ceux des autres organisations (75 % [n=4]) et des engagements politiques des ONG (73 % [n=11]) (figure 5.2). Les engagements « réalisés » ou « en bonne voie » ont donné lieu à un large éventail de résultats. Par exemple, le Fonds international de développement agricole (FIDA) a dépassé les objectifs qu'il s'était fixé, à savoir orienter approximativement 20 % de l'ensemble des nouveaux projets qu'il finançait vers l'atteinte de résultats contribuant à la nutrition : en 2016, il a déclaré avoir introduit des objectifs contribuant à la nutrition dans 46 % de ses nouveaux projets. InterAction a dépassé ses engagements financiers à l'horizon 2020, qui s'élevaient à 300 millions de dollars US pour les programmes spécifiques à la nutrition et à 450 millions de dollars US pour les programmes y contribuant. Unilever a tenu ses engagements à l'égard de sa main-d'œuvre (Gros plan 5.1). Pour accéder à la liste complète des progrès de chaque signataire et aux évaluations détaillées desdites avancées, consulter les tableaux de suivi individuels sur le site Internet du *Rapport sur la nutrition mondiale*<sup>4</sup>.

Les progrès réalisés dans le cadre des engagements financiers pris par les donateurs en faveur du processus N4G ont été relativement importants cette année, 70 % des engagements ayant été atteints ou étant « en bonne voie » d'être atteints en 2017<sup>5</sup>. Pendant le sommet N4G de 2013, les donateurs se sont engagés à verser 19,9 milliards de dollars US. Cet engagement a été respecté à 90 % – soit 17,9 milliards de dollars US – depuis le début des déclarations N4G, dans le rapport 2014 (figure 5.3)<sup>6</sup>.

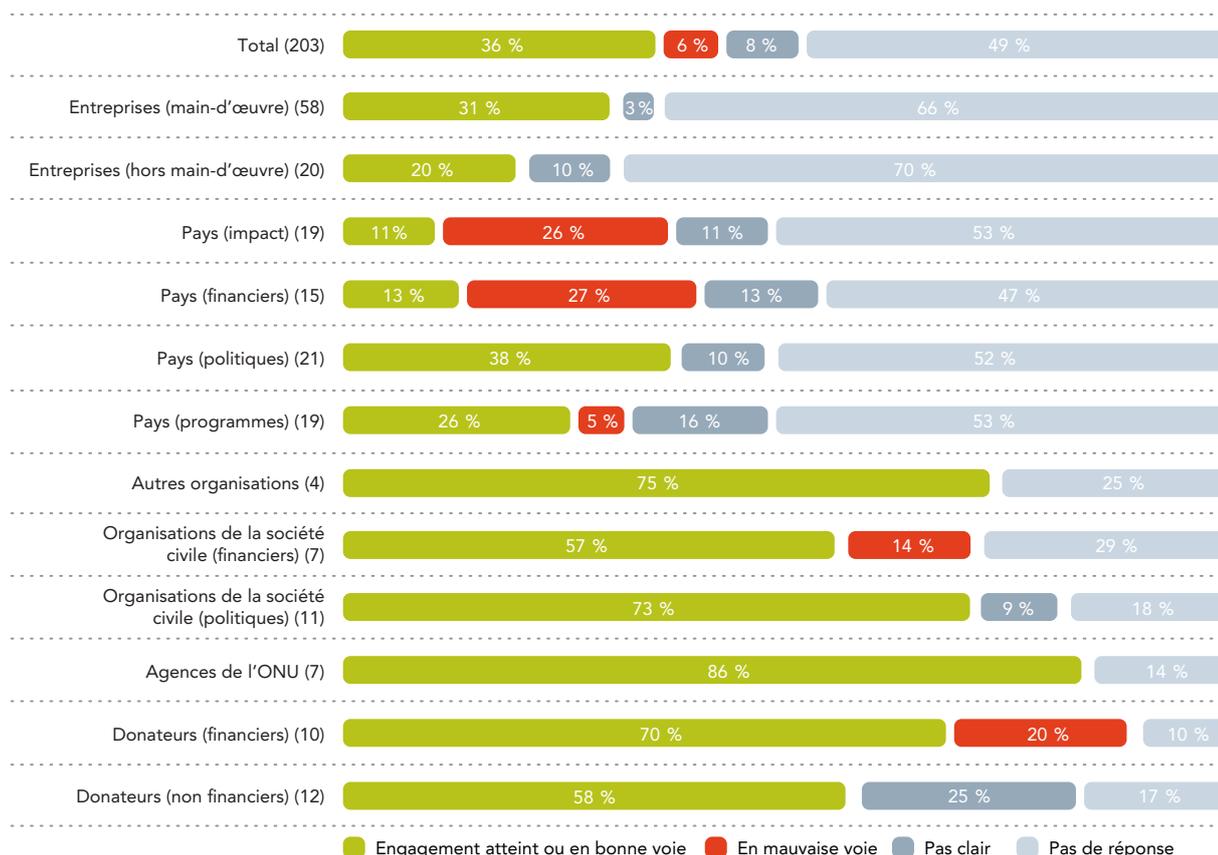
**FIGURE 5.1 : Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014-2017**



Source : auteurs.

Remarques : en 2013, 204 engagements ont été pris, mais le Rapport sur la nutrition mondiale 2014 n'en mentionne que 173, parce que les entreprises n'étaient pas prêtes à communiquer leurs avancées sur l'ensemble de leurs engagements. Le nombre d'engagements est de 174 en 2015 et de 173 en 2014, parce que l'Éthiopie a omis de séparer ses engagements N4G en composantes de programmes et de politiques dans sa déclaration de 2014 ; en revanche, elle l'a fait en 2015. Le nombre total pour 2016 comprend tous les engagements pris, à savoir 203 ; ce total diffère du total initial de 2013, parce que la Naandi Foundation a été retirée du processus de déclaration. N4G : Nutrition pour la croissance.

**FIGURE 5.2 : Avancées par rapport aux engagements N4G, par groupe de signataires, 2017**



Source : auteurs.

Remarques : N4G : Nutrition pour la croissance.

Progrès détaillés par groupe de signataires

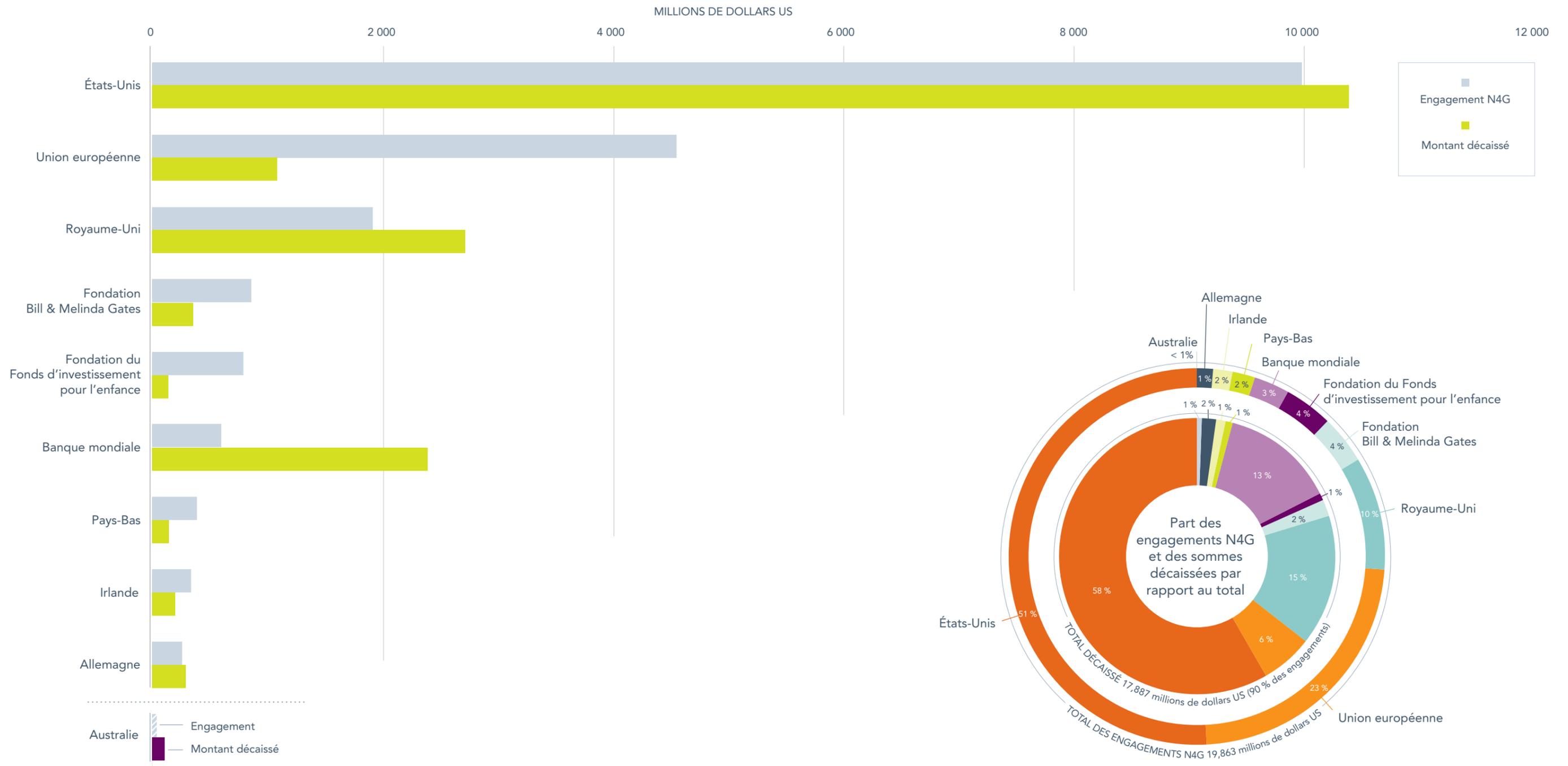
- **Autorités nationales** : moins de la moitié des pays ont répondu. Deux États sont considérés comme étant en bonne voie, et cinq comme étant en mauvaise voie, pour respecter les 19 engagements d'impact. Un État (le Sénégal) a atteint ses engagements financiers, et quatre autres semblent être en mauvaise voie. Quant aux engagements en matière de politiques, deux États (le Bangladesh et le Burkina Faso) ont rempli leurs engagements et six sont en bonne voie pour faire de même. Enfin, cinq États sont en bonne voie de respecter leurs engagements en matière de programmes.
- **Donateurs** : les donateurs ont pris 12 engagements non financiers ; deux d'entre eux les ont remplis (l'Australie et la Banque mondiale) et cinq sont en bonne voie. Deux donateurs (l'Allemagne et la Banque mondiale) ont tenu leurs engagements financiers et cinq sont en bonne voie ; deux autres sont en mauvaise voie, et l'un n'a pas donné de réponse.
- **Organisations de la société civile** : sur les onze engagements en matière de politiques, deux ONG (Action contre la Faim et l'initiative pour les micronutriments, rebaptisée Nutrition International) ont atteint leurs engagements, et six sont en bonne voie. Les ONG ont pris sept engagements financiers. Trois d'entre elles les ont atteints (Comic Relief, Concern Worldwide et Interaction), une est en bonne voie et une autre est en mauvaise voie.
- **Entreprises** : le taux de réponse des entreprises s'est établi à 30 % pour les engagements hors main-d'œuvre et à 34 % pour les engagements à l'égard de la main-d'œuvre. Sur les vingt engagements hors main-d'œuvre, deux ont été atteints (Cargill et Unilever), deux sont en bonne voie et deux ne sont pas clairs. Concernant les 58 engagements pris à l'égard de la main-d'œuvre, 18 entreprises ont déclaré être « en bonne voie » de les atteindre, et deux qu'il n'était « pas clair » qu'elles les atteignent. Pour comprendre comment Unilever a réussi à tenir son engagement, lire l'étude de cas du Gros plan 5.1.
- **Agences de l'ONU** : deux agences de l'ONU sur sept ont atteint leurs engagements (le FIDA et le Réseau des Nations Unies pour le Mouvement SUN) et quatre sont en bonne voie pour faire de même.
- **Autres organisations** : quatre autres organisations ont pris des engagements dans le cadre du processus N4G ; trois d'entre elles (CABI, GAIN [Alliance mondiale pour une meilleure nutrition] et Grands Défis Canada) sont jugées comme étant en bonne voie.

## Lacunes générales du processus N4G

Si les progrès vers la réalisation des engagements pris en faveur du processus N4G sont incontestables, ils n'en demeurent pas moins lents, et les taux de réponse baissent de façon constante. En ce qui concerne la rapidité des progrès, seuls 16 des 203 engagements ont été jugés comme étant « réalisés » entre 2013 et 2016, et 58 autres ont été considérés comme étant « en bonne voie ». En d'autres termes, 110 parties prenantes ont jusqu'à 2020 pour atteindre 187 engagements qui, pour la plupart, n'ont pas fait l'objet d'un rapport, sont en mauvaise voie ou ne sont pas clairs. Il reste donc encore beaucoup à faire en matière de politiques et de programmes pour que ces engagements soient respectés. Il est intéressant de noter que la plupart des engagements en mauvaise voie ont été pris par les gouvernements nationaux (figure 5.2).

En ce qui concerne l'absence de communication des résultats, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* comportait un appel à l'action selon lequel « [L]e *Rapport sur la nutrition mondiale 2017* devrait être en mesure d'atteindre un taux de réponse supérieur à 90 % ». La figure 5.4 montre que le taux de réponse de cette année, qui s'élève à 51 %, est bien en deçà des espérances. Les donateurs et les agences des Nations Unies affichent les taux de réponse les plus élevés, comme c'était déjà le cas dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. Un faible taux de réponse peut être le signe d'une impression d'effets bénéfiques moindres ou de l'absence de motivations à communiquer sur les engagements N4G. Les précédents *Rapports sur la nutrition mondiale* ont envisagé les différentes raisons pouvant expliquer la baisse des taux de réponse : lassitude, échéancier fluctuant du *Rapport sur la nutrition mondiale*, période de déclaration trop courte et forte rotation du personnel, notamment au sein des gouvernements et des ONG. Les entreprises sont les parties prenantes qui enregistrent le taux de réponse le plus faible depuis que les progrès sont notifiés au Rapport mondial sur la nutrition, il y a quatre ans. Cette année, 30 % seulement des entreprises ont effectué des déclarations sur leurs engagements hors main-d'œuvre, et 34 % sur leurs engagements à l'égard de la main-d'œuvre. À noter que les entreprises représentent le groupe de parties prenantes le plus conséquent dans le rapport 2017, puisque 38 entreprises ont communiqué sur leurs engagements N4G (contre sept agences de l'ONU seulement). Dans le Gros plan 5.2, le réseau des entreprises SUN propose certaines idées pour inciter les entreprises à rendre davantage de comptes sur leurs engagements.

FIGURE 5.3 : Total des engagements (dans la plupart des cas, 2013-2020) et des décaissements (dans la plupart des cas, 2013-2015) N4G des donateurs



Source : auteurs ; engagements en faveur de la Nutrition pour la croissance (N4G)<sup>7</sup>

Remarques : les données sur l'Australie sont exprimées en dollars australiens, et ont été converties en dollars US à l'aide du taux de change 2013 du Internal Revenue Service (États-Unis)<sup>8</sup>. Les montants décaissés ne concernent que l'année 2014 (l'Australie ne communiquant ses données au Rapport sur la nutrition mondiale que tous les deux ans). Les engagements N4G concernent la période 2014-2017. Pour les États-Unis, les engagements N4G couvrent la période 2012-2014, tandis que les décaissements concernent la période 2012-2015. La Banque mondiale utilise le terme « déclaré comme devant couvrir » plutôt que le montant « décaissé ». Pour la Banque mondiale, les engagements N4G couvrent la période 2013-2014 mais les décaissements/montants déclarés concernent la période 2013-2015. Le cercle intérieur du graphique sur la droite indique le pourcentage dépensé par chaque donateur par rapport au total décaissé, et le cercle extérieur représente le pourcentage promis par chaque donateur par rapport à l'engagement total.

## GROS PLAN 5.1 UNILEVER S'ENGAGE VIS-À-VIS DE SA MAIN-D'ŒUVRE MONDIALE

Angelika de Bree et Kerrita McClaughlyn

« Lamplighter » est le programme mis en place par Unilever en faveur de la santé de ses salariés à l'échelle mondiale pour mesurer et améliorer quatre facteurs de risque contrôlables : **la santé physique, l'exercice, la nutrition et la résilience**. Il fournit une structure et des orientations sur l'élaboration d'initiatives stratégiques en matière de santé physique et mentale, de façon à ce que les entreprises nationales puissent aider leur personnel de la façon la plus adaptée qui soit à l'échelle locale. Dans ce cadre, il fournit des conseils sur la gestion des maladies de longue durée, du diabète ou du VIH. Il s'inscrit dans le contexte du Well-Being Framework (Cadre relatif au bien-être) mondial d'Unilever.

Lors du sommet N4G de 2013, l'entreprise s'est engagée à l'égard de son personnel à montrer l'exemple en améliorant la nutrition et donc la productivité et la santé de tous ses employés. En juin 2016, Unilever a promis :

1. D'adopter une politique nutritionnelle pour des salariés productifs et en bonne santé ;
2. D'améliorer les politiques relatives à la santé maternelle, notamment en soutenant les femmes allaitantes.

### Objectifs du programme Lamplighter

- Faire en sorte que Lamplighter soit en place dans tous les pays comptant au moins 100 employés d'ici à 2020 ;
- Lutter contre les risques pour la santé locaux et mettre en place des plans locaux et nationaux d'amélioration de la santé en partenariat avec les équipes chargées de la santé au travail, des ressources humaines et de la chaîne d'approvisionnement, de façon à garantir que les effets positifs sur la santé soient produits de la façon la plus adaptée à chaque pays.

Unilever encourage ses employés à prendre en charge leur propre santé et leur fournit assistance et ressources pour acquérir des habitudes saines et durables favorisant la performance. Pour faire passer ce message avec plus de vigueur, des bilans de santé sont effectués dans le cadre de Lamplighter, et un atelier mondial de bien-être, « Thrive », a été organisé pour présenter aux employés le Cadre relatif au bien-être de la société. Les bilans de santé permettent aux salariés de mieux comprendre les mesures utilisées pour évaluer les risques pour la santé (pression artérielle, masse corporelle, risques cardiovasculaires et de diabète), ainsi que les effets du mode de vie sur la santé. En 2016, Unilever a effectué plus de 80 000 bilans de santé dans le monde, dans près de 100 emplacements différents. La nutrition des employés est une autre composante majeure du programme Lamplighter. Dans ce cadre, toutes les cafétérias/cantines gérées par l'entreprise se conforment aux directives nutritionnelles mondiales d'Unilever, présentées dans les critères d'Unilever pour un repas équilibré.

### Conséquences pour Unilever

Les programmes comme Lamplighter présentent d'importants avantages à court et long terme, à la fois pour la santé et pour l'entreprise. À court terme, les employés d'Unilever devraient être en meilleure santé, plus motivés et plus productifs, et le nombre d'arrêts maladie devrait par conséquent diminuer. À long terme, il s'agit de permettre aux employés d'Unilever de vivre longtemps, en bonne santé, heureux et motivés, et de garantir à l'entreprise des effectifs durables moins coûteux sur le plan de la santé (ce qui réduit *ipso facto* la charge pesant sur le système public de santé).

