



2015

**NUTRITION
MONDIALE**
RAPPORT

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

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* nous rappelle l'importance capitale de la nutrition pour la productivité et le bien-être de l'humanité. Il nous alerte sur le fait que la réalisation des objectifs de développement durable pour les 15 années à venir risque d'être compromise si les États, les bailleurs de fonds et les parties prenantes concernées ne s'engagent pas à améliorer la nutrition dans nos sociétés et à rendre compte de leurs résultats dans ce domaine. Cet avertissement doit rester présent dans nos esprits.

FAZLE HASAN ABED FONDATEUR ET PRÉSIDENT DU BRAC

Le monde doit rendre compte de ses actions sur le front de la nutrition. L'insécurité alimentaire, la faim et la malnutrition qui affectent des millions de pauvres et d'enfants sont simplement inacceptables. L'infrastructure la plus importante est celle de la « matière grise ». Pourtant, des millions d'enfants grandissent en Afrique sans une nutrition adéquate et développent un retard de croissance, les privant des « ressources en matière grise » dont ils ont besoin pour accroître les capacités cognitives et d'apprentissage qui amélioreront leurs perspectives économiques tout au long de leur vie. L'accès à une alimentation suffisante et nutritive est un droit fondamental. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* arrive à point nommé et contribuera à promouvoir la redevabilité en matière de nutrition à l'heure où le monde s'engage sur la voie des objectifs de développement durable. Mettons fin au fléau de la malnutrition. C'est un défi à notre portée, tandis que des preuves accablantes de la nécessité d'agir nous sont fournies. J'appuie résolument les appels à l'action de ce rapport. En investissant dans la nutrition pour tous, nous serons tous gagnants. La malnutrition ne peut plus perdurer.

AKINWUMI ADESINA PRÉSIDENT DE LA BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT

Les gouvernements et autres parties prenantes doivent rendre des comptes sur les mesures qu'ils se sont engagés à prendre pour éliminer les problèmes de santé publique. Si ces engagements ne sont pas honorés, la santé ne figurera plus en tête de liste de nos priorités. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* crée un mécanisme par lequel les gouvernements et autres parties prenantes peuvent être tenus redevables des progrès accomplis en matière de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Il fait le point sur les dernières données disponibles sur la situation nutritionnelle et les actions menées par les différents acteurs du milieu. Il présente également la marche à suivre pour un éventail plus large d'actions à mener dans différents secteurs afin de progresser davantage. À bien des égards, ce rapport est un modèle qui peut être utilisé pour garantir la redevabilité : il est indépendant, bien qu'élaboré avec le plein engagement des parties prenantes responsables ; il fait ressortir les lacunes à combler en matière de données ; il est rédigé avec une grande rigueur intellectuelle et s'adresse clairement à ceux qu'il cherche à influencer ; il est publié chaque année, mais met également en évidence les besoins à plus long terme.

GEORGE ALLEYNE DIRECTEUR ÉMÉRITE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* transmet des messages très clairs et d'une pertinence réelle pour les décideurs. Il montre que la dynamique en faveur de l'amélioration de la nutrition s'intensifie tant à l'échelle des pays que de la planète. Il établit clairement que des réductions importantes de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030 sont possibles. Mais il fait preuve d'un grand réalisme quant aux défis à relever en matière de politiques, de programmes, de financement et de capacités à mettre en œuvre pour les concrétiser. Je suis persuadé que les 55 pays membres du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) seront parmi les premiers à les relever et à réaliser des progrès réels dans la réduction de toutes les formes de malnutrition.

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

La sous-alimentation et l'obésité frappent des milliards de personnes dans le monde et peuvent être évitées. En passant à l'action, nous aidons les jeunes aussi bien que les personnes âgées à vivre plus longtemps et plus sainement. Ce rapport, grâce à la mine d'informations qu'il regroupe, peut nous guider sur cette voie.