Unilever a commandé plusieurs études pluriannuelles dans différents pays afin d'évaluer le retour sur investissement de ses programmes de santé. À l'échelle mondiale, pour chaque euro investi, le programme d'Unilever pour la santé et le bien-être entraîne une économie de plus de 2,57 euros, ce qui met en lumière son impact positif. Ces résultats, mesurés dans le cadre de l'examen d'Unilever des facteurs de risque pour la santé sur une période de trois à cinq ans, suggèrent que les bilans de santé Lamplighter ont eu des conséquences positives sur la prévalence morbide de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension et contribué à la réduction du nombre de fumeurs au sein de l'organisation. Unilever analyse par ailleurs la fréquence des maladies professionnelles par million d'heures de travail effectuées, ainsi que la performance de ses prestataires de services de santé.

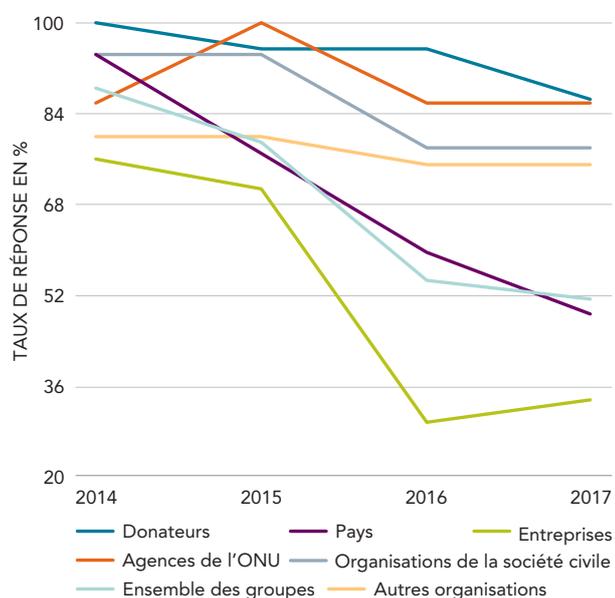
## GROS PLAN 5.2 REDEVABILITÉ, AFFAIRES ET NUTRITION

Jonathan Tench

Il est difficile de veiller à ce que les entreprises tiennent leurs engagements, non seulement pour le *Rapport sur la nutrition mondiale*, mais aussi pour les nombreux mécanismes de redevabilité émanant des ODD. Nous proposons ici quelques suggestions visant à maintenir la mobilisation des entreprises.

1. **Avoir recours à des cycles annuels** : les cycles de soumission de rapports des multinationales aux actionnaires, et, de plus en plus, aux initiatives de développement durable, sont trimestriels ou annuels. Le suivi mené dans le cadre de l'indice de développement durable du Financial Times Stock Exchange (FTSE) est un processus annuel qui permet aux sociétés de synchroniser le suivi et d'améliorer la qualité de leurs données et de leurs analyses.
2. **Reconnaître la participation** : les sociétés participent à des mécanismes de redevabilité externes dans le but d'attirer de nouveaux partenaires et investisseurs et de satisfaire leurs parties prenantes et actionnaires. Par exemple, les sociétés participant à l'indice d'accès à la nutrition (ATNI) – une initiative mondiale qui vise à évaluer les politiques, pratiques et performances relatives à la sous-alimentation et à l'obésité des principaux producteurs mondiaux de boissons et aliments – s'attachent chaque année à dépasser les résultats obtenus les années précédentes et, plus important encore, ceux de leurs concurrents. Le fait de mettre en avant les modèles de réussite – ce qui pousse les entreprises à se battre pour être sous les feux de la rampe – et d'aider les entreprises à comprendre pourquoi elles ne progressent pas permet d'encourager la course vers le sommet.
3. **Inclure les nouvelles sociétés et les nouveaux engagements** : si les mécanismes de redevabilité ne communiquent que sur les engagements passés, ils ne tiennent pas compte des engagements plus récents. Par exemple, depuis le sommet N4G de 2013, plus de 350 sociétés ont pris des engagements en adhérant au réseau des entreprises SUN. Les entreprises apprécieraient d'être reconnues pour leurs nouveaux engagements au même titre que pour leurs engagements plus anciens.
4. **Éviter les doublons** : les multinationales ont la possibilité de s'engager en faveur de la nutrition dans le cadre de différents mécanismes : le Global Compact, ou Pacte mondial, des Nations Unies, la plateforme « Toutes les femmes, tous les enfants » des Nations Unies, le réseau des entreprises SUN, ou encore l'initiative Faim zéro du Programme alimentaire mondial, pour n'en citer que quelques-uns. Si les engagements à l'égard de la nutrition pouvaient relever d'un mécanisme unique, les entreprises rendraient des comptes au public le plus vaste possible et ressentiraient davantage les pressions exercées par ce dernier.
5. **Mettre en place des cadres de présentation de rapports propres aux ODD** : aujourd'hui, les sociétés relient directement aux ODD leur responsabilité sociale et leurs engagements en faveur du développement durable. Elles profiteraient d'une intégration de la présentation de rapports sur les cibles des ODD relatives à la nutrition (2.2 et 3.4) dans un cadre propre aux ODD.

**FIGURE 5.4 : Taux de réponse, par groupe de signataires, 2014-2017**



Source : auteurs.

## Réflexion sur la nature des engagements

Les données 2014-2017 de N4G montrent clairement que les déclarations volontaires et le respect des engagements sont des enjeux importants pour la redevabilité. Les raisons expliquant ce besoin doivent certes faire l'objet de recherches plus approfondies, mais nous nous sommes inspirés de notre expérience relative aux engagements N4G pour identifier quatre enseignements essentiels applicables aux processus de prise d'engagements volontaires :

### 1. Il est difficile d'assurer la prise d'engagements SMART.

Selon le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*, seuls 29 % des engagements N4G de 2013 étaient SMART – spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps. Il est intéressant de constater qu'un autre processus de prise d'engagements, la Plateforme de l'Union européenne relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé, tire des conclusions similaires, estimant que seuls 13 % de ses 116 engagements sont SMART<sup>9</sup>. En l'absence d'engagements SMART, il est difficile d'en mesurer les progrès, et tout répertoire créé dans le but de les recenser risque de ne pas pouvoir les suivre efficacement. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* affirme que les engagements doivent être SMART pour faire l'objet d'un suivi. Une note d'orientation intitulée *Prise d'engagements SMART en faveur de la nutrition*<sup>10</sup> a également été élaborée pour appuyer la prise d'engagements SMART.

« Plus précisément, nous invitons les gouvernements à prendre des engagements SMART afin d'atteindre les cibles nationales de nutrition et de mettre en rang des systèmes de suivi qui leur permettront, à eux comme à d'autres, d'évaluer les progrès en ce sens. Nous demandons aussi à tous les acteurs – gouvernements, agences internationales, agences bilatérales, organisations de la société civile et entreprises – de réviser ou d'étendre leurs engagements SMART et ambitieux dans la perspective du processus du Sommet N4G de Rio, prévu en 2016. Les acteurs dans d'autres secteurs devraient aussi préciser, selon les principes SMART, en quoi les engagements dans leurs propres secteurs peuvent aider à faire progresser la nutrition. »

*Rapport sur la nutrition mondiale 2016*<sup>11</sup>

### 2. L'aspect « réaliste » est important, mais souvent ignoré.

L'aspect réaliste (le « R » de SMART) est essentiel pour s'assurer que les engagements mesurent quelque chose de significatif – en d'autres termes, qu'ils contribuent à des plans nationaux, qu'ils correspondent à des cibles mondiales ou régionales, ou qu'ils contribuent à résoudre le problème en question. Par exemple, l'engagement consistant à acheter des produits locaux pour améliorer les revenus des producteurs et le régime alimentaire n'est réaliste et pertinent que si les aliments concernés améliorent effectivement la qualité de l'alimentation<sup>12</sup>. Il est particulièrement important que les engagements soient réalistes et pertinents pour permettre à la société civile et aux entreprises de s'assurer que les priorités nationales, régionales et mondiales sont conformes les unes aux autres, ainsi que pour permettre aux défenseurs et autres parties prenantes de suivre les tendances, d'adapter leur travail en fonction et d'obliger les autres acteurs à répondre de leurs actes. Quant aux engagements des entreprises, ils doivent s'aligner sur leurs modèles commerciaux de base et leurs incitations commerciales. L'analyse des cibles N4G du *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* indique pourtant que les engagements N4G ne tiennent pas suffisamment compte de cet aspect, ne précisant par exemple pas le type de malnutrition qu'ils cherchent à combattre, ou qu'ils ne portent ni sur le surpoids, ni sur l'obésité, ni sur les MNT – une occasion ratée compte tenu de l'ampleur que prennent ces fléaux. De même, selon l'évaluation de la Plateforme de l'Union européenne relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé, seuls 11 % des engagements mis en œuvre en 2015 entretenaient un lien explicite avec des priorités politiques européennes plus vastes, et les liens avec les priorités de l'Organisation mondiale de la Santé étaient plus implicites qu'explicites<sup>13</sup>.

### 3. Il existe des freins aux engagements ambitieux.

Le fait d'évaluer les engagements comme étant « en bonne voie » ou « en mauvaise voie » peut involontairement inciter à réaliser des engagements faciles à respecter (ou « atteignables », l'adjectif correspondant au « A » de SMART). *A contrario*, le suivi peut ignorer les progrès effectués dans le cadre d'engagements ambitieux. Il a par exemple été estimé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* que Concern Worldwide était « en mauvaise voie » de réaliser son engagement N4G, même si les progrès impressionnants réalisés compte tenu de la portée de l'objectif avaient été reconnus. Il en va de même pour les engagements courageux et ambitieux de Save the Children, organisation qui avait mis la barre très haut. Des efforts restent à faire pour déterminer la meilleure stratégie à adopter pour encourager les engagements ambitieux sans pénaliser les parties prenantes qui connaissent des avancées significatives. Ce point est particulièrement important à l'heure où les parties prenantes visent des cibles mondiales de nutrition ambitieuses (p. ex. l'élimination de la malnutrition d'ici à 2030).

### 4. Les processus de prise d'engagements volontaires sont en difficulté.

Les entreprises ont pris plus de 600 engagements volontaires à l'égard de la nutrition ou des régimes alimentaires dans le cadre du processus N4G, du réseau des entreprises SUN et de la Plateforme de l'Union européenne relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé ; cette hausse du nombre d'engagements est prometteuse, mais ceux-ci répondent toutefois rarement aux principes SMART. L'expérience montre également qu'en présence d'un grand nombre d'engagements variés, il est difficile de les classer par catégories, critères ou cibles communs, ce qui empêche de repérer les tendances et les lacunes, et de comprendre les éventuels obstacles et facteurs propices à l'action des entreprises, des ONG et d'autres acteurs en faveur de la nutrition<sup>14</sup>. De même, la déclaration volontaire pose certains problèmes. Tout indique que, pour avoir du poids, les déclarations doivent être vérifiées de façon indépendante. À l'heure actuelle pourtant, rares sont les mécanismes de déclaration qui vérifient les informations qui leur sont communiquées. L'indice d'accès à la nutrition (ATNI) – voir les *Rapports sur la nutrition mondiale 2015 et 2016* et le Gros plan 5.2 – fait figure d'exception. Cet instrument évalue les entreprises à l'aune de critères établis relatifs aux contributions d'un vaste éventail de parties prenantes et vérifie les déclarations indépendantes faites par les entreprises<sup>15</sup>.

### Un engagement authentique vaut mieux que plusieurs promesses vides de sens

Des appels à de nouveaux engagements (financiers et en matière de programmes et de politiques) sont – et continueront d'être – lancés dans le cadre du Programme de développement durable et de la Décennie d'action pour la nutrition, afin d'assurer la réalisation des objectifs fixés et de maintenir le rayonnement de ces processus. Les parties prenantes ont déjà commencé à prendre des engagements dans le cadre de la Décennie d'action pour la nutrition. Pour que ces engagements aient un sens – en d'autres termes, pour qu'ils soient SMART et mis en œuvre et qu'ils produisent des effets – il convient de se pencher sur la définition politique du terme « engagement ». Selon les chercheurs qui étudient les engagements politiques, ces derniers doivent, pour avoir un sens, dépasser la simple « rhétorique » – qui peut caractériser les engagements volontaires pris lors de forums mondiaux – pour se transformer en engagements intégrés et systémiques. Le fait de distinguer ces « niveaux » d'engagement (voir le Gros plan 5.3) permet de mieux comprendre la profondeur des engagements et la façon de les mesurer. Cette classification a une forte incidence sur la détermination du type d'engagement nécessaire pour convertir la Décennie d'action en une « Décennie de transformation du paysage de la nutrition ».

## GROS PLAN 5.3 LES CINQ NIVEAUX DE L'ENGAGEMENT POLITIQUE

Phillip Baker

### Niveau 1 : l'engagement rhétorique – exprimé à l'oral mais pas toujours mis en œuvre.

Bon nombre des engagements N4G sont l'illustration parfaite de ce que l'on peut appeler des engagements « rhétoriques ». Il s'agit, en d'autres termes, de déclarations prononcées par des parties prenantes de la nutrition reconnaissant que la malnutrition est un problème grave qu'il convient de résoudre, mais qui ne sont pas toujours suivies d'actions SMART<sup>16</sup>. Ces « déclarations d'intention » peuvent se traduire par des mesures concrètes, mais elles peuvent également se révéler précaires et éphémères. Ce dernier scénario est plus vraisemblable lorsque le coût politique de l'inaction est peu élevé (p. ex. lorsque la pression exercée par la société civile est faible ou que les exigences des citoyens sont insignifiantes) ou que l'opposition est importante (p. ex. lorsque des groupes d'intérêt puissants ont beaucoup à perdre)<sup>17</sup>. En résumé, à moins d'être traduit en mesures concrètes, l'engagement rhétorique risque de rester « symbolique ».

### Niveau 2 : l'engagement institutionnel – transformer l'engagement rhétorique en une importante infrastructure politique.

L'« engagement institutionnel » suppose la création d'institutions gouvernementales en mesure de coordonner efficacement les interventions de lutte contre la malnutrition multisectorielles et sur plusieurs niveaux, ainsi que l'adoption de lois, de politiques, de systèmes de données et de plans adaptés<sup>18</sup>. Il nécessite l'engagement des fonctionnaires moyens et des dirigeants chargés de la coordination des interventions. Les responsables politiques et les bureaucrates peuvent être tenus responsables de leurs politiques, lorsque celles-ci sont bien conçues. Les institutions jouissant d'une autonomie accrue peuvent plaider en faveur d'une attention et de ressources continues<sup>19</sup>. Les engagements de cette nature peuvent être fragiles, toutefois, notamment lorsque les institutions et les politiques revêtent un caractère purement symbolique, c'est-à-dire lorsqu'elles donnent l'impression de jouer un rôle alors qu'il n'en est rien.

### Niveau 3 : l'engagement en faveur de la mise en œuvre – convertir les engagements rhétoriques et institutionnels en actions et résultats sur le terrain.

Les « engagements en faveur de la mise en œuvre » nécessitent la mise en place de ressources humaines, techniques et financières solides sur une période assez longue aux niveaux national et infranational, ainsi que de mécanismes pour encourager la prise de mesures (p. ex. des incitations financières fondées sur le rendement). Ils requièrent également de faire appel aux personnes chargées de la gestion des programmes sur le terrain<sup>20</sup>. Des engagements solides en faveur de la mise en œuvre, associés à des systèmes de données et de suivi adéquats, peuvent augmenter les chances de succès des politiques, lesquelles conduisent à un renforcement des autres formes d'engagement et à une meilleure appropriation de la question par les responsables politiques et la population<sup>21</sup>. En résumé, le succès mène à l'engagement, qui entraîne à son tour la réussite.

### Niveau 4 : l'engagement systémique – atteindre les engagements des niveaux 1 à 3, de façon durable et ajustée au fil du temps.

Les « engagements systémiques » sont pris par l'ensemble des acteurs du système de la nutrition, y compris, au bout du compte, les communautés, les familles et les citoyens qui bénéficient des actions des pouvoirs publics<sup>22</sup>. Pour être tout à fait efficace, la prise d'engagements doit dépasser le simple processus ponctuel. Les parties prenantes doivent assurer le maintien de leur engagement et le recalibrer pour faire face à l'opposition, à l'évolution de la situation et aux difficultés de mise en œuvre, jusqu'à ce que la malnutrition soit effectivement réduite<sup>23</sup>. Une fois atteints, les engagements systémiques peuvent générer une boucle de rétroaction puissante permettant, au fil du temps, d'institutionnaliser les interventions des pouvoirs publics ayant porté leurs fruits.

### Niveau 5 : l'engagement incorporé et intégré – des engagements indirectement liés à la nutrition pris dans d'autres secteurs (p. ex. développement économique ou réduction de la pauvreté) produisent des résultats positifs en matière de nutrition.

Des engagements incorporés et intégrés assurent l'obtention de résultats en matière de nutrition sans pour autant être spécifiques à ce secteur<sup>24</sup>. Des engagements intégrés durables peuvent offrir des opportunités aux décideurs politiques et aux défenseurs de la nutrition, par exemple lorsqu'ils sont en mesure d'avoir une incidence sur des programmes politiques plus vastes et d'y incorporer la nutrition<sup>25</sup>. Ce type d'engagement joue un rôle fondamental pour la réalisation de nombreux objectifs dans le cadre de programmes communs en faveur des ODD, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3.

## Conclusion : donner un sens aux engagements

Nous avons appris dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* que les engagements doivent être SMART – ce qui n'est pas toujours chose aisée. Il convient ici d'insister également sur l'importance du caractère « réaliste » des engagements : ceux-ci doivent être adaptés à la fois au problème et à la partie prenante concernée. Le processus de redevabilité doit également encourager l'engagement : les faibles taux de réponse, ainsi que les progrès inadaptes, semblent indiquer que le système actuel est défaillant.