MICHAEL R. BLOOMBERG FONDATEUR DE BLOOMBERG LP ET BLOOMBERG PHILANTHROPIES,
MAIRE DE LA VILLE DE NEW YORK PENDANT TROIS MANDATS

La quasi-totalité des pays du monde est confrontée à de graves problèmes de santé liés à la consommation insuffisante d'aliments riches en nutriments, ou à la consommation excessive d'aliments à forte teneur énergétique. Au moment où le monde entre dans une nouvelle ère du développement, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* s'appuie sur les nombreux faits, chiffres et expériences enregistrés par les pays pour appeler le monde à prendre les mesures nécessaires en vue d'éradiquer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030. Le rapport couvre un champ remarquablement large – de l'impact du changement climatique sur la sécurité alimentaire et la nutrition, aux répercussions des différents systèmes alimentaires sur l'abordabilité des aliments, la diversité alimentaire, la nutrition et la santé, et le développement durable. Le message dominant est optimiste. Il existe un éventail d'interventions rentables à impact élevé en matière de nutrition, comme indiqué lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Tout pays désireux de réaliser des améliorations rapides en matière de nutrition a la capacité de le faire.

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

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* atteste les progrès réalisés dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes, bien que l'étendue et le rythme de ces progrès puissent être améliorés. Le rapport appelle à atteindre les objectifs nutritionnels et à tenir les engagements tout au long des chaînes de valeur alimentaire et sanitaire. De plus, le rapport insiste sur la nécessité d'élargir notre action en matière de nutrition et de veiller à ce que la réponse mondiale tienne compte du changement climatique, des systèmes alimentaires, et d'autres acteurs tels que les entreprises. À ce stade, il est essentiel de mettre l'accent sur la redevabilité et la dimension multisectorielle du problème pour faire progresser les priorités en matière de nutrition. Pour y parvenir, une attention particulière doit être accordée aux États fragiles et touchés par des conflits, ainsi qu'aux approches alliant l'humanitaire et le développement.

ERTHARIN COUSIN DIRECTRICE EXÉCUTIVE DU PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL

Je suis persuadé que l'intervention la plus importante à laquelle je puisse concourir par le biais de ma fondation, pour contribuer à renforcer le capital humain dans mon pays, est d'appuyer les efforts d'amélioration de la nutrition au Nigeria. Nous comprenons maintenant qu'en mettant fin à la malnutrition au cours des 1 000 premiers jours de la vie d'une personne et tout au long de son existence, nous contribuerons à résoudre une multitude d'autres problèmes, liés notamment à la santé, à l'éducation et aux moyens de subsistance. La contribution de tous s'impose, en particulier l'engagement politique de nos pays.

ALIKO DANGOTE PRÉSIDENT ET FONDATEUR DE LA FONDATION DANGOTE, NIGÉRIA

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est devenu une référence importante pour tous ceux qui, au sein de la société civile et du monde universitaire, mais en particulier parmi les décideurs, combattent la faim et la malnutrition sous toutes ses formes. Cette édition ne décevra pas. Elle montre que, loin d'être un résultat du développement durable, une meilleure nutrition doit avant tout être perçue comme un ingrédient propice à la réalisation d'autres objectifs sociétaux : une meilleure nutrition signifie une croissance plus solide et des populations mieux préparées à contribuer à la prospérité partagée. Elle démontre avec conviction que la redevabilité et le suivi des progrès sont des outils indispensables pour mobiliser l'action et veiller à ce que dans tous les domaines, les politiques contribuent à l'élimination des causes de la malnutrition. Enfin, elle établit que la nutrition ne peut être abordée isolément : au contraire, elle doit être placée au cœur des politiques menées sur les fronts de la santé et de l'éducation, du commerce et de l'investissement, de la protection sociale et de l'agriculture. Je remercie les auteurs de ce rapport pour leur remarquable contribution à la promotion du droit à l'alimentation.

OLIVIER DE SCHUTTER CO-PRÉSIDENT DU GROUPE INTERNATIONAL D'EXPERTS SUR
LES SYSTÈMES ALIMENTAIRES DURABLES (IPES-FOOD)

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* conjugue de façon remarquable vision à long terme et pragmatisme. Ces deux qualités sont capitales pour inverser la triste situation de la malnutrition et ses effets dévastateurs dans le monde entier. Ce rapport nous fournit des connaissances précieuses qui nous incitent à agir en tant qu'individus, en tant que groupes de la société civile et en tant que nations. Tandis que la pollution et le changement climatique continuent d'augmenter et de créer des conditions défavorables, la gestion habile et bienveillante de nos ressources est l'un des rares moyens qu'il nous reste pour rétablir l'équilibre naturel des environnements dont nous dépendons tous pour notre subsistance. Que devons-nous faire maintenant que la situation est devenue si problématique ? Tous les êtres humains de cette planète doivent unir leurs efforts dès aujourd'hui. Ne nous abandonnons pas les uns les autres, n'abandonnons pas la planète. Gardons à l'esprit les valeurs de compassion et d'interdépendance ; nos actions doivent découler de notre aspiration à préserver le bien de tous les êtres sensibles et à protéger la Terre, notre mère nourricière.