Les données du présent chapitre – ainsi que les éléments probants des chapitres 2 à 4 – ont également quelque chose à nous apprendre sur la meilleure façon de donner du sens aux engagements à l'égard de la nutrition dans le cadre des ODD. Il convient premièrement d'**intégrer la nutrition dans les engagements relevant d'autres domaines du développement**, y compris des infrastructures de transport, des systèmes alimentaires, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de l'aménagement du territoire – des secteurs que nous avons identifiés comme étant fondamentaux dans le chapitre 3. Cette démarche pourrait supposer d'intégrer la nutrition dans des mécanismes tels que le Pacte mondial des Nations Unies ou le processus de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, ou de tisser

des liens avec d'autres communautés, comme le Partenariat mondial pour l'éducation, Chaque femme chaque enfant, et Assainissement et eau pour tous. Il convient deuxièmement de **s'engager à atteindre plusieurs objectifs à la fois**. Au niveau le plus élémentaire, cela signifie de s'engager en faveur d'interventions, de programmes et de politiques à double, voire à triple fonction, de façon à ce que la nutrition contribue à l'atteinte d'autres objectifs du développement. Le chapitre 3 (encadrés 3.3 et 3.4) montre quelle forme ces engagements pourraient prendre. Il convient troisièmement de **souscrire pleinement au caractère universel des engagements**. La nutrition est à la fois un résultat et un facteur d'inégalité. Pour prendre à bras-le-corps cette réalité, nous devons nous engager à inclure dans nos plans, programmes et systèmes de données des cibles et indicateurs qui concernent les populations infranationales, les membres des communautés et les ménages. Les engagements doivent également cibler toutes les populations vulnérables et toutes les formes de malnutrition, y compris le surpoids, l'obésité et les MNT, ainsi que le retard de croissance et l'émaciation. Il convient quatrièmement de **faire en sorte que les engagements ne s'arrêtent pas à la simple rhétorique**. Ils doivent s'inscrire dans un processus plus poussé en faveur de la nutrition. Les engagements pris dans le cadre de processus mondiaux tels que N4G, la Décennie d'action pour la nutrition et le Programme de développement durable sont certes importants, mais ne suffisent pas. Que vous fassiez partie d'un gouvernement, d'une ONG, du secteur privé, d'une agence des Nations Unies ou de la communauté de la recherche, vous devez impérativement intégrer vos engagements dans vos activités quotidiennes.

6

Concrétiser les ambitions  
révolutionnaires  
des ODD



S'il y a une information à retenir à la lecture du présent rapport, c'est que l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes permettra d'améliorer les résultats de tous les objectifs de développement durable (ODD). L'éradication de la malnutrition – pour tous – suppose la mise en œuvre – par tous – de l'ensemble de ces objectifs. L'intégration de la nutrition dans tous les ODD dans le but de satisfaire simultanément différentes ambitions à l'échelle universelle – en tant que communauté internationale, nations, collectivités, familles, et personnes – présente d'incroyables possibilités. Afin d'assurer la transformation envisagée, les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les acteurs du développement et les entreprises doivent repenser leur façon de travailler.

## 1) Œuvrer en faveur de la nutrition tout en exploitant son pouvoir pour l'ensemble du Programme de développement durable

Nous devons tous revoir notre façon de travailler et adopter l'approche des ODD en matière d'intégration. Nous devons impérativement considérer la nutrition à la fois comme un rouage du système nécessaire à la réalisation des objectifs de développement et comme le résultat d'un ensemble d'ODD interconnectés, et cesser de compartimenter nos actions, car les gens ne vivent pas dans des cases.

---

« Les gens ne vivent pas cantonnés aux secteurs de la santé, de l'éducation ou des infrastructures joliment organisés en différents compartiments. Ils vivent au sein de familles, de villages, de communautés et de pays, où viennent se mêler tous les problèmes de la vie quotidienne. »

Mark Tran, *The Guardian*<sup>1</sup>

---

La prise en compte de la nutrition – et des systèmes sur lesquels elle exerce une influence – est essentielle pour garantir la réalisation des ODD en faveur desquels vous travaillez – que vous interveniez dans le secteur de l'éducation ou de la santé, et que vous soyez issus du secteur public, de la société civile, du mécénat, du monde de l'investissement ou d'une entreprise privée. La nutrition doit entrer en ligne de compte, quelle que soit votre activité : construire des infrastructures, lutter contre la pauvreté, les inégalités ou le changement climatique, prévenir les conflits, ou cultiver, distribuer, commercialiser, transformer ou vendre au détail des denrées alimentaires. Par exemple, si vous travaillez dans le secteur de la culture et de l'élevage, la prise en compte de la nutrition suppose de diversifier la production alimentaire et de prêter assistance aux petites exploitations agricoles qui cultivent des produits nutritifs plutôt que de se contenter

d'augmenter le rendement des cultures vivrières principales. Si vous financez la construction d'infrastructures, investir dans le secteur de la nutrition suppose la mise en place d'installations garantissant des régimes nutritifs et sains, de l'eau salubre et des services d'assainissement à destination des populations urbaines et rurales – et pas uniquement des féculents, des aliments transformés dépouillés de leurs nutriments d'origine ou de l'eau salubre pour les riches. Chacun des acteurs, quel que soit le secteur du développement dans lequel il intervient, peut – et doit – veiller à améliorer la nutrition tout en poursuivant ses efforts à l'égard d'autres aspects de la vie des citoyens.

L'analyse présentée dans ce rapport illustre comment les intervenants de différents secteurs peuvent tirer parti de la nutrition. Par exemple, le secteur de la nutrition peut aider les personnes luttant contre le changement climatique en incitant les populations à adopter un mode de consommation alimentaire plus durable pour la planète, les régimes alimentaires moins exigeants en ressources étant essentiels à la réduction des émissions de gaz à effet de serre. Pour les acteurs cherchant à établir des systèmes de santé plus performants, l'amélioration de la nutrition allège le fardeau des maladies non transmissibles (MNT), de l'obésité et de la sous-alimentation pesant sur ces derniers. Pour ceux qui s'attachent à réduire la pauvreté, une bonne alimentation peut avoir des effets positifs à la fois sur l'économie et sur les perspectives d'avenir de la population. Pour que ces synergies se concrétisent, les intervenants du secteur de la nutrition doivent par ailleurs modifier leur façon de communiquer avec les autres secteurs et leur poser la question suivante : que pouvons-nous faire pour vous aider ? Ils doivent résoudre les nouvelles problématiques de manière innovante. L'intégration consiste à considérer la nutrition comme la pierre angulaire du développement et, ainsi, à montrer comment les programmes et les politiques d'autres secteurs peuvent en tirer parti.

Inciter les différentes parties prenantes à favoriser cette intégration reste cependant une tâche difficile. Il incombera pour cela aux personnes endossant une responsabilité générale – directeurs généraux, premiers ministres, directeurs, responsables de la planification des ODD – de s'assurer que les différents services des gouvernements, des entreprises et des organisations comprennent leurs attributions et les domaines auxquels ils peuvent contribuer.

Nous appelons les responsables de la planification des ODD au sein des gouvernements, des entreprises et de la société civile à définir une action « à triple fonction » – lutter contre la sous-alimentation et les MNT ou l'obésité *tout en œuvrant* en faveur de la réalisation d'autres objectifs de développement –, à assurer sa place prépondérante dans leurs plans d'exécution des ODD, et à en assurer le suivi en investissant des ressources humaines, politiques et/ou financières ; leur réussite se mesurera en fonction des investissements réalisés pour donner la priorité à cette intervention.

Nous appelons les acteurs du secteur de la nutrition à identifier un groupe avec lequel ils ne travaillent pas encore et à lui offrir leur aide en vue de la réalisation de ses objectifs. L'indicateur sera le suivant : combien de personnes ont-ils abordées pour en savoir plus sur *elles* et sur les questions qui *leur* tiennent à cœur ? Nous les encourageons à sortir de leur zone de confort.

## 2) Veiller à lutter tous ensemble contre les problèmes d'obésité et de maladies non transmissibles liées au régime alimentaire tout en poursuivant le combat contre le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie et les déficits en micronutriments

Le présent rapport montre que les parties prenantes ont laissé passer certaines occasions de mener des actions « à double fonction » permettant de réduire le risque d'obésité tout en luttant contre la sous-alimentation. Que leur mission consiste à s'assurer que les interventions dans le secteur de la nutrition mises en œuvre dans le cadre de systèmes de santé tiennent compte de la malnutrition sous toutes ses formes ou à diversifier les types et quantités d'aliments produits par le secteur agricole, tous les acteurs qui s'intéressent à la nutrition ne doivent plus se demander : « que puis-je faire pour lutter contre l'obésité/le retard de croissance/l'émaciation/le déficit en micronutriments ? », mais plutôt : « que puis-je faire pour optimiser la nutrition tout au long de la vie ? »

Nous appelons les personnes chargées de la mise en œuvre et du financement des programmes et des politiques préoccupées par la sous-alimentation à passer en revue leurs actions afin de s'assurer qu'elles saisissent également les occasions de réduire les risques d'obésité et de MNT liées au régime alimentaire. Cette analyse doit avoir lieu dans l'année à venir. Les chercheurs, pendant ce temps, sont invités à identifier les situations dans lesquelles ces approches à double fonction peuvent fonctionner de manière optimale et les stratégies à adopter pour y parvenir.

## 3) Faire preuve d'un « engagement » plus audacieux en faveur de la nutrition

Les possibilités de tirer des enseignements fondés sur des expériences et sur des éléments probants dans l'optique de renforcer l'engagement en faveur de la nutrition pendant toute la période de mise en œuvre des ODD sont aujourd'hui considérables. Cet aspect est essentiel pour faire de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition une « Décennie de *transformation* du paysage de la nutrition ».

En ce qui concerne la prise d'engagements : si les ODD reposent sur l'intégration, cela supposera de prendre des engagements en faveur de la nutrition dans le cadre des autres objectifs de développement, et, pour les autres secteurs, de prendre des engagements SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps) en faveur de la nutrition. Si les ODD ne doivent pas faire de laissés-pour-compte, il conviendra de prendre des engagements visant à remédier aux inégalités et aboutissant à des résultats universels. Pour aller au-delà de simples aspirations en matière de réalisation des ODD, ces engagements doivent être ambitieux.

En ce qui concerne la nature des engagements : les engagements ne se concrétisent pas en un jour. Si les ODD visent réellement à transformer la situation, ils supposent de mettre en place un processus politique de transposition des engagements en faveur de la nutrition dans les structures, politiques, plans et actions nationaux et infranationaux de l'ensemble des secteurs. Il convient pour cela de mobiliser tout un chacun et de créer des réseaux de personnes capables de collaborer pour assurer une transformation à l'échelle systémique.

Nous appelons tous les lecteurs de ce rapport à prendre au moins un engagement en faveur de la Décennie d'action pour la nutrition au cours des 12 prochains mois, à montrer l'importance de la nutrition pour les autres aspects des ODD, et à prouver ses effets sur la réduction des inégalités pour ne pas faire de laissés-pour-compte. Cet engagement doit réellement satisfaire aux principes SMART et faire l'objet d'un suivi par un mécanisme de redevabilité afin de veiller à sa mise en pratique dans le cadre d'un engagement à l'échelle systémique.

## 4) Prendre garde aux déficits de données

Les déficits de données limitent la redevabilité et freinent les progrès. Le Rapport sur la nutrition mondiale a toujours appelé à faire preuve de plus de rigueur en matière de collecte de données pour assurer la redevabilité. S'ils ne font pas l'objet d'un suivi, les problèmes ne peuvent être bien compris ni traités de façon optimale.

Afin d'être en mesure d'utiliser des techniques universelles d'interprétation, d'exploitation, et de transformation des données en actions, les gouvernements et leurs partenaires doivent pouvoir disposer de données ventilées de meilleure qualité et plus détaillées. Ils pourront ainsi garantir que les populations marginalisées et vulnérables ne soient pas laissées pour compte dans le cadre du Programme de développement durable. Il est de notre devoir moral de nous assurer que cela devienne réalité. Nous devons également combler les déficits de données pour garantir l'intégration. Se contenter de collecter des données ne suffit pas. Nous devons activement les exploiter pour plaider en faveur de la prise de décision politique et l'alimenter.

Nous appelons à la réalisation d'investissements importants en faveur de l'amélioration de la collecte et de l'exploitation des données. Les gouvernements doivent assumer un rôle de premier plan en élaborant des plans chiffrés de collecte, de diffusion, d'interprétation et d'exploitation des données. Les professionnels travaillant dans le domaine des données – universitaires, chercheurs, personnel des organismes de l'ONU – devraient chercher à améliorer les capacités des gouvernements en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation des données. Les gouvernements doivent transformer leurs plans en stratégies nationales de développement, puis doter ces dernières de moyens et en assurer la mise en œuvre. Pour mesurer la réussite de cette approche, il conviendra d'observer si les données sont collectées, rassemblées et exploitées en vue de renforcer le dialogue, les partenariats, les actions et la redevabilité nécessaires pour mettre un terme à la malnutrition sous toutes ses formes.

## 5) Accroître les investissements

La nutrition est encore un secteur négligé : la part d'aide publique au développement (APD) affectée à la nutrition a baissé entre 2014 et 2015, et les dépenses en matière de lutte contre les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire ne représentent que 0,01 % de l'APD. Nous avons besoin d'investissements supplémentaires de la part de donateurs et d'organisations multilatérales. Ce sont les budgets nationaux qui permettront de pérenniser les interventions dans le domaine de la nutrition. Nous avons besoin de plus d'investissements dans les interventions directes dans le secteur de la nutrition, ainsi que dans la production alimentaire durable, l'infrastructures des systèmes, les services de santé, l'équité économique et sociale et les processus de paix et de stabilité – autant de processus qui amélioreront la nutrition. Nous devons également réfléchir à des solutions innovantes pour attirer des fonds finançant la lutte contre la malnutrition.

Nous appelons à investir autrement pour atteindre les cibles mondiales de nutrition au cours de la Décennie d'action pour la nutrition. Un grand merci à nos donateurs pour leurs engagements ; nous les invitons à poursuivre leurs investissements et à réfléchir à la meilleure façon de produire des résultats universels et intégrés grâce à leurs financements, ainsi qu'aux actions à double ou à triple fonction dans lesquelles investir. Quant aux investisseurs qui pensent n'avoir rien à voir avec la nutrition, nous les encourageons à s'assurer que les interventions qu'ils financent ont des effets positifs sur la nutrition pour tous. Enfin, les bailleurs de fonds innovants sont incités à financer l'innovation dans les systèmes alimentaires, les systèmes de santé et d'autres domaines du développement de façon à réduire significativement les fardeaux de la malnutrition. La réussite de cet élément sera mesurée à l'aide des informations fournies par les investisseurs soutenant différents secteurs sur la façon dont ils contribuent à l'obtention de résultats en matière de nutrition.

### Pour résumer :

- **Si vous êtes un décideur ou un responsable budgétaire intervenant dans la production alimentaire et le développement durable, la construction et le financement d'infrastructures visant à soutenir les systèmes alimentaires, l'approvisionnement en eau salubre, en énergie et l'urbanisme, l'amélioration des systèmes de santé, la lutte contre les inégalités économiques, sociales et entre les sexes, ou encore la résolution des conflits et la reconstruction post-conflit** : profitez de l'« effet multiplicateur » que vous offre la nutrition pour réaliser les ODD. Utilisez le présent rapport comme tremplin pour rechercher davantage d'informations sur la façon dont la nutrition peut doper vos résultats.
- **Si vous êtes un responsable de la mise en œuvre** : utilisez ce rapport pour étayer votre travail. Tenez compte de la nutrition lorsque vous planifiez vos programmes, que vous mesurez leur impact et que vous collectez vos données. Exploitez ces dernières, y compris celles relatives à la nutrition, pour assurer

la mise en œuvre de programmes renforcés et l'obtention de meilleurs résultats dans le cadre des ODD.

- **Si vous agissez en tant que défenseur** : servez-vous de ce rapport comme d'un outil de plaidoyer afin de prouver quel effet peuvent avoir d'une part les investissements en faveur de la nutrition sur les autres ODD, et d'autre part le travail intégré – « pour tous et par tous » –, sur la réalisation du Programme de développement durable. Utilisez-le pour vous assurer que les engagements sont conformes aux principes SMART et veiller à ce qu'ils fassent la différence à l'échelle nationale et infranationale, et exploitez les données disponibles pour demander des comptes aux acteurs chargés de l'exécution.
- **Si vous êtes chercheur** : aidez à combler les déficits de données et d'éléments probants qui freinent la communauté internationale dans sa lutte contre la malnutrition. Aidez-nous à mieux comprendre quelles actions à double fonction sont les plus à même de lutter contre la sous-alimentation, l'obésité, le surpoids et les MNT. Aidez-nous à comprendre comment exploiter le pouvoir de la nutrition mise au service des ODD afin de résoudre d'autres difficultés majeures du développement humain.

Qui que vous soyez, et quelles que soient les problématiques sur lesquelles vous travaillez, vous *pouvez* contribuer à la réalisation des ODD, et vous *pouvez* aider à mettre un terme à la malnutrition. Si rien n'est fait, demain, au moins une personne sur trois souffrira de malnutrition. Vous pouvez réorienter cette trajectoire en considérant la nutrition comme un objectif intégré – et en gardant constamment à l'esprit que la réalisation universelle des objectifs suppose de ne pas faire de laissés-pour-compte. Le défi est immense, mais les possibilités le sont encore plus. Chaque conversation, chaque action peut être l'occasion d'insister sur la nécessité d'une approche intégrée et universelle en vue de la réalisation des ODD et de l'éradication de la malnutrition sous toutes ses formes.

En fin de compte, traiter la question de la nutrition nécessite de l'endurance. Si la fixation d'objectifs mondiaux et la mise en place de décennies consacrées à la nutrition incitent à l'action, œuvrons en vue de l'intégration de cette question jusqu'à ce que la nutrition optimale soit considérée comme une évidence. Faisons de la bonne nutrition une norme sociale à l'échelle mondiale. Pour ce faire, les différentes communautés œuvrant en faveur de la nutrition – qu'elles travaillent sur la sous-alimentation, l'obésité, les MNT liées au régime alimentaire, la santé maternelle et de l'enfant ou l'aide humanitaire – doivent commencer par unir leurs forces pour peser davantage dans la balance. Ensuite, il faut assurer la compatibilité entre la nutrition et les autres objectifs, priorités, investissements et programmes sectoriels et ministériels. Il convient également d'accorder une certaine latitude aux responsables de la mise en œuvre et de les inciter à intégrer de façon innovante la nutrition dans leurs activités quotidiennes. Enfin, nous devons placer l'être humain au cœur de toutes nos interventions – en mobilisant tous les acteurs et en nous rassemblant en faveur de ce droit fondamental qui nous concerne tous sans exception, y compris nos familles.

Annexe



Évaluation des progrès  
accomplis en vue d'atteindre  
les cibles mondiales de  
nutrition – note relative  
à la méthodologie

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

La prévalence et les tendances annuelles mondiales, régionales et nationales de la malnutrition chez la mère et l'enfant sont présentées dans les estimations conjointes de la malnutrition infantile publiées tous les ans par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale<sup>1</sup>. Ces estimations de la prévalence sont associées à des informations sur les taux de variation pour évaluer si un pays dans lequel une cible mondiale a été transposée à l'échelon national est en bonne ou en mauvaise voie d'atteindre chacune des cibles visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE), en partant de l'hypothèse selon laquelle tous les pays enregistreront une réduction relative semblable<sup>2</sup>. Les règles permettant d'établir si les pays sont en bonne voie ou non sont définies à l'aide de la contribution technique considérable de l'OMS et de l'UNICEF.

Les règles utilisées dans le cadre des *Rapports sur la nutrition mondiale de 2015* et de *2016* étaient différentes de celles employées pour le rapport de 2014, et prenaient en compte les précisions apportées aux méthodes afin de mieux collecter les types d'informations qui donnent son statut à l'indicateur d'un pays (comme le taux de variation, la prévalence, la fréquence des points de données et le nombre optimal de catégories utilisées pour décrire les progrès). Cette année, les règles ont été mises à jour et révisées de façon à satisfaire aux préoccupations d'ordre méthodologique ayant résulté des méthodes précédentes.

En 2017, le Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM) mis en place par l'OMS et

l'UNICEF a révisé la méthodologie et les règles relatives au suivi des cibles NMNJE afin d'améliorer la qualité du suivi des cibles de nutrition<sup>3</sup>. La version révisée de cette méthodologie servira à suivre les progrès jusqu'en 2025 et enrichira l'outil de suivi en ligne des cibles mondiales de nutrition 2025 de l'OMS, aidant ainsi les pays à définir des cibles nationales, à visualiser des scénarios et à accéder à des données sur les tendances et les progrès des indicateurs de malnutrition<sup>4</sup>.

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

À l'échelon national, le taux de variation relatif moyen de la prévalence d'un indicateur est calculé à l'aide d'une mesure appelée « taux de réduction annuel moyen », ou TRAM. Il existe deux types de TRAM : le TRAM requis, qui veille à ce qu'un pays atteigne la cible mondiale, et le TRAM actuel, qui reflète les tendances récentes de la prévalence. Le TRAM requis, le TRAM actuel et la prévalence actuelle (niveau) sont combinés pour créer des règles applicables à diverses catégories en bonne voie/en mauvaise voie pour chaque indicateur. Les règles élaborées en 2017 figurent dans le tableau A1.1.

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

**TABLEAU A1.1 : Propositions de règles de suivi et de classification des progrès réalisés en vue d'atteindre les six cibles de nutrition**

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

INDICATEUR	EN BONNE VOIE	EN MAUVAISE VOIE
Surpoids	TRAM > -1,5	TRAM < -1,5

Source : Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM) de l'OMS et de l'UNICEF, juin 2017<sup>5</sup>

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

+Le TRAM requis est fondé sur une baisse de 30 % du taux d'allaitement maternel non exclusif entre 2012 et 2025.

## Besoins en données et considérations clés

- Retard de croissance, émaciation, surpoids et allaitement maternel exclusif : les pays doivent disposer d'au moins deux points de données prenant la forme d'enquêtes représentatives à l'échelle nationale depuis 2008 pour évaluer les progrès récents, et l'un des deux doit être postérieur à 2012 pour refléter la situation ultérieure à l'état de référence.
- Si les pays ne disposent pas de données relatives à la période qui suit l'état de référence (2012), l'évaluation est ajournée jusqu'à ce que de nouvelles données d'enquêtes soient disponibles. Ainsi, moins de 50 pays ont pu être classés dans le rapport de cette année. Ce nombre devrait augmenter à mesure que davantage de données deviennent disponibles dans les prochaines années.
- Des données d'enquête représentatives à l'échelle nationale doivent être collectées tous les trois ans en vue de fournir des estimations de tendances fiables et de contribuer à l'efficacité du suivi des progrès réalisés.
- Concernant l'anémie, étant donné que des estimations chronologiques modélisées sont disponibles pour la période allant de 1990 à 2016, le nombre de pays actuellement classés est élevé. Néanmoins, sur les 193 pays concernés, seuls 30 (15 %) disposent d'estimations fondées sur des enquêtes menées après l'établissement de l'état de référence (2012), ce qui indique que peu de données d'enquêtes sont disponibles. Les résultats de la classification et de la disponibilité des données doivent être interprétés avec prudence.
- Des estimations nationales de l'insuffisance pondérale à la naissance sont en cours de réalisation par un groupe d'experts interorganisations/interinstitutions et seront publiées aux fins d'utilisation en temps utile.

## Cibles de lutte contre les MNT liées à la nutrition

Le Cadre mondial de suivi de l'OMS pour les maladies non transmissibles (MNT) a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 2013, afin d'assurer la mise en œuvre effective du plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT et de suivre les progrès réalisés en matière de prévention des MNT et de lutte contre celles-ci à l'échelon mondial. Ce cadre comprend neuf cibles volontaires dont le suivi est assuré par 25 indicateurs relatifs à la mortalité et à la morbidité liées aux MNT et aux facteurs de risque. L'objectif général consiste à réduire de 25 % la mortalité prématurée due aux MNT à l'horizon 2025<sup>6</sup>.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* a assuré le suivi de la cible 7, à savoir « arrêter la recrudescence du diabète et de l'obésité », qui est la cible MNT la plus directement liée à l'importance de l'alimentation et de la nutrition. Le rapport de cette année assure le suivi de cette cible grâce à

de nouvelles estimations produites par le réseau NCD Risk Factor Collaboration pour le compte de l'OMS, à l'aide d'une méthode d'évaluation modifiée de façon à correspondre aux nouvelles méthodes d'estimation et de prévision. Celles-ci sont examinées dans la section suivante.

Deux autres cibles, la cible 4 relative à la réduction de l'apport en sel dans la population et la cible 6 relative à la limitation de la prévalence de la pression artérielle élevée (hypertension), sont incluses dans le tableau de bord du Rapport sur la nutrition mondiale consacré aux déclarations et aux évaluations. Néanmoins, d'autres estimations de la prévalence ou d'autres méthodes affinées d'évaluation sont nécessaires pour que les progrès accomplis en vue d'atteindre ces cibles puissent être évalués. Ces limites et les données temporaires de substitution sont également examinées ci-après.

## Diabète et obésité

La **cible 7** du Plan d'action pour la lutte contre les MNT, à savoir « arrêter la recrudescence du diabète et de l'obésité », liste trois indicateurs de prévalence : le surpoids et l'obésité chez l'adulte, l'obésité chez l'adolescent et le diabète chez l'adulte<sup>7</sup>. Parmi ces indicateurs, les données concernant l'obésité chez l'adolescent ne sont pas encore disponibles au sein d'une base de données mondiale standardisée ; il est donc difficile d'évaluer l'état de référence ou les variations régionales pour cette tranche d'âge.

Le Rapport sur la nutrition mondiale présente la prévalence standardisée selon l'âge du surpoids et de l'obésité (IMC  $\geq$  25), de l'obésité (IMC  $\geq$  30) et du diabète (défini par une glycémie à jeun  $\geq$  7,0 mmol/L ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant ou d'avoir des antécédents de diabète) chez les hommes et les femmes en 2014. Il suit également les progrès accomplis concernant l'obésité (IMC  $\geq$  30) et le diabète à l'aide de données produites par le réseau NCD Risk Factor Collaboration pour la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et le Cadre mondial de suivi pour les MNT<sup>8</sup>. Ces estimations modélisées sont utilisées en l'absence de données d'enquêtes comparables à l'échelle mondiale pour tous les pays en ce qui concerne la prévalence des facteurs de risque de MNT.

Le Rapport sur la nutrition mondiale suit les progrès accomplis à l'échelle mondiale et nationale concernant le diabète et l'obésité à l'aide de prévisions établies pour ces deux maladies jusqu'en 2025 et de l'assurance que leur prévalence, aussi bien mondiale que nationale, ne dépassera en toute probabilité pas les niveaux de 2010<sup>9</sup>. Une probabilité dont la valeur est supérieure ou égale à 0,50 est définie comme représentant une forte probabilité que la cible 2025 sera atteinte. Les pays sont classés dans la catégorie « en bonne voie » si la probabilité qu'ils atteignent la cible 2025 relative à l'obésité est d'au moins 0,50, et dans la catégorie « en mauvaise voie » si cette probabilité est inférieure à 0,50.

## Apport en sel dans la population

La **cible 4** consistant à atteindre une « réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel (chlorure de sodium) dans la population » est suivie au moyen de l'apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus. Il n'existe aucune base de données mondiale sur les tendances et les prévisions relatives à la consommation moyenne de sodium. À partir des données publiées dans le cadre de grandes études de modélisation épidémiologique<sup>10</sup> portant sur des estimations de l'apport en sodium en 2010, nous avons classé les pays selon que leur population consommait plus ou moins de sodium que la dose recommandée par l'OMS, à savoir 2 grammes par jour. Un apport journalier moyen de sodium inférieur ou égal à 2 grammes a été classé dans la catégorie « verte », un apport journalier moyen supérieur à la dose recommandée de 2 grammes mais inférieur ou égal à la moyenne mondiale de 4 grammes dans la catégorie « orange », et un apport journalier moyen supérieur à 4 grammes dans la catégorie « rouge ».

L'apport en sel joue un rôle majeur dans l'hypertension et les maladies associées comme les attaques cardiaques et les maladies cardiovasculaires<sup>11</sup>, bien que l'hypertension soit aussi fortement influencée par des facteurs non diététiques comme l'hérédité, l'âge, la consommation de tabac, le stress et la sédentarité physique. Un apport journalier en sodium supérieur à 2 grammes (5 grammes ou une cuillère à café de sel de table) contribue à l'élévation de la pression artérielle et représente la dose journalière maximale recommandée par l'OMS<sup>12</sup>. L'apport moyen mondial estimé en 2010 était deux fois supérieur à cette dose – environ 4 grammes de sodium par jour ou 10 grammes de sel par jour<sup>13</sup>. La réduction de l'apport en sodium dans la population est également l'un des meilleurs moyens de cibler les MNT – une intervention rentable, à fort impact, qui peut être facilement mise en œuvre même en présence de ressources limitées<sup>14</sup>.

## Pression artérielle élevée

La **cible 6** consistant à atteindre une « baisse relative de 25 % ou une limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle » est suivie par un indicateur de la prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (pression artérielle systolique et/ou diastolique  $\geq 140/90$  mmHg respectivement). Les données relatives à la prévalence de l'élévation de la pression artérielle en 2015 sont tirées des estimations modélisées produites par le groupe NCD Risk Factor Collaboration<sup>15</sup>. Les prévisions pour 2025 et la probabilité d'atteindre la cible ne sont pas encore disponibles pour des raisons méthodologiques, mais nous suivrons les progrès accomplis lorsqu'elles le deviendront en 2018.

Pour visualiser les progrès accomplis par chaque pays en vue d'atteindre les cibles mondiales de nutrition (sous réserve de disponibilité des données), veuillez consulter l'annexe en ligne sur le site Internet du *Rapport sur la nutrition mondiale* :

[www.globalnutritionreport.org](http://www.globalnutritionreport.org)

Annexe

2

Couverture des  
actions essentielles  
en nutrition



Le tableau A2.1 et la figure A2.1 indiquent si les actions essentielles en nutrition bénéficient aux personnes qui en ont besoin (la « couverture »). Le tableau A2.1 montre le nombre de pays disposant de données pour chaque intervention, et la couverture minimale et maximale. Le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement au zinc ou d'une supplémentation en fer

est très faible dans l'ensemble des pays disposant de données. La figure A2.1 montre les pays affichant les taux de couverture les plus élevés et les plus faibles pour les 12 interventions et pratiques essentielles à l'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (NMNJE).

**TABLEAU A2.1 : Couverture des actions essentielles en nutrition**

Couverture/indicateur de la pratique	Intervention connexe recommandée par Bhutta <i>et al.</i> , 2013 (population cible)	Nombre de pays disposant de données (%)	Minimale (%)	Maximale (%)	Moyenne (%)	Médiane (%) pour les pays disposant de données
Enfants de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc	Traitement de la diarrhée au zinc (enfants de 0 à 59 mois)*	46	0	28	5	2
Mise au sein précoce (proportion de nourrissons mis au sein dans l'heure qui suit la naissance)	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	125	14	93	52	52
Nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	137	0,3	87	38	36
Enfants de 12 à 15 mois allaités au sein	Protection, promotion et appui de l'allaitement maternel*	128	12	98	67	71
Enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments d'au moins quatre groupes (diversité alimentaire minimale)	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	60	5	90	36	30
Enfants de 6 à 23 mois nourris selon la fréquence minimale des repas	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	82	12	94	56	58
Enfants de 6 à 23 mois nourris selon trois pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (alimentation minimale acceptable)	Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité et d'insécurité alimentaire (enfants de 6 à 23 mois)*	60	3	72	21	14
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A en 2014	Supplémentation en vitamine A (enfants de 0 à 59 mois)*	57	0	99	65	79

Suite à la page suivante

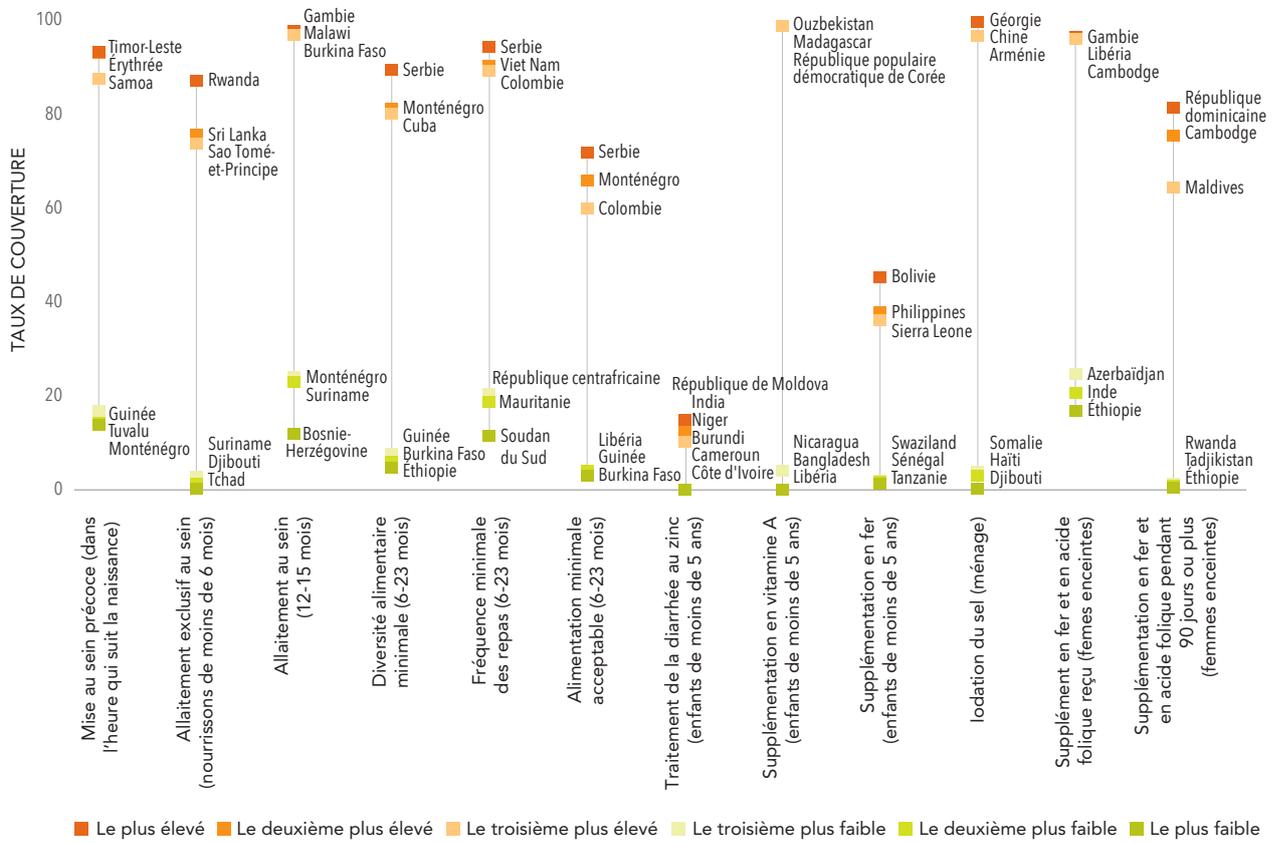
TABLEAU A2.1 : Couverture des actions essentielles en nutrition (SUITE)

Couverture/indicateur de la pratique	Intervention connexe recommandée par Bhutta et al., 2013 (population cible)	Nombre de pays disposant de données (%)	Minimale (%)	Maximale (%)	Moyenne (%)	Médiane (%) pour les pays disposant de données
Enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des suppléments de fer au cours des sept derniers jours	Ni Bhutta et al. ni l'OMS (2013) ne recommandent cette intervention	53	2	45	15	12
Ménages consommant du sel suffisamment iodé	Iodation universelle du sel*	84	0	100	57	62
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse	Supplémentation en micronutriments multiples (femmes enceintes)	62	17	97	73	80
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse, mais qui ne l'ont pas prise	Supplémentation en micronutriments multiples (femmes enceintes)	55	3	83	27	21
Femmes ayant donné naissance ces cinq dernières années et bénéficié d'une supplémentation en fer et en acide folique au cours de leur dernière grossesse, et qui l'ont prise pendant 90 jours ou plus	Supplémentation en micronutriments multiples (femmes enceintes)	59	0,4	82	31	30

Source : Kothari M., 2016 et bases de données mondiales de l'UNICEF, 2016<sup>1</sup>. Pour l'Inde, de nouvelles données tirées de l'enquête Rapid Survey on Children 2013-2014 sont utilisées, le cas échéant.

Notes : \*interventions recommandées par la Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>2</sup>. La supplémentation en micronutriments multiples est recommandée par Bhutta et al.<sup>3</sup> Les données sont tirées d'enquêtes démographiques et de santé, d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples et d'enquêtes à l'échelle nationale menées entre 2005 et 2015. Les enquêtes antérieures à 2005 ont été exclues de ce tableau en attendant l'approbation de cette recommandation par l'OMS.

**FIGURE A2.1 : Pays affichant les taux de couverture les plus élevés et les plus faibles pour les 12 interventions et pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant, 2017 (d'après les données de 2005-2015)**



Source : auteurs, d'après les données de Kothari M., 2016 et des bases de données mondiales de l'UNICEF, 2016, ces dernières étant tirées d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples, d'enquêtes démographiques et de santé, et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale menées entre 2005 et 2015.

Annexe

3



# Méthodologie appliquée pour quantifier les dépenses nationales destinées à la nutrition

Le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (Mouvement SUN) propose une approche permettant de suivre les dépenses consacrées à la nutrition reposant sur deux étapes obligatoires (étapes 1 et 2) et une étape facultative (étape 3). L'étape 1 consiste à identifier les allocations budgétaires publiques susceptibles de contribuer à la nutrition. L'étape 2 consiste à classer ces allocations générales dans la catégorie des interventions soit spécifiques à la nutrition, soit y contribuant, et à les valider par le biais de consultations avec les parties prenantes clés. L'étape 3 facultative consiste à affecter un pourcentage du budget alloué à la nutrition (pondération). Aux fins d'estimation des investissements destinés aux composantes/activités du programme liées à la nutrition, le pourcentage pondéré doit dépendre de la catégorisation (étape 2) ainsi que de l'appréciation d'experts nationaux. Les résultats pondérés sont ainsi les allocations qui sont « perçues » comme contribuant à la nutrition. Pour les pays membres du Mouvement SUN, lorsque les données de l'analyse budgétaire sont exprimées en chiffres correspondant à la « limite supérieure », cela signifie que les allocations n'ont pas été pondérées. Les estimations de la « limite supérieure » sont les valeurs exprimées dans un rapport de un pour un, dans l'état où elles existent.