ORGYEN TRINLEY DORJE SA SAINTETÉ LE 17E GYALWANG KARMAPA

Tandis que nous entrons dans l'ère des objectifs de développement durable (ODD), le monde est confronté à de nombreux problèmes apparemment insolubles. La malnutrition ne devrait pas en faire partie. Les pays déterminés à enregistrer des avancées rapides sur le front de la réduction de la malnutrition ont les moyens d'y parvenir. Si les gouvernements veulent atteindre la cible de l'ODD sur l'éradication de toutes les formes de malnutrition d'ici 2030, il leur suffit de suivre les voies clairement tracées pour ce faire. Ce rapport fournit de nombreux exemples de pays qui ont agi intentionnellement dans ce sens. Il est à la fois un miroir et un phare pour les mesures en faveur de la nutrition. Un miroir car il nous montre les domaines où nous faisons des progrès satisfaisants et ceux dans lesquels nous n'en faisons pas. Un phare, car il met en évidence les actions à mener pour éliminer la malnutrition. Enfin et surtout, ce rapport contribue à nous responsabiliser face aux efforts que nous déployons pour mettre fin à la malnutrition, des efforts qui doivent être redoublés à l'aube de l'après-2015.

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

Les dernières données fournies par le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat soulignent que le changement climatique menacera de plus en plus les fondements de l'existence, de l'alimentation et de l'eau. L'urgence d'agir, en réduisant radicalement les émissions et en bâtissant des sociétés solides et résilientes, vise à garantir à chacune et à chacun les moyens de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Mais aujourd'hui, nous constatons que l'action pour le climat peut apporter bien plus que la simple satisfaction des besoins de base. Elle ouvre des débouchés économiques, crée des moyens d'action plus intelligents, et apporte de réelles améliorations aux pays et aux communautés. De même, la sécurité alimentaire ne concerne pas simplement l'accès à une alimentation suffisante. Elle implique une alimentation nutritive, mais également la gestion de son approvisionnement afin que nos récoltes soient utilisées, et non gaspillées. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* devrait aider les pays à mettre en œuvre les recommandations de l'accord de Paris sur le changement climatique selon des procédés garantissant l'accès à une alimentation suffisante, saine et nutritive pour les générations à venir.

CHRISTIANA FIGUERES SECRÉTAIRE EXÉCUTIVE DE LA CONVENTION-CADRE DES NATIONS UNIES
SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (CCNUCC)

Après des années de sous-investissement, le monde commence enfin à reconnaître le rôle crucial de la nutrition dans la santé et le développement à l'échelle mondiale. Il nous reste cependant encore beaucoup à faire. La malnutrition est à l'origine de près de la moitié de la mortalité infantile. Le retard de croissance causé par la malnutrition menace l'accès à l'éducation des enfants, et la sortie de la pauvreté pour les communautés. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* devrait inciter chacun de nous à investir davantage dans les programmes de nutrition qui se sont révélés efficaces, tout en identifiant et en comblant les déficits de données qui peuvent faire obstacle au progrès. J'ai bon espoir en notre aptitude à créer un monde où chaque enfant pourra survivre et s'épanouir.

BILL GATES CO-PRÉSIDENT DE LA FONDATION BILL & MELINDA GATES

L'année 2015 nous offre une occasion supplémentaire de nous acheminer vers le développement durable pour tous d'ici 2030. Il est urgent de nous délester du fardeau de la malnutrition afin de commencer à enregistrer des avancées rapides. Les systèmes alimentaires peuvent contribuer à cet effort car ils déterminent la disponibilité et l'accessibilité de différents aliments nutritifs pour le consommateur. L'amélioration de nos systèmes alimentaires pour produire une alimentation saine et une nutrition améliorée est un appel à tous les gouvernements et, qui plus est, aux acteurs non étatiques. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* exige à juste titre des indicateurs SMART sur des « systèmes alimentaires tenant compte de la nutrition » pour aider les gouvernements à évaluer les progrès accomplis.