## Pondération des allocations générales – l'expérience du Mouvement SUN

À l'occasion de la première série d'analyses budgétaires en 2015, 14 pays ont pondéré leurs allocations générales. Lors de la pondération, ces pays ont estimé que la plupart (94 %) des allocations correspondant à la limite supérieure *spécifiques* à la nutrition étaient des allocations réelles, contre seulement 29 % de celles *contribuant* à la nutrition. Les pondérations moyenne et médiane étaient de 29 % et 25 % respectivement pour tous les secteurs identifiés (agriculture, santé, éducation, protection sociale et eau, assainissement et hygiène). Cependant, une variation significative a été observée entre les pondérations les plus faibles et les plus élevées communiquées.

Dans l'analyse présentée dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, Greener et ses collègues<sup>1</sup> ont appliqué la pondération moyenne de 14 pays à 8 nouveaux pays pour en tirer les pourcentages qui ont été utilisés (tableau A3.1).

Lors de la deuxième série d'analyses budgétaires en 2016, seuls deux pays (l'Indonésie et El Salvador) ont pondéré leurs allocations générales. La plupart des pays y ont renoncé en raison du niveau de subjectivité de la pondération, même lorsque celle-ci est réalisée dans le cadre d'une consultation pour chaque poste budgétaire. Certains ont également remis en question l'utilité de la pondération, étant donné que les investissements sectoriels sont ensuite présentés à des personnes qui n'ont pas directement été impliquées dans l'analyse budgétaire ou ne connaissent pas les hypothèses de départ. Il a été considéré que la pondération avait des effets négatifs lors de l'examen des investissements sectoriels avec les responsables du budget et les directeurs de programmes qui ne font pas partie de la communauté de la nutrition.

TABLEAU A3.1 : Couverture des actions essentielles en nutrition

Secteur thématique	Minimale		Lignes budgétaires		Pondérations communiquées			
	Données brutes	Après pondération	Données brutes	Après pondération	La plus faible	La plus élevée	Moyenne	Médiane
Agriculture	23	14	745	341	1 %	100 %	29 %	25 %
Éducation	18	10	131	52	5 %	100 %	38 %	25 %
Santé	24	14	421	170	5 %	100 %	34 %	25 %
Autres	7	4	27	10	1 %	25 %	16 %	18 %
Protection sociale	20	11	248	126	1 %	100 %	25 %	25 %
WASH	21	12	260	170	3 %	100 %	22 %	25 %
Total	24	14	1 832	869	1 %	100 %	29 %	25 %

Source : Greener R. et al.<sup>2</sup>

Notes : WASH : eau, assainissement et hygiène.

# Notes



# Notes

## Résumé analytique

Sources du graphique :

2 milliards de personnes souffrent de carences en micronutriments essentiels, comme le fer et la vitamine A : **Organisation mondiale de la Santé (OMS)**, *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments*. Genève : OMS, 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/fr/>.

155 millions d'enfants présentent un retard de croissance ; 52 millions d'enfants sont atteints d'émaciation ; 41 millions d'enfants sont en surpoids : **Fonds des Nations Unies pour l'enfance, OMS et Groupe de la Banque mondiale**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*.

2 milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses : **OMS**. Global Health Observatory (GHO) data. Overweight and obesity. Adults aged 18+. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/) (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).

La malnutrition engendre un coût économique et sanitaire élevé et offre un retour sur investissement de 16 dollars pour chaque dollar investi : **Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI)**. Rapport sur la nutrition mondiale 2014. *Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*. Washington, DC : IFPRI, 2014.

1 personne sur 3 souffre de malnutrition : **IFPRI**. Rapport sur la nutrition mondiale 2015. *Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC : IFPRI, 2015.

## Chapitre 1

1. IFPRI. *Global Food Policy Report*. Washington, DC : IFPRI, 2017.
2. Les troubles nutritionnels sérieux sont : le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans  $\geq 20\%$  ; l'anémie chez les femmes en âge de procréer  $\geq 20\%$  ; le surpoids (indice de masse corporelle  $\geq 25$ ) chez les femmes adultes âgées de plus de 18 ans  $\geq 35\%$ .
3. **UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*. 2017 ; **OMS**. Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 (version 3 – mai 2017) : rapport mondial de suivi. 2017a. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017) ; **OMS**. Global Health Observatory data repository: Prevalence of overweight among adults, BMI  $\geq 25$ , age-standardized. Estimates by country, 2017b. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017).
4. **UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale**. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consulté le 15 août 2017) ; **OMS**. Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 (version 3 – mai 2017) : rapport mondial de suivi. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017) ; **UNICEF**, *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. New York : UNICEF, 2016 ; **OMS**. Global Health Observatory data repository : Prevalence of overweight among adults, BMI  $\geq 25$ , age-standardized. Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **Réseau NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)**. « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants ». *The Lancet*, 2016.

387(10027): 1513-1530 ; **NCD-RisC**. « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396 ; **NCD-RisC**. Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **OMS**. Global Health Observatory data repository: Raised fasting blood glucose ( $\geq 7.0$  mmol/L or on medication). Data by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **OMS**. Global Health Observatory data repository: Raised blood pressure (SBP  $\geq 140$  OR DBP  $\geq 90$ ), age-standardized (%). Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **OMS**. Global Health Observatory data repository: Prevalence of obesity among adults, BMI  $\geq 30$ , age-standardized. Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** « Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants ». *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55 ; **OMS**. Global Health Observatory (GHO) data. Overweight and obesity. Adults aged 18+, 2017. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/) (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017) ; **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634.

5. UNICEF. Lutte contre la famine. État d'avancement (11 juillet 2017). New York : UNICEF, 2017.
6. Devi S., « Famine in South Sudan ». *The Lancet*, 2017. 389(10083): 1967-1970.
7. UNICEF. Lutte contre la famine. État d'avancement (11 juillet 2017). New York : UNICEF, 2017.
8. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). « La faim dans le monde augmente de nouveau et réduit à néant des années de progrès ». 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/news/story/fr/item/902514/icode/> (consulté le 18 juillet 2017).
9. FAO, FIDA, Programme alimentaire mondial et OMS. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2017*. Rome : FAO, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/3/a-17695e.pdf> (consulté le 19 septembre 2017).
10. UNICEF. Lutte contre la famine. État d'avancement (11 juillet 2017). New York : UNICEF, 2017.
11. Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres : Stakeholder Forum, 2016.
12. Nations Unies. Résolution 70/1 adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*.
13. (1) supplémentation en micronutriments multiples à toutes les mères ; (2) supplémentation en calcium aux mères susceptibles de présenter des carences ; (3) supplémentation protéino-énergétique équilibrée aux mères ; (4) iodation universelle du sel ; (5) promotion de l'allaitement maternel précoce et exclusif pendant 6 mois et prolongement jusqu'à 24 mois ; (6) éducation adaptée à l'alimentation d'appoint (auprès des populations en situation de sécurité alimentaire) et distribution supplémentaire d'aliments d'appoint (auprès des populations en situation d'insécurité alimentaire) ; (7) supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois ; (8) supplémentation préventive en zinc chez les enfants âgés de 12 à 59 mois ; (9) prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ; (10) prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.
14. Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al. « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? ». *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477.

15. Alliance sur les MNT. *NCDs across the SDGs: A call for an integrated approach*. 2017. Disponible à l'adresse : [https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource\\_files/NCDs\\_Across\\_SDGs\\_English\\_May2017.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDs_Across_SDGs_English_May2017.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
16. **Development Initiatives**. *P20 Initiative: Baseline report*. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives, 2017. Disponible à l'adresse : <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/> (consulté le 15 août 2017), p. 23 ; et voir **UNICEF**. *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*. New York : UNICEF, 2013. Disponible à l'adresse : [www.unicef.org/publications/index\\_71514.html](http://www.unicef.org/publications/index_71514.html) (consulté le 15 août 2017).
17. **Development Initiatives**. *P20 Initiative: Baseline report*. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives, 2017. Disponible à l'adresse : <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/> (consulté le 15 août 2017).
18. **Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al.** « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? ». *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477 ; **Ruel M. T., Alderman H.** « Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? ». *The Lancet*, 2013. 382(9891): 536-551.
19. IFPRI (Gillespie S., Hodge J., Yosef S., Pandya-Lorch R.). *Nourishing Millions: Stories of Change in Nutrition*. Washington, DC : IFPRI, 2016.
20. Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al. « Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative ». *Health Policy and Planning*, 2011, 27(1), 19-31.
21. Ruel M. T., Alderman H. « Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? ». *The Lancet*, 2013. 382(9891): 536-551.
22. FAO. Deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Rapport du secrétariat mixte FAO/OMS de la Conférence, 2015. Disponible à l'adresse : [www.fao.org/3/a-mm531f.pdf](http://www.fao.org/3/a-mm531f.pdf) (consulté le 25 août 2017).
23. OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016. A New Framework for Policy Coherence*. Paris : OCDE, 2016.
24. OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016. A New Framework for Policy Coherence*. Paris : OCDE, 2016.
25. **Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al.** *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres : Stakeholder Forum, 2016 ; **Conseil international pour la science**, *A guide to SDG interactions: From science to implementation*, M. Nilsson (dir.) et al., 2017, Paris : Conseil international pour la science ; **Le Blanc D.**, « Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets ». *Sustainable Development*, 2015. 23(3): 176-187.
26. **OCDE**. *Better Policies for Sustainable Development 2016. A New Framework for Policy Coherence*. Paris : OCDE, 2016 ; **Millennium Institute**. *iSDG Integrated Simulation Tool. Cohérence et intégration des stratégies aux fins de réalisation des objectifs de développement durable*, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.isdgs.org/> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
27. OMS. *Double-duty actions for nutrition: policy brief*, WHO/NMH/NHD/17.2, 2017. Disponible à l'adresse : [www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/) (consulté le 4 septembre 2017).
28. Buse K., Hawkes S., « Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? » *Globalization and Health*, 2015. 11(1): 13.
29. Sahn D. E., Stifel D., « Exploring Alternative Measures of Welfare in the Absence of Expenditure Data ». *Review of Income and Wealth*, 2003. 49(4): 463-489.
30. Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al. *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres : Stakeholder Forum, 2016.
31. OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016. A New Framework for Policy Coherence*. Paris : OCDE, 2016.
32. UK Stakeholders for Sustainable Development (UKSSD) et Bond. *Progressing national SDGs implementation: Experiences and recommendations from 2016*. Londres : Bond, 2016.
33. Forum EAT. Intervention de Sir Bob Geldof à l'occasion du Stockholm Food Forum 2017. Disponible à l'adresse : <http://eatforum.org/article/how-to-create-an-activist-movement-and-initiate-global-change/> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
34. Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies. *Programme de travail de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, 2016-2025*. 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.unscn.org/uploads/web/news/document/UNSCN-Final-Draft-FR.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
35. Ayala A. et Mason Meier B. « A human rights approach to the health implications of food and nutrition insecurity ». *Public Health Reviews*, 2017. 38, 10. DOI : 10.1186/s40985-017-0056-5.
36. **OMS**. *Double-duty actions for nutrition: policy brief*. Genève : WHO/NMH/NHD/17.2, 2017 ; **OMS**. *The double burden of malnutrition: policy brief*. Genève : WHO/NMH/NHD/17.3, 2017.
37. **OMS**. *Double-duty actions for nutrition: policy brief*. Genève : WHO/NMH/NHD/17.2, 2017 ; **OMS**. *The double burden of malnutrition: policy brief*. Genève : WHO/NMH/NHD/17.3, 2017.
38. Votre rapport qualité-prix.

## Chapitre 2

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Introduction: Global Nutrition Targets Policy Brief Series*. 2014. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets\\_policybrief\\_overview.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_policybrief_overview.pdf?ua=1) (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017).
2. OMS. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014.
3. OMS. *Ambition and Action in Nutrition 2016-2025*. Genève : OMS, 2017.
4. OMS. *Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant*. Genève : OMS, 2014.
5. OMS. *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020*. Genève : OMS, 2013.
6. **OMS**. *Introduction: Global Nutrition Targets Policy Brief Series*. 2014. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets\\_policybrief\\_overview.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_policybrief_overview.pdf?ua=1) (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2017) ; **OMS**. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014 ; **Division de statistique des Nations Unies**. Liste révisée des indicateurs mondiaux relatifs aux objectifs de développement durable, mars 2017. *Rapport du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable (E/CN.3/2017/2)*, annexe III, New York : Division de statistique des Nations Unies, 2017.
7. **OMS**. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014 ; **Réseau NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)**. « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530 ; **NCD-RisC**. « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396 ; **Stevens G. A., Finucane M. M., De-Regil L. M. et al.** « 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*, 2013. 1(1): e16-25 ; **OMS**. *Cibles mondiales 2025*. OMS, 2012. Disponible à l'adresse :

- [http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/fr/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/) (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017) ; **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** « Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants ». *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55 ; **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).** *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. New York : UNICEF, 2016.
8. Voir : <http://www.globalnutritionreport.org/the-data/nutrition-country-profiles/>, et pour les données sous-jacentes, voir : <http://www.globalnutritionreport.org/the-data/dataset-and-metadata/>
  9. **UNICEF, OMS, Groupe de la Banque mondiale.** *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consulté le 15 août 2017) ; Stevens G. A., Finucane M. M., De-Regil L. M. et al. « 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*, 2013. 1(1): e16-25 ; **NCD-RisC.** Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1er mai 2017).
  10. OMS/UNICEF, Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM), *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, New York : UNICEF, 2017.
  11. UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consulté le 15 août 2017).
  12. UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consulté le 15 août 2017).
  13. OMS. Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 (version 3 – mai 2017) : cartographie des indicateurs relatifs à l'anémie. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 30 juin 2017).
  14. **OMS.** Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 (version 3 – mai 2017) : cartographie des indicateurs relatifs à l'anémie. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 30 juin 2017) ; **NCD-RisC.** « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396 ; **NCD-RisC.** Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1<sup>er</sup> mai 2017).
  15. **OMS.** Global Health Observatory data repository: Raised fasting blood glucose ( $\geq 7.0$  mmol/L or on medication). Data by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en> (consulté le 1er mai 2017) ; **NCD-RisC.** « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530 ; **NCD-RisC.** Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1er mai 2017).
  16. **OMS.** Global Health Observatory data repository: Raised blood pressure (SBP  $\geq 140$  OR DBP  $\geq 90$ ), age-standardized (%). Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en> (consulté le 1er mai 2017) ; **Zhou B., Bentham J., Di Cesare M. et al.** « Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants ». *The Lancet*, 2017. 389(10064): 37-55 ; **NCD-RisC.** Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1er mai 2017).
  17. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634 ; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** « Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide ». *BMJ Open*, 2013. 3(12).
  18. OMS. *Guideline: Sodium Intakes for Adults and Children*. Genève : OMS, 2012.
  19. **Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al.** « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634 ; **Powles J., Fahimi S., Micha R. et al.** « Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide ». *BMJ Open*, 2013. 3(12).
  20. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI). Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, encadré 2.2.
  21. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2015 : *Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC : IFPRI, 2015.
  22. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, chapitre 8.
  23. Save the Children. Group-based Inequality Database (GRID). Disponible à l'adresse : <https://campaigns.savethechildren.net/grid>
  24. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, encadré 8.2., p. 100.
  25. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, encadré 8.4., p. 107.
  26. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2015 : *Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC : IFPRI, 2015, encadré 9.2., p. 126.
  27. Voir chapitre 9, tableau 9.1, p. 125.
  28. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (GloPAN). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Royaume-Uni : GloPAN, 2016, p. 44.
  29. **Das J. K., Salam R. A., Thornburg K. L. et al.** « Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017. 1393(1): 21-33 ; **Darnton-Hill I., Nishida C., James W. P.** « A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases ». *Public Health Nutrition*, 2004. 7(1a): 101-121.
  30. Rivera J. A., de Cossio T. G., Pedraza L. S. et al. « Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review ». *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2014. 2(4): 321-332.
  31. Bhutta Z. A., Lassi Z. S., Bergeron G. et al. « Delivering an action agenda for nutrition interventions addressing adolescent girls and young women: priorities for implementation and research ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017. 1393(1): 61-71.
  32. Sheehan P., Sweeny K., Rasmussen B. et al. « Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents ». *The Lancet*, 2017.

33. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration. « Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: Findings from the global burden of disease 2013 study ». *JAMA Pediatrics*, 2016. 170(3): 267-287.
34. **Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C. et al.** « Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 ». *The Lancet*, 2017. 390(10100): 1345-1422 ; **Haddad L., Hawkes C., Webb P. et al.** « A new global research agenda for food ». *Nature*, 2016. 540(7631): 30-32.
35. OMS. *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Première partie. Définitions*, 2008. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44144/1/9789242596663\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44144/1/9789242596663_fre.pdf) (consulté le 15 août 2017).
36. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et FHI 360. *Minimum dietary diversity for women: A guide to measurement*. Rome : FAO et FHI 360, 2016.
37. Herforth A., Rzepla A., *Seeking Indicators of Healthy Diets. It Is Time to Measure Diets Globally. How?* Washington, DC : Gallup et Direction suisse du développement et de la coopération, 2016.
38. Vosti S. A., Kagin J., Engle-Stone R., Brown K. H. « An Economic Optimization Model for Improving the Efficiency of Vitamin A Interventions. An application to young children in Cameroon ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2015. 36 (suppl. 3): S193-S207.

## Chapitre 3

1. **Coopman A., Osborne D., Ullah F. et al.** *Seeing the Whole: Implementing the SDGs in an Integrated and Coherent Way*. Londres : Stakeholder Forum, 2016 ; **Le Blanc D.** « Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets ». *Sustainable Development*, 2015. 23(3): 176-187 ; OCDE. *Better Policies for Sustainable Development 2016. A New Framework for Policy Coherence*. Paris : OCDE, 2016. **Millennium Institute.** iSDG Integrated Simulation Tool. Cohérence et intégration des stratégies aux fins de réalisation des objectifs de développement durable, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.isdgs.org/> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
2. Conseil international pour la science, *A guide to SDG interactions: From science to implementation*, M. Nilsson (dir.) et al., 2017, Paris : Conseil international pour la science.
3. Bond et UK Stakeholders for Sustainable Development (UKSSD), *Progressing national SDGs implementation: Experiences and recommendations from 2016, 2016*. Londres : Bond.
4. **Challinor A. J., Watson J., Lobell D. B. et al.** 2014. « A meta-analysis of crop yield under climate change and adaptation ». *Nature Climate Change*, 4(4), 287. **Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al.** 2014. « Increasing CO2 threatens human nutrition ». *Nature*, 510(7503), 139-142. **Myers S. S., Wessells K. R., Kloog I. et al.** « Rising atmospheric CO2 increases global threat of zinc deficiency ». *The Lancet Global Health*, 2015, 3(10), e639. **Myers S. S., Smith M. R., Guth S. et al.** 2017. « Climate change and global food systems: Potential impacts on food security and undernutrition ». *Annual Review of Public Health*, 38, 259-277. **Dieterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al.** 2015. « Impacts of elevated atmospheric CO2 on nutrient content of important food crops ». *Scientific Data*, 2, sdata.2015.36. **Smith M. R., Golden C. D. et Myers S. S.** « Anthropogenic carbon dioxide emissions may increase the risk of global iron deficiency ». *GeoHealth*, 2017. **Marlow H. J., Hayes W. K., Soret S. et al.** « Diet and the environment: does what you eat matter? ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2009. 89(5): 1699s-1703s. **Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).** *Energy-Smart Food for People and Climate.* Issue Paper. Rome : FAO, 2011. **Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE).** *Assessing the Environmental Impacts of Production and Consumption: A Report of the Working Group on the Environmental Impacts of Products and Materials to the International Panel for Sustainable Resource Management*. Genève : PNUE, 2010. **Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (Division de la population).** *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights (ST/ESA/SER.A/352)*. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2014. **Ruel M., Garrett J., Yosef S.** « Food Security and Nutrition: Growing Cities, New Challenges ». *Global Food Policy Report 2017*. Washington, DC : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), 2017 ; **Hawkes C., Harris J. et Gillespie S.** « Changing diets: urbanization and the nutrition transition ». *Global Food Policy Report 2017*. Washington, DC : IFPRI. **Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. et Walters D.** *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Washington, DC : Banque mondiale, 2016. **Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (GloPAN).** *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Royaume-Uni : Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, 2016. **IFPRI.** Rapport sur la nutrition mondiale 2014. *Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*. Washington, DC : IFPRI, 2014, 8-9. **Black R. E., Victora C. G., Walker S. P. et al.** « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries ». *The Lancet*, 2013. 382(9890): 427-451. **Alderman H., Headley D. D.** « How Important is Parental Education for Child Nutrition? ». *World Development*, 2017. 30(94): 448-464. **Webb P., Block S.** « Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition ». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2012. 109(31): 12310 **Horton S., Steckel R. H.** « Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900-2000 and projections to 2050 ». In : B. Lomborg (dir.), *How much have global problems cost the world? A scorecard from 1900 to 2050*. New York : Cambridge University Press, 2013. **Hoddinott J., Maluccio J. A., Behrman J. R. et al.** « Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults ». *The Lancet*, 2008. 371(9610): 411-416. **Chan H. S., Knight C., Nicholson M.** « Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review ». *Health Education Research*, 2017. 32(1), 48-57. **FAO.** *Paix et sécurité alimentaire – Investir dans la résilience pour soutenir les moyens d'existence en milieu rural en situation de conflit*. FAO : Rome, 2016.
5. Marlow H. J., Hayes W. K., Soret S. et al. « Diet and the environment: does what you eat matter? ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2009. 89(5): 1699s-1703s.
6. FAO. FAOSTAT : Utilisation des terres, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/faostat/fr/#data/RL> (consulté le 18 juillet 2017).
7. FAO. *Energy-Smart Food for People and Climate. Issue Paper*. Rome : FAO, 2011.
8. PNUE. *Assessing the Environmental Impacts of Production and Consumption: A Report of the Working Group on the Environmental Impacts of Products and Materials to the International Panel for Sustainable Resource Management*. Genève : PNUE, 2010.
9. Ranganathan J., Vennard D., Waite R. et al. *Shifting Diets for a Sustainable Food Future: Creating a Sustainable Food Future*. Document de travail n° 11. Washington, DC : World Resources Institute, 2016. Disponible à l'adresse : [www.wri.org/sites/default/files/Shifting\\_Diets\\_for\\_a\\_Sustainable\\_Food\\_Future\\_0.pdf](http://www.wri.org/sites/default/files/Shifting_Diets_for_a_Sustainable_Food_Future_0.pdf).
10. **Dewey K. G. et Adu-Afarwah S.** « Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries ». *Maternal & Child Nutrition*, 2008, 4(s1), 24-85 ; **Zeisel, S. H. et Da Costa K. A.** « Choline: an essential nutrient for public health ». *Nutrition Reviews*, 2009. 67(11), 615-623.

11. Ranganathan J., Vennard D., Waite R. et al. Shifting Diets for a Sustainable Food Future: Creating a Sustainable Food Future. Document de travail n° 11. Washington, DC : World Resources Institute, 2016. Disponible à l'adresse : [www.wri.org/sites/default/files/Shifting\\_Diets\\_for\\_a\\_Sustainable\\_Food\\_Future\\_0.pdf](http://www.wri.org/sites/default/files/Shifting_Diets_for_a_Sustainable_Food_Future_0.pdf) ; Whitmee S., Haines A., Beyere C. et al. 2015. « Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: « Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health ». *The Lancet*, 386(10007), 1973-2028 ; Tilman D. et Clark M. « Global diets link environmental sustainability and human health ». *Nature*, 2014, 515(7528), 518-522.
12. World Cancer Research Fund International. *Colorectal cancer*. Disponible à l'adresse : <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports/colorectal-bowel-cancer> (consulté le 13 septembre 2017).
13. Challinor A. J., Watson J., Lobell D. B. et al. 2014. « A meta-analysis of crop yield under climate change and adaptation ». *Nature Climate Change*, 4(4), 287.
14. Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al. « Increasing CO2 threatens human nutrition ». *Nature*, 2014, 510(7503): 139-142 ; Dietterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al. « Impacts of elevated atmospheric CO2 on nutrient content of important food crops ». *Scientific Data*, 2, DOI : 10.1038/sdata.2015.36.
15. Myers S. S., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2014. « Increasing CO2 threatens human nutrition ». *Nature*, 510(7503), 139-142 ; Myers S. S., Smith M. R., Guth S. et al. 2017. « Climate change and global food systems: Potential impacts on food security and undernutrition ». *Annual Review of Public Health*, 38, 259-277 ; Dietterich L. H., Zanobetti A., Kloog I. et al. 2015. « Impacts of elevated atmospheric CO2 on nutrient content of important food crops ». *Scientific Data*, 2, DOI : 10.1038/sdata.2015.36. Smith M. R., Golden C. D. et Myers S. S. « Anthropogenic carbon dioxide emissions may increase the risk of global iron deficiency ». *GeoHealth*, 2017 ; Myers S. S., Wessells K. R., Kloog I. et al. « Rising atmospheric CO2 increases global threat of zinc deficiency ». *The Lancet Global Health*, 2015, 3(10), p.e639.
16. Cheung W. W. L., Lam V. W. Y., Sarmiento J. L. et al. « Large-scale redistribution of maximum fisheries catch potential in the global ocean under climate change ». *Global Change Biology*, 2010, 16(1): 24-35.
17. Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale. *Sustainable fisheries and aquaculture for food security and nutrition*. Rome : Comité de la sécurité alimentaire mondiale, 2014.
18. Swanson D., Block R. et Mousa S. A. « Omega-3 fatty acids EPA and DHA: health benefits throughout life ». *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 2012, 3(1), 1-7 ; Imhoff-Kunsch B., Briggs V., Goldenberg T. et Ramakrishnan U. « Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid intake during pregnancy on maternal, infant, and child health outcomes: a systematic review ». *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012, 26, suppl. 1, 91-107 ; Virtanen J. K., Mozaffarian D., Chiuve S. E. et Rimm E. B. « Fish consumption and risk of major chronic disease in men ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 88(6), 1618-1625.
19. Comité pour un cadre d'évaluation des effets du système alimentaire sur la santé, l'environnement et la société. *A Framework for Assessing Effects of the Food System*. « Annex 1. Dietary Recommendations for Fish Consumption ». 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305180/> (consulté le 7 septembre 2017).
20. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. « Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis ». *The Lancet Planetary Health*, 2017, 1(1): e33-e42.
21. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. « Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis ». *The Lancet Planetary Health*, 2017, 1(1): e33-e42.
22. Jones A. D. « On-Farm Crop Species Richness is Associated with Household Diet Diversity and Quality in Subsistence- and Market-Oriented Farming Households in Malawi ». *The Journal of Nutrition*, 2017, 147(1): 86-96.
23. Remans R., DeClerck F. A. J., Kennedy G. et Fanzo J. « Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time ». *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2015, 112(45): E6082.
24. Hawkes C., Friel S., Lobstein T. et Lang T., « Linking agricultural policies with obesity and noncommunicable diseases: A new perspective for a globalising world ». *Food Policy*, 2012, 37(3): 343-353.
25. Herrero M., Thornton P. K., Power B. et al. « Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis ». *The Lancet Planetary Health*, 2017, 1(1): e33-e42.
26. Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. et Walters D. *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Washington, DC : Banque mondiale, 2016 ; **Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (GloPAN)**. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Royaume-Uni : GloPAN.
27. IFPRI. *Rapport sur la nutrition mondiale 2014. Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*. Washington, DC : IFPRI, 2014, 8-9.
28. Ministère des Finances de l'Inde, *Enquête économique 2015-2016*, citée dans Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI). *Rapport sur la nutrition mondiale 2016. Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, p. 3.
29. **World Economics**. *Global Growth Tracker*, 2016. Disponible à l'adresse : [http://www.worlddeconomics.com/papers/Global Growth Monitor\\_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper](http://www.worlddeconomics.com/papers/Global Growth Monitor_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper) (consulté en mars 2016) ; Horton S., Steckel R. H. « Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900–2000 and projections to 2050 ». In : B. Lomborg (dir.), *How much have global problems cost the earth? A scorecard from 1900 to 2050*. New York : Cambridge University Press, 2013.
30. Sonntag D., Ali S., De Bock F. « Lifetime indirect cost of childhood overweight and obesity: A decision analytic model ». *Obesity*, 2016, 24(1): 200-206.
31. Su W., Huang J., Chen F. et al. « Modeling the clinical and economic implications of obesity using microsimulation ». *Journal of Medical Economics*, 2015, 18(11), 886-897.
32. Liu X., Zhu C. « Will Knowing Diabetes Affect Labor Income? Evidence from a Natural Experiment ». *Economics Letters*, 2014, 124(1): 74-78.
33. **GloPAN**. *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres, Royaume-Uni : GloPAN, 2016.
34. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Sécurité sanitaire des aliments*. Aide-mémoire n° 399, version de décembre 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/fr/> (consulté le 30 mai 2017).
35. Caulfield L. E., de Onis M., Blössner M. et Black R. E. « Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80(1), 193-198.
36. Unnevehr L. J. et Grace D. (dir.). 2013. *Aflatoxins: Finding solutions for improved food safety*. 2020 Vision Focus 20. Washington, DC : IFPRI.
37. Neff R. A., Kanter R. et Vandevijvere S., « Reducing food loss and waste while improving the public's health ». *Health Affairs*, 2015, 34(11), 1821-1829.
38. Gustavson J., Cederberg C., Sonesson U. et al. « Global food losses and food waste ». Rome : FAO, 2011.

39. Parfitt J., Barthel M. et Macnaughton S. « Food waste within food supply chains: quantification and potential for change to 2050. Philosophical Transactions of the Royal Society of London ». *Biological Sciences*, 2010. 365(1554), 3065-3081.
40. Gustavsson J., Cederberg C., Sonesson U. et al. « Global food losses and food waste ». Rome : FAO, 2011.
41. Kader A. « Increasing food availability by reducing post-harvest losses of fresh produce ». *Acta Horticulturae*, 2005. 682, 2169-2175.
42. FAO. *Energy-Smart Food for People and Climate. Issue Paper*. Rome : FAO, 2011.
43. OMS. *The double burden of malnutrition: policy brief*. Genève : OMS, 2017.
44. Jeuland M. A., Pattanayak S. K. « Benefits and costs of improved cookstoves: assessing the implications of variability in health, forest and climate impacts ». *PLoS One*, 2012. 7(2): e30338.
45. **Bentley A., Das S., Alcock G. et al.** « Malnutrition and infant and young child feeding in informal settlements in Mumbai, India: findings from a census ». *Food Science & Nutrition*, 2015. 3(3), 257-271 ; **Singh A., Gupta V., Ghosh A. et al.** « Quantitative estimates of dietary intake with special emphasis on snacking pattern and nutritional status of free living adults in urban slums of Delhi: impact of nutrition transition ». *BMC nutrition*, 2015. 1(1), 22 ; **Demilew Y. M., Tafere T. E. et Abitew D. B.** « Infant and young child feeding practice among mothers with 0–24 months old children in Slum areas of Bahir Dar City, Ethiopia ». *International Breastfeeding Journal*, 2017. 12(1), 26.
46. **Hunter-Adams J., Yongsu B. N., Dzasi K. et al.** « How to address non-communicable diseases in urban Africa ». *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2017 ; **Khusun H. et Fahmida U.** « Dietary patterns of obese and normal-weight women of reproductive age in urban slum areas in Central Jakarta ». *British Journal of Nutrition*, 2016. 116(S1), S49-S56 ; **Gupta V., Downs S. M., Ghosh-Jerath S. et al.** « Unhealthy fat in street and snack foods in low-socioeconomic settings in India: a case study of the food environments of rural villages and an urban slum ». *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2016. 48(4), 269-279.
47. **Ruel M., Garrett J., Yosef S.** « Food Security and Nutrition: Growing Cities, New Challenges ». *Global Food Policy Report 2017*. Washington, DC : IFPRI, 2017 ; et **Hawkes C., Harris J. et Gillespie S.** « Changing diets: urbanization and the nutrition transition ». *Global Food Policy Report 2017*. Washington, DC : IFPRI, 2017.
48. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (Division de la population). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights (ST/ESA/SER.A/352)*. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2014.
49. IPES-Food. *What makes urban food policy happen? Insights from five case studies*, 2017. Groupe international d'experts sur les systèmes alimentaires durables. Disponible à l'adresse : [http://www.ipes-food.org/images/Reports/Cities\\_full.pdf](http://www.ipes-food.org/images/Reports/Cities_full.pdf) (consulté le 13 septembre 2017).
50. OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Progress on Sanitation and Drinking Water: 2015 update and MDG assessment*. Programme conjoint OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, 2015. Genève : OMS et New York : UNICEF.
51. Prüss-Üstün A., Bos R., Gore F. et Bartram J. *Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*. Genève : OMS, 2008.
52. REACH. *Country Diagnostic Report, Bangladesh*. Document de travail REACH n° 1. Oxford, Royaume-Uni : université d'Oxford, 2015.
53. Conseil pour le développement agricole et rural du Royaume du Cambodge. *National Strategy for Food Security and Nutrition (2014-2018)*, 2014. Disponible à l'adresse : [http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/\\_20160707\\_093107\\_.pdf](http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/_20160707_093107_.pdf) (consulté le 7 septembre 2017).
54. WaterAid Cambodge. *Study on WASH-Nutrition barriers and potential solutions*, 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA-Cambodia-study-on-WaSH-nutrition-barriers-solutions.pdf> (consulté le 7 septembre 2017).
55. Banque mondiale. *Precarious Progress: A Diagnostic on Water, Sanitation, Hygiene, and Poverty in Bangladesh*, 2017. WASH Poverty Diagnostic. Washington, DC : Banque mondiale.
56. Grantham-McGregor S., Cheung Y. B., Cueto S. et al. « Development potential in the first 5 years of children in developing countries ». *The Lancet*, 2007. 369(9555), 60-70.
57. UNICEF. *Améliorer la nutrition de l'enfant : un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial*, 2013.
58. OMS. « Childhood Stunting: A Global Perspective ». *Maternal and Child Nutrition*, 2016. 12, 12-26.
59. Institut national de statistique, Direction générale de la santé et ICF International. *Enquête démographique et de santé 2014 du Cambodge*, 2015. Phnom Penh, Cambodge et Rockville, Maryland, États-Unis.
60. Institut national de statistique. *Enquête socio-économique 2014 du Cambodge*, 2015. Phnom Penh, Cambodge et Rockville, Maryland, États-Unis.
61. 65 % en 2014.
62. Prak S., Dahl M. I., Oeurn S. et al. « Breastfeeding trends in Cambodia, and the increased use of breastmilk substitute – why is it a danger? ». *Nutrients*, 2014. 6(7), 2920-2930.
63. Institut national de statistique. *Enquête socio-économique 2014 du Cambodge*, 2015. Phnom Penh, Cambodge et Rockville, Maryland, États-Unis.
64. Conseil pour le développement agricole et rural du Royaume du Cambodge, *National Strategy for Food Security and Nutrition (2014-2018)*, 2014. Disponible à l'adresse : [http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/\\_20160707\\_093107\\_.pdf](http://foodsecurity.gov.kh/assets/uploads/media/_20160707_093107_.pdf) (consulté le 7 septembre 2017).
65. WaterAid Cambodge. *Study on WASH-Nutrition barriers and potential solutions*. 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.wateraid.org/~media/Publications/WA-Cambodia-study-on-WaSH-nutrition-barriers-solutions.pdf> (consulté le 7 septembre 2017).
66. Conseil international pour la science. *A guide to SDG interactions: From science to implementation*, M. Nilsson (dir.) et al., 2017, Paris : Conseil international pour la science.
67. Black R. E., Allen L. H., Bhutta Z. A. et al. et Groupe d'étude sur la sous-alimentation maternelle et infantile. « Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences ». *The Lancet*, 2008. 371(9608), 243-260.
68. UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2013. Les enfants handicapés*. New York : UNICEF, 2013.
69. Black R. E., Levin C., Walker N. et al. « Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition ». *The Lancet*, 2016. 388(10061): 2811-2824.
70. **Kothari M.** « Global Nutrition Report 2016 Supplementary Dataset. Demographic and Health Survey intervention coverage data: percentage of children and pregnant women who received various essential nutrition interventions as reported in the DHS surveys conducted between 2000–2015 ». Washington DC, 2016 ; **UNICEF**. Bases de données mondiales (2016) tirées d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples, d'enquêtes démographiques et de santé, et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale. Disponibles à l'adresse : <http://data.unicef.org> (consultées le 1<sup>er</sup> juillet 2017).