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

Au moment où le monde adopte un nouvel ensemble d'objectifs de développement durable, le *Rapport sur la nutrition mondiale* de 2015 nous rappelle qu'une alimentation de qualité est fondamentale pour atteindre bon nombre des objectifs fixés pour 2030. À l'approche de la Conférence sur la nutrition de Rio en 2016, nous avons de nombreuses raisons de nous réjouir. Les progrès accomplis sont réels, mais nous devons nous garder de tomber dans l'autosatisfaction. Le rapport insiste sur l'insuffisance des données relatives à la nutrition des femmes et des adolescentes. Des femmes bien nourries et autonomes sont la pierre angulaire de l'élimination définitive de la malnutrition et de l'atteinte de l'égalité des sexes. Nous devons tous redoubler d'efforts pour faire en sorte que la voix des femmes et des jeunes filles soit entendue et qu'elles bénéficient véritablement de ce mouvement mondial en faveur de la nutrition.

JUSTINE GREENING SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL DU ROYAUME-UNI

Je salue les progrès remarquables réalisés dans le domaine de la nutrition et de la santé maternelle et infantile dans les pays francophones. Cependant, les taux de malnutrition y restent encore parmi les plus élevés. Lors du dernier sommet de Dakar de novembre 2014, les États et gouvernements membres de la Francophonie se sont engagés à mettre l'accent sur l'importance singulière des programmes de nutrition. Cela constitue également un élément essentiel de mon plaidoyer pour des stratégies cohérentes en matière de sécurité alimentaire, de réduction de la pauvreté, de développement économique, et de soutien aux femmes et aux jeunes en tant que parties prenantes économiques essentielles dans les pays francophones. Dans cette perspective, le *Rapport sur la nutrition mondiale* est un outil essentiel pour orienter les efforts de la Francophonie et soutenir les États et les gouvernements membres dans leur travail. Cela revêt une importance particulière dans le contexte des discussions sur le renouvellement des objectifs de développement durable, un processus dans lequel les pays membres de la Francophonie sont activement impliqués.

MICHAËLLE JEAN SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DE LA FRANCOPHONIE

Les jeunes enfants méritent tout particulièrement que nous accordions les mêmes chances aux populations pauvres et vulnérables. La pauvreté et la malnutrition entraînent un retard de croissance ou le sous-développement chez environ 162 millions d'enfants de moins de 5 ans. Les enfants — et les sociétés — paient à vie le prix des effets du retard de croissance. Nous devons développer un système alimentaire plus productif et durable pour les aider ainsi que les générations futures à atteindre leur plein potentiel. Le *Rapport sur la nutrition mondiale de 2015* contribue à relever ce défi. Il analyse les progrès réalisés à l'échelle des pays en matière de nutrition, et met en évidence les liens fondamentaux entre la nutrition et l'agriculture intelligente face au climat. Ces informations peuvent nous aider à relever certains des défis les plus complexes au monde, telles l'élimination de la malnutrition et la lutte contre le changement climatique.

JIM YONG KIM PRÉSIDENT DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Des rapports récents semblent indiquer une tendance à la baisse de la malnutrition infantile en Inde, mais la bataille est loin d'être gagnée. Le travail de la fondation Naandi sur cette question est double : d'une part, mettre à la disposition de tous des données exactes en temps réel, et de l'autre, travailler sur le terrain pour créer des modèles qui montrent clairement une amélioration de l'état nutritionnel des enfants. En d'autres termes, mettre en œuvre des solutions et mesurer continuellement les résultats. Nous considérons le *Rapport sur la nutrition mondiale* comme une initiative qui, grâce au suivi de la redevabilité et à la mesure des progrès d'une année sur l'autre, s'inscrit dans la même philosophie. Il a déjà fait sortir la nutrition des étagères des bibliothèques et des institutions de recherche pour l'intégrer dans les priorités annuelles et les plans d'action des gouvernements.

MANOJ KUMAR DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA FONDATION NAANDI (INDE)

Les progrès spectaculaires présentés dans ce rapport devraient tous nous inspirer. De nouvelles données montrent que l'accélération de la réduction du retard de croissance est possible lorsque les pays réalisent les bons investissements et mettent en œuvre des politiques judicieuses. Les enjeux sont importants. Le retard de croissance mine le potentiel de millions d'enfants à travers le monde. Toute réduction des taux de retard de croissance signifie qu'un plus grand nombre d'enfants auront plus de chances de bien grandir, qu'ils seront plus sains, qu'ils apprendront mieux et qu'ils seront plus productifs dans leur vie d'adulte. Tout en nous réjouissant des progrès accomplis, nous devons rester conscients de tout ce qui reste encore à accomplir. De nouveaux éléments confirment l'importance cruciale de l'allaitement, pas seulement pour la santé infantile ; des données provenant du Brésil montrent que l'allaitement prolongé améliore de plus d'un tiers le revenu à l'âge adulte. L'augmentation des investissements spécifiques à la nutrition dans les pays à revenu faible et intermédiaire peut fournir un retour sur investissement de 10 à 13 %.