71. OMS. Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/elena/fr/>.
72. Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al. « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? ». *The Lancet*, 2013. 382(9890), 452-477.
73. Watkins D., Nugent R. « Setting priorities to address cardiovascular diseases through universal health coverage in low- and middle-income countries ». *Heart Asia*, 2017.
74. **Prabhakar et al.** (à paraître). « Disease Control Priorities ». 3<sup>e</sup> édition, vol. 5, *The Lancet*, 2018 ; **Banque mondiale**. Universal Health Coverage Study Series (UNICO), 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
75. OMS. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*. Genève : OMS, 2015.
76. Banque mondiale. Universal Health Coverage Study Series (UNICO), 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> (consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2017).
77. Gaziano T. A., Abrahams-Gessel S., Denman C. A. et al. « An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa: an observational study ». *The Lancet Global Health*, 2015. 3(9): e556-e563.
78. Chan H. S., Knight C., Nicholson M. « Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review ». *Health Education Research*, 2017. 32(1), 48-57.
79. **Jukes M. et al.** « Nutrition and Education ». Note d'information n° 2 de la série *Nutrition: A Foundation for Development*. Genève, Suisse : Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies ; **Maluccio J. et al.** 2009. « The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults ». *Economic Journal*, 119 (537), 734-763 ; et **OMS**, 2013. « La carence en iode peut-elle réellement provoquer des lésions cérébrales? ». Questions-réponses sur la santé, OMS, actualisé en mai 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/features/qa/17/fr/>.
80. **Chan H. S., Knight C., Nicholson M.** « Association between dietary intake and 'school-valued' outcomes: a scoping review ». *Health Education Research*, 2017, 32(1), 48-57 ; **Henriksson P., Cuenca-García M., Labayan I. et al.** « Diet quality and attention capacity in European adolescents: the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) study ». *The British Journal of Nutrition*, 2017. 117(11), 1587-1595.
81. Alderman H., Hoddinott J. et Kinsey B. « Long term consequences of early childhood malnutrition ». *Oxford Economic Papers*, 2006. 58(3), 450-474.
82. **Gates M. F.** « Putting women and girls at the center of development ». *Science*. 2014. 345(6202), 1273-1275 ; **Taukobong H. F., Kincaid M. M., Levy J. K. et al.** « Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? ». *Health Policy and Planning*, 2016. 31(10), 1492-1514 ; **Patton G. C., Sawyer S. M., Santelli J. S. et al.** « Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing ». *The Lancet*. 2016, 387(10036), 2423-2478.
83. Alderman H., Headey D. D. « How Important is Parental Education for Child Nutrition? ». *World Development*, 2017. 30(94): 448-464.
84. UNICEF. *Primary Education: Current Status + Progress. Gender Equality*. Septembre 2016. Disponible à l'adresse : <https://data.unicef.org/topic/education/primary-education/> (consulté le 30 mai 2017).
85. Organisation internationale du Travail (OIT). C183 – Convention (n° 183) sur la protection de la maternité. Genève : OIT, 2000.
86. OIT. *Maternity and paternity at work: law and practice across the world*. Genève : OIT, 2014.
87. OMS. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : OMS, 2003.
88. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. D. et al. « Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect ». *The Lancet*, 2016. 387(10017), 475-490.
89. Voir par exemple **Sraboni E., Malapit H. J., Quisumbing A. R. et Ahmed A. U.** « Women's Empowerment in Agriculture: What Role for Food Security in Bangladesh? ». *World Development*, 2014. 61: 11-52.
90. Healthy Eating Advisory Service. Disponible à l'adresse : <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/guidelines> (consulté le 7 septembre 2017).
91. Healthy Eating Advisory Service. Disponible à l'adresse : <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/case-studies/alfred-health>
92. Healthy Eating Advisory Service. Disponible à l'adresse : <http://heas.health.vic.gov.au/healthy-choices/case-studies/alfred-health-sugary-drink-trials>
93. **Huse O., Blake M. R., Brooks R. et al.** « The effect on drink sales of removal of unhealthy drinks from display in a self-service café ». *Public Health Nutrition*, 2016. 19(17), 3142-3145.
94. Development Initiatives. *P20 Initiative: Baseline report*. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives, 2017. Disponible à l'adresse : <http://devinit.org/post/p20-initiative-data-to-leave-no-one-behind/#> (consulté le 2 septembre 2017).
95. **Richter L. M., Daelmans B., Lombardi J. et al.** « Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development ». *The Lancet*. 2017. 389(10064), 103-118.
96. **Grantham-McGregor S., Cheung Y. B., Cueto S. et al.** « Development potential in the first 5 years of children in developing countries ». *The Lancet*, 2007. 369(9555): 60-70.
97. **Horton S., Steckel R. H.** « Malnutrition. Global economic losses attributable to malnutrition 1900–2000 and projections to 2050 ». In : **B. Lomborg (dir.)**, *How much have global problems cost the earth? A scorecard from 1900 to 2050*. New York : Cambridge University Press, 2013.
98. **Hoddinott J., Maluccio J. A., Behrman J. R. et al.** « Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults ». *The Lancet*, 2008. 371(9610): 411-416.
99. **Webb P., Block S.** « Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition ». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2012. 109(31): 12310.
100. **Devaux M., Sassi F., Church J. et al.** « Exploring the Relationship Between Education and Obesity ». *OECD Journal: Economic Studies*, 2011. 1. Disponible à l'adresse : [http://dx.doi.org/10.1787/eco\\_studies-2011-5kg5825v1k23](http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-2011-5kg5825v1k23) (consulté le 7 septembre 2017) ; **Australian Institute of Health and Welfare**. « Impact of overweight and obesity as a risk factor for chronic conditions: Australian Burden of Disease Study ». Série *Australian Burden of Disease Study*, n° 11. Réf. cat. : BOD 12. Canberra : Australian Institute for Health, 2017 ; **OMS, Bureau régional de l'Europe**. *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, 2017.
101. **Di Cesare M., Khang Y. H., Asaria P. et al.** « Inequalities in non-communicable diseases and effective responses ». *The Lancet*. 2013, 381(9866), 585-597 ; **Monteiro C. A., Conde W. L., Lu B. et Popkin B. M.** « Obesity and inequities in health in the developing world ». *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004. 28(9), 1181-1186 ; **McLaren L.** « Socioeconomic Status and Obesity ». *Epidemiologic reviews*. 2007 ; 29, 29-48.

102. Jones-Smith J. C., Gordon-Larsen P., Siddiqi A. et Popkin B. M. « Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008) ». *International Journal of Obesity*, 2012. 36 : 1114-1120 ; Jones-Smith J. C., Gordon-Larsen P., Siddiqi A. et Popkin B. M. « Cross-national comparisons of time trends in overweight inequality by socioeconomic status among women using repeated cross-sectional surveys from 37 developing countries, 1989-2007 ». *American Journal of Epidemiology*, 2011. 173: 667-675.
103. Allen L., Williams J., Townsend N. et al. « Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review ». *The Lancet Global Health*, 2017. 5(3), e277-e289.
104. Webb P., Block S. « Support for agriculture during economic transformation: Impacts on poverty and undernutrition ». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2012. 109(31): 12309-12314.
105. FAO. Voices of the Hungry. Voir : <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fr/#.WdzTulZJlwc>
106. Ghattas H. « Food security and nutrition in the context of the nutrition transition ». Document technique. FAO, Rome, 2014 ; **Food Research and Action Center**. *Understanding the Connections: Food Insecurity and Obesity*, 2015. Disponible à l'adresse : [http://frac.org/wp-content/uploads/frac\\_brief\\_understanding\\_the\\_connections.pdf](http://frac.org/wp-content/uploads/frac_brief_understanding_the_connections.pdf) (consulté le 7 septembre 2017).
107. FAO. Voices of the Hungry. Voir : <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fr/#.WdzTulZJlwc>
108. Messer E., Cohen M. J., Marchione T. « Conflict: A Cause and Effect of Hunger ». *Environmental Change and Security Project Report*, n° 7, Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2001.
109. Messer E., Cohen M. J., Marchione T. « Conflict: A Cause and Effect of Hunger ». *Environmental Change and Security Project Report*, n° 7, Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2001.
110. Messer E. « Rising food prices, social mobilizations, and violence: Conceptual issues in understanding and responding to the connections linking hunger and conflict ». *Annals of Anthropological Practice*, 2009. 32(1): 12-22 ; Lagi M., Bertrand K. Z., Yaneer B. M. *The Food Crises and Political Instability in North Africa and the Middle East*. Cambridge, Massachusetts, États-Unis : New England Complex Systems Institute, 2011.
111. Assessment Capacities Project (ACAPS). *Famine Northeast Nigeria, Somalia, South Sudan, and Yemen: Final Report*. Genève : ACAPS, 2017.
112. De Waal A. « Conflits armés et le défi de la faim : une issue est-elle envisageable ? ». *Indice de la faim dans le monde 2015*. Washington, DC : IFPRI, 2015 ; OCDE. *Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires*. Paris : OCDE, 2007 ; FAO, **Fonds international de développement agricole (FIDA)**. *Food insecurity in protracted crises: An overview*. Rapport du Forum d'experts de haut niveau sur l'insécurité alimentaire dans les situations de crise prolongée. Rome : FAO et FIDA, 2012 ; Brinkman H. et Hendrix C. *Food insecurity and violent conflict: Causes, consequences, and addressing the challenges*. Programme alimentaire mondial, 2011.
113. FAO. *Paix et sécurité alimentaire – Investir dans la résilience pour soutenir les moyens d'existence en milieu rural en situation de conflit*. FAO : Rome, 2016.
114. Quinn J., Zeleny T., Bencko V. « Food Is Security: The Nexus of Health Security in Fragile and Failed States ». *Food and Nutrition Sciences*, 2014. 5(19): 1828.
115. Pinstrup-Andersen P., Shimokawa S. « Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset? ». *Food Policy*, 2008. 33(6): 513-520.
116. IFPRI. *Global Food Policy Report 2014-2015*. Washington, DC : IFPRI, 2015.
117. Grijalva-Eternod C. S., Wells J. C., Cortina-Borja M. et al. « The double burden of obesity and malnutrition in a protracted emergency setting: a cross-sectional study of Western Sahara refugees ». *PLoS Medicine*, 2012 9(10), e1001320.
118. Brinkman H. et Hendrix C. *Food insecurity and violent conflict: Causes, consequences, and addressing the challenges*. Programme alimentaire mondial, 2011 ; Quinn J., Zeleny T. et Bencko V. « The Nexus of Health Security in Fragile and Failed States ». *Food and Nutrition Sciences*, 2014, 5: 1828-1842 ; et Hendrix C. S. *When Hunger Strikes: How Food Security Abroad Matters for National Security at Home*. The Chicago Council on Global Affairs : Chicago, Illinois, États-Unis, 2016.
119. Breisinger C., Ecker O. et Trinh Tan J. F. « How Do We Break the Links? » In *Global Food Policy Report 2014-2015*. Washington, DC : International Food Policy Research Institute (IFPRI). Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295759>.
120. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016, p. 5.
121. Forum politique de haut niveau pour le développement durable. *2017 HLPF Thematic review of SDG2: End hunger, achieve food security and improved nutrition, and promote sustainable agriculture*, 2017. Disponible à l'adresse : [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14371SDG2\\_format.revised\\_FINAL\\_28\\_04.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14371SDG2_format.revised_FINAL_28_04.pdf) (consulté le 28 mai 2017).

## Chapitre 4

1. Buse K., Hawkes S., « Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? » *Globalization and Health*, 2015. 11(1): 13.
2. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI). Rapport sur la nutrition mondiale 2016. *Des promesses aux impacts : Éliminer la malnutrition d'ici 2030*. Washington, DC : IFPRI, 2016.
3. La section relative aux investissements a été préparée par le secrétariat du Mouvement pour le renforcement de la nutrition, sous la direction de Patrizia Fracassi et William Knechtel. Les données sont extraites de l'analyse budgétaire nationale réalisée par les équipes de pays. Cet exercice d'analyse est volontaire et dirigé par les pays. La méthodologie utilisée s'appuie sur des travaux réalisés en collaboration avec Clara Picanyol, Robert Greener, Amanda Pomeroy, Mary D'Alimonte, Richard Watts, Aurora Gary et Komal Bhatia.
4. Banque mondiale (Shekar M., Kakietek J., Dayton Eberwein J., Walters D.). *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement – Développement humain. Washington, DC : Banque mondiale, 2017.
5. Cette analyse exclut l'État du Maharashtra (Inde), le Libéria, la Côte d'Ivoire et le Niger, en raison de difficultés liées aux dépenses publiques générales.
6. Le cadre d'investissement pour la nutrition indique les coûts unitaires des interventions en vue d'atteindre les cibles. Il estime également la part des dépenses publiques octroyées aux programmes de nutrition à partir de différentes sources (Shekar et al., 2017). Surtout, il précise quelles sont les interventions incluses dans les estimations. Document intégral : Groupe de la Banque mondiale (Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. D., Walters D. et al.). *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale, 2017. DOI : 10.1596/978-1-4648-1142-5. Disponible à l'adresse : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/9781464811425.pdf?sequence=23&isAllowed=y> (consulté le 17 août 2017).

7. Cette analyse s'inspire de : Groupe de la Banque mondiale (Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. D., Walters D. et al.). *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale, 2017. DOI : 10.1596/978-1-4648-1142-5. Disponible à l'adresse : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/9781464811425.pdf?sequence=23&isAllowed=y> (consulté le 17 août 2017).
8. La part de 17 % octroyée à la nutrition dans l'agriculture est relative à celle des autres secteurs et non au budget de l'agriculture. Les typologies de programme suivantes ont été prises en compte : sécurité alimentaire, services agricoles, sécurité sanitaire des aliments, développement rural, élevage, pêche et autres productions (notamment les fruits et légumes). Elles sont conformes aux codes utilisés par le Système de notification des pays créanciers, ainsi qu'aux contenus utilisés par la FAO pour élaborer sa propre méthodologie.
9. Cette section a été préparée par Jordan Beecher, de Development Initiatives.
10. Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE. *Codes-objet : classification sectorielle*. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/codes-objetclassificationsectorielle.htm> (consulté le 11 septembre 2017).
11. D'Alimonte M., Heung S. et Hwang C. « Tracking Funding for Nutrition: Improving how aid for nutrition is reported and monitored ». *Results for Development*, 2016. Disponible à l'adresse : [http://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D\\_TrackingAid4Nutrition-final.pdf](http://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D_TrackingAid4Nutrition-final.pdf) (consulté le 15 août 2017).
12. OCDE. *First-Ever Comprehensive Data on Aid for Climate Change Adaptation*. 2011. Disponible à l'adresse : <https://www.oecd.org/dac/stats/49187939.pdf> (consulté le 15 août 2017) ; OCDE. *Statistiques sur les apports de ressources aux pays en développement*. 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/statistiquesurlesapportsderessourcesauxpaysendveloppement.htm> (consulté le 15 août 2017).
13. Groupe de travail du CAD de l'OCDE sur les statistiques du financement du développement. *Adjusting purpose codes and policy markers in light of the SDGs: Proposal on noncommunicable diseases*, 2017, p. 5. Disponible à l'adresse : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT\(2017\)17&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT(2017)17&docLanguage=En) (consulté le 30 août 2017).
14. Groupe de la Banque mondiale (Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. D., Walters D. et al.). *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale, 2017. DOI : 10.1596/978-1-4648-1142-5. Disponible à l'adresse : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/9781464811425.pdf?sequence=23&isAllowed=y> (consulté le 17 août 2017).
15. La liste des pays du CAD est disponible à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/lesmembresducad.htm>.
16. En appliquant le taux de change du Internal Revenue Service : <https://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates>.
17. Nations Unies. Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement, 2015. Disponible à l'adresse : [http://unctad14.org/Documents/ares69d313\\_fr.pdf](http://unctad14.org/Documents/ares69d313_fr.pdf) (consulté le 30 août 2017).
18. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Taxes on sugary drinks: Why do it?* 2016. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250303/1/WHO-NMH-PND-16.5-eng.pdf> (consulté le 30 août 2017).
19. L'« aide au développement » correspond ici aux ressources transférées par les agences de développement (notamment les organisations philanthropiques privées) aux pays à revenu faible et intermédiaire. Elle a donc une portée plus générale que l'« aide publique au développement (APD) », octroyée par les seuls membres du CAD de l'OCDE.
20. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage*. Seattle, Washington, États-Unis : IHME, 2017.
21. Bloomberg Philanthropies. *Obesity prevention: Supporting strong policies to halt rising rates of obesity*, 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.bloomberg.org/program/public-health/obesity-prevention/> (consulté le 15 août 2017).
22. Groupe de la Banque mondiale (Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. D., Walters D. et al.). *Un cadre d'investissement pour la nutrition : Atteindre les cibles mondiales en matière de retard de croissance, d'anémie, d'allaitement maternel et d'émaciation*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale, 2017. DOI : 10.1596/978-1-4648-1142-5. Disponible à l'adresse : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/9781464811425.pdf?sequence=23&isAllowed=y> (consulté le 17 août 2017).
23. Cochero M. A., Popkin B. M., Rivera J. A., Ng S. W. « Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study ». *The BMJ*, 2016. 352: h6704 ; Cochero M. A., Rivera-Dommarco J., Popkin B. M., Ng S. W. « In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax ». *Health Affairs*, 2017. 10-377.
24. OMS. Mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, 2016. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/final\\_5\\_1with\\_annexes6may16.pdf?ua=1](http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/final_5_1with_annexes6may16.pdf?ua=1) (consulté le 30 août 2017).
25. OCDE. *Coopération pour le développement 2014 : Mobiliser les ressources au service du développement durable*. Éditions de l'OCDE. Disponible à l'adresse : [http://www.oecd-ilibrary.org/development/cooperation-pour-le-developpement-2014\\_dcr-2014-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/development/cooperation-pour-le-developpement-2014_dcr-2014-fr) (consulté le 30 août 2017).

## Chapitre 5

1. Gouvernement du Royaume-Uni. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. 2013. Disponible à l'adresse : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf) (consulté le 28 mai 2017).
2. Pour en savoir plus sur les engagements N4G, consultez les Rapports sur la nutrition mondiale 2014, 2015 et 2016. L'encadré 4.1 (p. 34) du rapport 2016 détaille les engagements en faveur de la nutrition pour la croissance pris par chaque partie prenante.
3. De nombreux engagements ne font l'objet d'aucun rapport. En l'absence de compte rendu, il est possible que certains progrès soient en fait « en mauvaise voie » ou « pas clairs ».
4. Site Internet du Rapport sur la nutrition mondiale, 2017. <http://www.globalnutritionreport.org/>
5. Ces chiffres ont été directement communiqués par les donateurs. Dans ce chapitre, les informations relatives aux donateurs proviennent de la base de données du CAD de l'OCDE. Il est donc possible que les données de cette dernière et des donateurs présentent certains écarts.
6. Pour une analyse plus détaillée des investissements des donateurs spécifiques à la nutrition ou y contribuant, voir le chapitre 4.