La conclusion est claire : sans amélioration de la nutrition, le monde ne réalisera pas une grande partie des objectifs de développement durable. Le monde a l'obligation morale et pratique de prendre d'urgence des engagements ambitieux, mesurables et limités dans le temps pour améliorer équitablement la nutrition. En assurant le suivi de ces engagements, le *Rapport sur la nutrition mondiale* nous aidera à nous responsabiliser. Des vies entières en dépendent.

ANTHONY LAKE DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'UNICEF

La bataille pour intensifier l'approche nutritionnelle dans les discussions politiques en Afrique est en train d'être gagnée grâce au pouvoir de l'exemple. Les pays qui comprennent la transformation structurelle réelle de leurs économies savent que des objectifs si louables ne seront atteints qu'en s'attaquant aux déficits nutritionnels de leur population – en particulier aux dégâts irréparables que la malnutrition peut causer à leur future main-d'œuvre, s'ils ne s'occupent pas de leurs enfants. Le rapport pointe à juste titre la nécessité d'une information de qualité pour de bonnes dynamiques de redevabilité. L'éventail des institutions dont les rôles cruciaux sont identifiés confirme la rigueur de l'analyse. Cette même rigueur apparaît dans l'édition précédente, rendant la lecture de ce rapport obligatoire pour les économistes et les spécialistes du développement, ainsi que pour les décideurs désireux de réaliser un véritable changement.

CARLOS LOPES SECRÉTAIRE EXÉCUTIF DE LA COMMISSION ÉCONOMIQUE DES NATIONS UNIES POUR L'AFRIQUE

Le monde produit deux fois plus de nourriture que celle nécessaire pour nourrir toute l'humanité. Pourtant, la faim frappe plus de 500 millions d'habitants dans le monde. Ces chiffres reflètent l'absence de volonté politique et d'engagement des décideurs face aux inégalités sociales. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* collecte des données sur la malnutrition à travers la planète et met en évidence quelques-unes des expériences nationales réussies qui peuvent ouvrir la voie dans la lutte mondiale contre la faim. L'expérience brésilienne de ces dernières années a prouvé qu'il est possible de vaincre la faim si la lutte contre la pauvreté devient une politique publique, si des ressources financières gouvernementales adéquates sont investies, et si des initiatives transversales traitent à la fois les causes et les conséquences des inégalités sociales. Je félicite les auteurs de ce rapport, et je suis convaincu que ce document favorisera la discussion, la redevabilité et l'action autour de la lutte contre la malnutrition et la faim. Garantir la sécurité alimentaire n'est pas l'affaire de quelques rêveurs seulement : c'est une cause commune à l'humanité tout entière et un défi que nous devons tous relever.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA ANCIEN PRÉSIDENT DU BRÉSIL

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est un outil important pour les gouvernements. Il préconise de mieux comprendre l'étendue du défi de la malnutrition et de trouver des orientations concrètes sur les politiques à mener pour relever ce défi. Le rapport montre qu'avec un engagement politique, des progrès significatifs peuvent être accomplis pour réduire la malnutrition.

ANTÓNIO MASCARENHAS MONTEIRO ANCIEN PRÉSIDENT DU CAP-VERT

Nous devons nous efforcer d'utiliser nos pouvoirs de leaders et de mobilisateurs pour créer des partenariats locaux, nationaux et mondiaux afin de nous attaquer à l'un des plus grands enjeux du XX^e siècle : la malnutrition. C'est un défi que nous pouvons et devons relever. Comment pouvons-nous nous féliciter des progrès technologiques accomplis à ce jour, alors que des millions d'enfants meurent encore d'un fléau que nous pouvons éradiquer, et dont les outils pour ce faire sont à notre portée ? Le *Rapport sur la nutrition mondiale* nous rappelle que ces outils existent et nous exhorte à les utiliser de manière judicieuse et coordonnée.

STRIVE MASIYIWA PRÉSIDENT ET FONDATEUR D'ECONET WIRELESS, ET PRÉSIDENT DE L'INITIATIVE POUR LES MICRONUTRIMENTS

Je suis très heureux de recommander le *Rapport sur la nutrition mondiale*. Voilà un outil fondamental de la lutte pour l'éradication de la malnutrition. On peut d'ailleurs s'étonner qu'un tel recueil annuel n'ait pas vu le jour bien avant. Ce rapport est important non seulement parce qu'il met en lumière la malnutrition partout où elle existe, mais aussi parce qu'il soulève des questions complexes sur les mesures, les données et la redevabilité, soit autant d'éléments fondamentaux pour avancer. Ces questions sont particulièrement importantes dans les États fragiles ou en situation de conflit, où le Comité international de secours mène ses actions. Ces pays représenteront bientôt à eux seuls plus de la moitié de la pauvreté extrême dans le monde. Ils sont en première ligne de la lutte pour la survie. Toutefois, dans ces contextes de conflit, l'amélioration de la nutrition constitue un réel défi : l'accès y est difficile ; la population est terrorisée et mobile ; les systèmes de santé sont détruits ; la qualité des données est souvent la première à pâtir de ces conflits ; et bien sûr, il est difficile d'obtenir des preuves fiables de ce qui marche. Il nous incombe donc la responsabilité d'utiliser les informations de ce rapport pour encourager une réflexion critique sur l'aide à apporter à la population pour satisfaire ses besoins humains les plus élémentaires. Nous devons réfléchir et apprendre à utiliser les ressources pour un impact plus important et plus durable. Une nutrition de qualité est la condition de la résilience humaine, individuelle et collective. C'est également le test le plus élémentaire pour la communauté internationale. Nous ne pouvons pas nous permettre d'échouer.

DAVID MILIBAND PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL DU COMITÉ INTERNATIONAL DE SECOURS

La malnutrition peut être éliminée dans le cadre des objectifs de développement durable. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est construit autour de ce fait simple mais fondamental. Il nous rappelle que nous possédons les ressources, les connaissances et les compétences nécessaires pour atteindre cet objectif. Il nous rappelle également que malgré les progrès réalisés dans la réduction du retard de croissance à l'échelle mondiale, il reste encore beaucoup à faire. Il importe notamment de transformer les engagements en actions et d'améliorer la redevabilité à l'échelle mondiale. Ce rapport peut devenir un outil important pour atteindre tous les acteurs clés du développement et les persuader qu'une nutrition de qualité est l'un des facteurs fondamentaux du développement et de la croissance inclusive.

NEVEN MIMICA COMMISSAIRE EUROPÉEN À LA COOPÉRATION INTERNATIONALE ET AU DÉVELOPPEMENT

La malnutrition touche une personne sur trois dans le monde. C'est intolérable. Une bonne nutrition permet aux enfants de réaliser leur plein potentiel, qu'ils souhaitent devenir enseignants, infirmiers, entrepreneurs ou footballeurs. Par-tout, les dirigeants – dans les pouvoirs publics, les communautés, les entreprises et les familles – doivent accorder une attention particulière à la nutrition des personnes à leur charge : la mauvaise nutrition est invisible et dangereuse. Je surveille de près l'alimentation et l'exercice des footballeurs dont j'assume la responsabilité ; je souhaite qu'ils expriment pleinement leur talent et qu'ils fassent de leur mieux pour l'équipe et ses supporters. Au club de football, nous consacrons beaucoup de temps au suivi de l'alimentation et des performances des joueurs, car nous cherchons à découvrir comment faire mieux. Je suis donc très heureux de savoir que le Programme alimentaire mondial (dont je suis fier d'être ambassadeur) soutient le *Rapport sur la nutrition mondiale* car il mesure nos performances collectives et la façon dont nous aidons les populations du monde entier à vaincre la malnutrition et à réaliser leurs espoirs et leurs rêves.

JOSÉ MOURINHO ENTRAÎNEUR DE L'ÉQUIPE PREMIÈRE DU CHELSEA FOOTBALL CLUB ET
AMBASSADEUR DU PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL CONTRE LA FAIM

On déplore un manque manifeste d'attention politique à la nutrition dans les pays où les enfants en bonne santé sont minoritaires. La fluidité du secteur de la nutrition en est l'une des nombreuses raisons, ce qui explique qu'elle disparaît dans les failles (institutionnelles). Dans beaucoup de pays, il est difficile de trouver un siège institutionnel pour la nutrition au sein des multiples départements et ministères gouvernementaux. Une solution intersectorielle pour la nutrition nécessite la création d'organismes intermédiaires compétents pour rassembler, d'instruments pour cartographier l'allocation des actifs, d'incitations pour une division collaborative du travail, et d'indicateurs pour évaluer la performance de l'ensemble du gouvernement. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* fait brillamment allusion à cela en parlant de « redevabilité de tous les acteurs de la nutrition » et en centrant son argumentation stratégique sur cette notion.