7. Gouvernement du Royaume-Uni. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. 2013. Disponible à l'adresse : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf) (consulté le 28 mai 2017).
8. Voir : [www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates](http://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates) (consulté le 17 août 2017).
9. Commission européenne (ICF International). *Monitoring the activities of the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health: Annual Report 2016*. Version de mai 2016. 2016. Disponible à l'adresse : [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/2016\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf) (consulté le 28 mai 2017).
10. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI). Rapport sur la nutrition mondiale. *How to Make SMART Commitments to Nutrition Action*. Version de mars 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.globalnutritionreport.org/files/2016/03/SMART-guideline-GNR-2016.pdf> (consulté le 28 mai 2017).
11. IFPRI. Rapport sur la nutrition mondiale. *How to Make SMART Commitments to Nutrition Action*. Version de mars 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.globalnutritionreport.org/files/2016/03/SMART-guideline-GNR-2016.pdf> (consulté le 28 mai 2017).
12. World Cancer Research Fund International/Alliance sur les MNT. *Ambitious, SMART commitments to address NCDs, overweight and obesity*. World Cancer Research Fund International/Alliance sur les MNT, 2016.
13. ICF Consulting Services. *Monitoring the activities of the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health: Annual Report 2016 et Annexes 1-3*. ICF, 2016. Disponibles à l'adresse : [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/2016\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf) et [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/2016\\_report\\_annex1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_annex1_en.pdf).
14. Lofthouse J. *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. À paraître, 2017.
15. Lofthouse J. *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. À paraître, 2017.
16. **Lofthouse J.** *Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) Report*. À paraître, 2017 ; **Baker.** À paraître. En attente de référence, 2017 ; **Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al.** « Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative ». *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31 ; **te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D.** « Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries ». *World Development*, 2015. 76: 280-292.
17. **Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al.** « Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative ». *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31 ; **te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D.** « Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries ». *World Development*, 2015. 76: 280-292 ; **Hoey L., Pelletier D. L.** « Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(suppl. 2): s70-s81.
18. **Hoey L., Pelletier D. L.** « Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(suppl. 2): s70-s81 ; **Gillespie S., Haddad L., Mannar V. et al.** « The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress ». *The Lancet*, 2013. 382(9891): 552-569 ; **Fox A. M., Balarajan Y., Cheng C., Reich M. R.** « Measuring political commitment and opportunities to advance food and nutrition security: Piloting a rapid assessment tool ». *Health Policy and Planning*, 2015. 30(5): 566-578 ; **Banque mondiale (Heaver R.)** *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions du développement. 2005, Washington, DC : Banque mondiale.
19. **Hoey L., Pelletier D. L.** « Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(suppl. 2): s70-s81 ; **Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A.** *Addressing malnutrition multisectorally: What have we learned from recent international experience*. New York : UNICEF et Fonds pour la réalisation des OMD, 2013 ; **Shiffman J., Smith S.** « Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality ». *The Lancet*, 2007. 370(9595): 1370-1379 ; **Hawkes C., Ahern A. L., Jebb S. A.** « A stakeholder analysis of the perceived outcomes of developing and implementing England's obesity strategy 2008–2011 ». *BMC Public Health*, 2014. 14(1): 1.
20. **Hoey L., Pelletier D. L.** « Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: Insights on commitment, collaboration, and capacities ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32(suppl. 2): s70-s81 ; **Mejia-Costa A., Fanzo J.** *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton, Royaume-Uni : Institute of Development Studies, 2012 ; **Mejia Acosta A., Haddad L.** « The politics of success in the fight against malnutrition in Peru ». *Food Policy*, 2014. 44(6): 26-35.
21. **Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A.** *Addressing malnutrition multisectorally: What have we learned from recent international experience*. New York : UNICEF et Fonds pour la réalisation des OMD, 2013 ; **Mejia-Costa A., Fanzo J.** *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton, Royaume-Uni : Institute of Development Studies, 2012.
22. **Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al.** « Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative ». *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31 ; **Banque mondiale (Heaver R.)**. *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions du développement. 2005, Washington, DC : Banque mondiale.
23. **Pelletier D. L., Frongillo E. A., Gervais S. et al.** « Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: Lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative ». *Health Policy and Planning*, 2012. 27(1): 19-31 ; **te Lintelo D. J. H., Lakshman R. W. D.** « Equate and Conflate: Political Commitment to Hunger and Undernutrition Reduction in Five High-Burden Countries ». *World Development*, 2015. 76: 280-292 ; **Banque mondiale (Heaver R.)**. *Strengthening Country Commitment to Human Development: Lessons from Nutrition*. Directions du développement. 2005, Washington, DC : Banque mondiale.
24. **Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A.**, *Addressing malnutrition multisectorally: What have we learned from recent international experience*. New York : UNICEF et Fonds pour la réalisation des OMD, 2013.
25. **Levinson F. J., Balarajan Y., Marini A.** *Addressing malnutrition multisectorally: What have we learned from recent international experience*. New York : UNICEF et Fonds pour la réalisation des OMD, 2013 ; **Mejia-Costa A., Fanzo J.** *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries*. Brighton, Royaume-Uni : Institute of Development Studies, 2012 ; **Pelletier D. L., Menon P., Ngo T.** « The nutrition policy process: The role of strategic capacity in advancing national nutrition agendas ». *Food and Nutrition Bulletin*, 2011. 32 (suppl. 2): s59-s69.

## Chapitre 6

1. **Tran, M.** *The Guardian*, blog Poverty matters : « Millennium development goals summit live updates ». 2010. Disponible à l'adresse : <https://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2010/sep/20/un-mdg-summit-2010-millennium-development-goals> (consulté le 7 septembre 2017).

## Annexe 1

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Groupe de la Banque mondiale. *UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates 2017. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition*. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (consulté le 15 août 2017).
2. Pour un exposé détaillé et approfondi de la méthodologie de suivi des progrès des cibles mondiales 2025 relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, voir OMS/UNICEF, Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF : New York, 2017.
3. OMS/UNICEF, Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM), *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF : New York, 2017.
4. OMS. Outil de suivi des cibles mondiales à l'horizon 2025 (version 3 – mai 2017) : rapport mondial de suivi, 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (consulté le 30 juin 2017).
5. OMS/UNICEF, Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (TEAM), *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Genève : OMS, UNICEF : New York, 2017.
6. OMS. Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles. 2017. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en/](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/) (consulté le 1er juillet 2017).
7. OMS. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014.
8. OMS. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014 ; Réseau NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), Données téléchargées. 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consulté le 1er mai 2017) ; OMS. Global Health Observatory data repository: Raised fasting blood glucose ( $\geq 7.0$  mmol/L or on medication). Data by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en> ; Raised blood pressure (SBP  $\geq 140$  OR DBP  $\geq 90$ ), age-standardized (%). Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en> ; Prevalence of obesity among adults, BMI  $\geq 30$ , age-standardized. Estimates by country, 2017. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en> ; Prevalence of overweight among adults, BMI  $\geq 25$ , age-standardized. Estimates by country, 2017. Disponibles à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (toutes consultées le 1er mai 2017).
9. NCD-RisC « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10027): 1513-1530 ; NCD-RisC. « Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants ». *The Lancet*, 2016. 387(10026): 1377-1396.
10. Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al. « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634 ; Powles J., Fahimi S., Micha R. et al. « Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide ». *BMJ Open*, 2013. 3(12).
11. OMS. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014 ; Powles J., Fahimi S., Micha R. et al. « Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide ». *BMJ Open*, 2013. 3(12).

12. OMS. *Guideline: Sodium Intakes for Adults and Children*. Genève : OMS, 2012.
13. Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. et al. « Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes ». *New England Journal of Medicine*, 2014. 371(7): 624-634.
14. OMS. *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*. Genève : OMS, 2014.
15. NCD-RisC Données téléchargées. 2017. Disponibles à l'adresse : <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html> (consultées le 1er mai 2017).

## Annexe 2

1. Kothari M. « Global Nutrition Report 2016 Supplementary Dataset. Demographic and Health Survey intervention coverage data: percentage of children and pregnant women who received various essential nutrition interventions as reported in the DHS surveys conducted between 2000–2015 ». Washington DC, 2016 ; UNICEF. Bases de données mondiales (2016) tirées d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples, d'enquêtes démographiques et de santé, et d'autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale. Disponibles à l'adresse : <http://data.unicef.org> (consultées le 1er juillet 2017).
2. OMS. Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/elena/fr/>.
3. Bhutta Z. A., Das J. K., Rizvi A. et al. « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? ». *The Lancet*, 2013. 382(9890): 452-477.
4. Kothari M. 2016. « Global Nutrition Report 2016 Supplementary Dataset. Demographic and Health Survey Intervention Coverage Data: Percentage of Children and Pregnant Women Who Received Various Essential Nutrition Interventions as Reported in the DHS Surveys Conducted between 2005–2015 ». Washington, DC, 4 février ; UNICEF. Bases de données mondiales. Disponibles à l'adresse : [www.data.unicef.org](http://www.data.unicef.org) (consultées en avril 2016).

## Annexe 3

1. Greener R., Picanyol C., Mujica A. et al. *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 countries*. Londres : ministère du Développement international, 2016.
2. Greener R., Picanyol C., Mujica A. et al. *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 countries*. Londres : ministère du Développement international, 2016.

## Abréviations

<b>APD</b>	Aide publique au développement	<b>ODD</b>	Objectif de développement durable
<b>CAD</b>	Comité d'aide au développement	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>CRDI</b>	Centre canadien de recherches pour le développement international	<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>É.-U.</b>	États-Unis	<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé	<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	<b>PNUE</b>	Programme des Nations Unies pour l'environnement
<b>FIDA</b>	Fonds international de développement agricole	<b>R.-U.</b>	Royaume-Uni
<b>IDA</b>	Association internationale de développement	<b>RDC</b>	République démocratique du Congo
<b>IFPRI</b>	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires	<b>SMART</b>	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle	<b>SNPC</b>	Système de notification des pays créanciers (CAD)
<b>MICS</b>	Enquête en grappes à indicateurs multiples	<b>SUN</b>	Renforcement de la nutrition
<b>MNT</b>	Maladie non transmissible	<b>TEAM</b>	Groupe consultatif d'experts techniques sur la surveillance de la nutrition (UNICEF)
<b>N4G</b>	Nutrition pour la croissance	<b>TRAM</b>	Taux de réduction annuel moyen
<b>NCD-RisC</b>	NCD Risk Factor Collaboration	<b>UE</b>	Union européenne
<b>NMNJE</b>	Nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant	<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques	<b>WASH</b>	Eau, assainissement et hygiène

## Documents supplémentaires en ligne

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

**[www.globalnutritionreport.org](http://www.globalnutritionreport.org)**

### PROFILS NUTRITIONNELS – DONNÉES DISPONIBLES POUR PLUS DE 90 INDICATEURS

- Au niveau mondial
- Aux niveaux régional et infrarégional (pour 6 régions des Nations Unies et 22 sous-régions)
- Au niveau national (pour les 193 pays membres des Nations Unies)

### TABLEAUX DE SUIVI DES PROGRÈS EN MATIÈRE DE NUTRITION – PROGRÈS RÉALISÉS À L'ÉGARD DE L'ENSEMBLE DES ENGAGEMENTS

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

### ANNEXE EN LIGNE

Évaluation des progrès à l'égard des cibles mondiales relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) et aux maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire

## Gros plans

**GROS PLAN 1.1** : Qu'est-ce que « l'universalité » des ODD et comment se traduit-elle dans le domaine de la nutrition ?  
Judith Randel

**GROS PLAN 1.2** : Qu'est-ce que « l'intégration » des ODD et comment se traduit-elle dans le domaine de la nutrition ?  
Corinna Hawkes

**GROS PLAN 1.3** : Les causes communes aux différentes formes de malnutrition  
Corinna Hawkes, Alessandro Demaio et Francesco Branca

**GROS PLAN 2.1** : Profils nutritionnels nationaux du Rapport sur la nutrition mondiale  
Komal Bhatia et Tara Shyam

**GROS PLAN 2.2** : Méthodes de suivi des progrès mondiaux et nationaux  
Komal Bhatia

**GROS PLAN 2.3** : L'importance cruciale de combler les déficits de données afin d'évaluer la nutrition des adolescents  
Komal Bhatia

**GROS PLAN 2.4** : Défis de données sur la qualité des régimes alimentaires  
Anna Herforth

**GROS PLAN 2.5** : Vers une révolution des données sur la nutrition : qu'attendons-nous ?  
Ellen Piwoz, Rahul Rawat, Patrizia Fracassi et David Kim

**GROS PLAN 3.1** : Stratégie et intervention intégrées en matière de nutrition, d'eau, d'assainissement et d'hygiène au Cambodge  
Dan Jones et Megan Wilson-Jones

**GROS PLAN 3.2** : Comment conjuguer alimentation saine et viabilité économique au sein d'un grand pôle de santé australien situé en zone urbaine ?  
Anna Peeters, Kirstan Corben et Tara Boelsen-Robinson

**GROS PLAN 4.1** : De l'importance des analyses des budgets consacrés à la nutrition  
Alexis D'Agostino, Helen Connolly et Chad Chalker

**GROS PLAN 4.2** : Améliorer le suivi de l'aide des donateurs consacrée à la nutrition  
Mary D'Alimonte et Augustin Flory

**GROS PLAN 4.3** : Investir dans la prévention de l'obésité et des MNT : Bloomberg Philanthropies et Centre canadien de recherches pour le développement international  
Neena Prasad et Greg Hallen

**GROS PLAN 5.1** : Unilever s'engage vis-à-vis de sa main-d'œuvre mondiale  
Angelika de Bree et Kerrita McLaughlyn

**GROS PLAN 5.2** : Redevabilité, affaires et nutrition  
Jonathan Tench

**GROS PLAN 5.3** : Les cinq niveaux de l'engagement politique  
Phillip Baker

## Encadrés

**ENCADRÉ 3.1** : Quelles contributions l'amélioration de la nutrition peut-elle apporter aux autres secteurs, et comment pouvez-vous agir en faveur de la nutrition ?

**ENCADRÉ 3.2** : Sept pistes pour permettre aux acteurs de la nutrition de contribuer au développement sur l'ensemble des ODD

**ENCADRÉ 3.3** : Cinq idées d'actions à double fonction pour lutter contre les différentes formes de malnutrition

**ENCADRÉ 3.4** : Cinq idées d'actions à triple fonction pour faire progresser l'ensemble des ODD

## Figures

**FIGURE 1.1 :** Nombre de pays confrontés au fardeau de la malnutrition

**FIGURE 1.2 :** Statistiques mondiales sur l'état nutritionnel et les mesures comportementales retenus comme cibles pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (NMNJE) et lutter contre les maladies non transmissibles (MNT) liées au régime alimentaire

**FIGURE 1.3 :** L'insécurité alimentaire et la malnutrition dans les situations de famine et de sécheresse, chiffres de juillet 2017

**FIGURE 2.1 :** Cibles et indicateurs mondiaux pour l'amélioration de l'état et des comportements nutritionnels

**FIGURE 2.2 :** Avancées mondiales vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

**FIGURE 2.3 :** Progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition en nombre de pays pour chaque catégorie évaluée, 2017

**FIGURE 2.4 :** Enfants de moins de 5 ans atteints a) d'un retard de croissance (1990-2016), b) de surpoids (1990-2016) et c) d'émaciation (2016), par région

**FIGURE 2.5 :** Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans par pays, 2016

**FIGURE 2.6 :** Prévalence de l'obésité (IMC  $\geq$  30) chez les adultes de 18 ans et plus par région, 2014

**FIGURE 2.7 :** Prévalence du diabète chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus par région, 2014

**FIGURE 2.8 :** Prévalence de l'hypertension chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus par région, 2015

**FIGURE 2.9 :** Consommation moyenne de sodium par région, 2010

**FIGURE 2.10 :** Consommation moyenne de sodium dans 193 pays par fourchette, 2010

**FIGURE 2.11 :** Chaîne de valeur des données sur la nutrition : vision, objectif et contraintes courantes

**FIGURE 3.1 :** Les 17 ODD

**FIGURE 3.2 :** Les liens entre la nutrition et les ODD

**FIGURE 3.3 :** Production de nutriments dans deux régions, par catégorie

**FIGURE 3.4 :** Cadre conceptuel des liens entre la qualité du régime alimentaire et les systèmes alimentaires

**FIGURE 3.5 :** Couverture des services d'approvisionnement en eau gérés en toute sécurité et des installations d'assainissement et dans les 40 % des ménages les plus pauvres, Bangladesh, 2012

**FIGURE 3.6 :** Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée à sévère, par région

**FIGURE 3.7 :** Impact des conflits sur la réduction du retard de croissance

**FIGURE 4.1 :** Enveloppe budgétaire consacrée aux interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 37 pays sur 41, 2017

**FIGURE 4.2 :** Total des dépenses liées à la nutrition, ventilées par interventions spécifiques à la nutrition et y contribuant, 41 pays, 2017

**FIGURE 4.3 :** Estimation des déficits de financement à combler pour assurer la réalisation des cibles NMNJE par les interventions spécifiques à la nutrition, 22 pays sur 41, 2017

**FIGURE 4.4 :** Part de l'enveloppe budgétaire consacrée aux interventions contribuant à la nutrition, par secteur, 37 pays sur 41, 2017

**FIGURE 4.5 :** Dix types de programmes contribuant à la nutrition bénéficiant de la plus grosse part de dépenses, 37 pays sur 41, 2017

**FIGURE 4.6 :** Flux des ressources d'APD dans le cadre du système du CAD

**FIGURE 4.7 :** Dépenses d'APD des gouvernements et organisations multilatérales consacrées aux interventions spécifiques à la nutrition, 2006-2015

**FIGURE 4.8 :** Dépenses consacrées aux interventions spécifiques à la nutrition, par donateur, 2015

**FIGURE 4.9 :** Évolution des dépenses spécifiques à la nutrition par pays donateur et institution multilatérale, entre 2014 et 2015

**FIGURE 4.10 :** Dépenses contribuant à la nutrition des donateurs ayant communiqué des données, 2012-2015

**Figure 4.11 :** Évolution des dépenses des donateurs contribuant à la nutrition, 2014 et 2015

**FIGURE 4.12 :** Dépenses d'APD consacrées aux MNT liées au régime alimentaire, par secteur, 2015

**FIGURE 5.1 :** Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014-2017

**FIGURE 5.2 :** Avancées par rapport aux engagements N4G, par groupe de signataires, 2017

**FIGURE 5.3 :** Total des engagements (dans la plupart des cas, 2013-2020) et des décaissements (dans la plupart des cas, 2013-2015) N4G des donateurs

**FIGURE 5.4 :** Taux de réponse, par groupe de signataires, 2014-2017

**FIGURE A2.1 :** Pays affichant les taux de couverture les plus élevés et les plus faibles pour les 12 interventions et pratiques visant à lutter contre la malnutrition de la mère et de l'enfant, 2017 (d'après les données de 2005-2015)

## Tableaux

**TABLEAU 3.1 :** Couverture des actions essentielles en nutrition

**TABLEAU 4.1 :** Enveloppe budgétaire consacrée à la nutrition signalée aux *Rapports sur la nutrition mondiale 2014-2017*, en milliers de dollars US

**TABLEAU A1.1 :** Propositions de règles de suivi et de classification des progrès réalisés en vue d'atteindre les six cibles de nutrition

**TABLEAU A2.1 :** Couverture des actions essentielles en nutrition

**TABLEAU A3.1 :** Couverture des actions essentielles en nutrition



Éthiopie



Guatemala



Indonésie



Malawi



Nigéria



Pakistan



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

Cellule de lutte contre la malnutrition Sénégal



Food and Agriculture Organization of the United Nations



unicef



wfp.org



World Health Organization



United Nations System Standing Committee on Nutrition



BILL & MELINDA GATES foundation



Government of Canada

Gouvernement du Canada



german cooperation DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



Irish Aid Government of Ireland Rialtas na hÉireann



Government of the Netherlands



UKaid from the British people



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE



1,000 DAYS



APHRC



THE AGA KHAN UNIVERSITY



CITY UNIVERSITY OF LONDON



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



Countdown to 2030 Maternal, Newborn & Child Survival



development initiatives



gain Global Alliance for Improved Nutrition



GRAÇA MACHEL TRUST



ILIFAD Investing in rural people



IRD Institut de Recherche pour le Développement FRANCE French National Research Institute for Sustainable Development



INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE IFPRI



JOHNS HOPKINS BERMAN INSTITUTE of BIOETHICS



JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH



MAHIDOL UNIVERSITY Wisdom of the Land



NUTRITION INTERNATIONAL Nourish Life



Scaling Up NUTRITION ENGAGE • INSPIRE • INVEST



SickKids Centre for Global Child Health



UCL INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH



THE UNIVERSITY OF AUCKLAND Te Whare Wānanga o Tamaki Makaurau NEW ZEALAND



UNIVERSITAS INDONESIA



WORLD BANK GROUP