SANIA NISHTAR FONDATRICE ET PRÉSIDENTE DE HEARTFILE (PAKISTAN)

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* fournit des preuves encourageantes de la convergence croissante des acteurs internationaux, nationaux et locaux autour de la priorité accordée à l'éradication de la malnutrition sous toutes ses formes. Le Fonds international de développement agricole (FIDA) partage la conviction que la nutrition est cruciale pour le développement. En investissant dans les femmes et les hommes du monde rural, il œuvrera à optimiser la contribution de l'agriculture et des approches alimentaires pour améliorer la nutrition. Le rapport est un appel bienvenu à l'action collective et à la redevabilité aux niveaux international et national pour produire des résultats qui mettront fin à la malnutrition.

KANAYO NWANZE PRÉSIDENT DU FONDS INTERNATIONAL DE DÉVELOPPEMENT AGRICOLE

L'amélioration de la situation nutritionnelle est essentielle pour sauvegarder des vies et prévenir les maladies. C'est également un facteur crucial de la réussite scolaire et dans la vie active, susceptible de réduire la pauvreté, aujourd'hui et demain. Dans leur ensemble, tous ces impacts signifient que l'amélioration de la nutrition est un facteur majeur de croissance du PIB. Tous les ministres des Finances devraient accorder à la nutrition le même niveau d'investissement que dans les routes, l'industrie et le commerce. La croissance infantile devrait se voir accorder la même priorité que la croissance économique, dans leur stratégie. L'investissement dans des mesures explicitement en faveur de la nutrition (qu'il s'agisse de programmes de santé, d'agriculture, d'éducation, de protection sociale, d'eau, assainissement et hygiène, ou d'autonomisation des femmes) consolide la structure cérébrale, qui est à elle seule plus importante encore que les infrastructures matérielles. Le dernier *Rapport sur la nutrition mondiale* affirmait que pour chaque dollar investi dans le renforcement des mesures en faveur de la nutrition, 16 dollars étaient réalisés en retour. Cette édition du *Rapport sur la nutrition mondiale* confirme ces chiffres sur la base d'autres études diverses. Chers collègues ministres des Finances, la nutrition est l'un des meilleurs investissements que vous puissiez jamais autoriser dans l'intérêt de votre peuple et de votre nation : il importe de l'imposer comme un élément central de tous les plans économiques.

NGOZI OKONJO-IWEALA MINISTRE DES FINANCES DU NIGÉRIA

De saines habitudes alimentaires se mettent naturellement en place dès lors qu'une population bien informée a accès à une alimentation nutritive et abordable. Comme le montre ce rapport, trop de gens manquent de connaissances, de confiance, ou d'un environnement alimentaire favorable pour faire des choix plus sains. L'obésité adulte enregistre une hausse alarmante dans pratiquement tous les États, mais ce rapport montre que dans de nombreux pays, les taux de surcharge pondérale chez les enfants déclinent, ce qui est encourageant. Il faut profiter d'urgence de cette tendance et s'assurer que cette baisse se confirme. Ma société et ma fondation mettent à profit l'éducation alimentaire pour améliorer l'existence des populations du monde entier, en donnant à chacun les connaissances et les compétences requises pour améliorer sa santé et son bien-être. J'ai la conviction que nous avons tous le devoir d'agir, dans l'intérêt des générations futures, et ce rapport nous met face à cette responsabilité.

JAMIE OLIVER CHEF CUISINIER ET MILITANT

J'ai récemment assisté à la naissance du premier enfant de ma sœur. Le bébé, qui a maintenant plus d'un an, a été nourri exclusivement au sein et j'ai pu constater les effets fantastiques de l'allaitement. Il renforce le système immunitaire et favorise le développement du cerveau, et, comme le montre le nouveau *Rapport sur la nutrition mondiale*, il aide à la croissance des bébés de bien des façons. L'allaitement, c'est formidable. C'est génial et c'est naturel.

KATY PERRY AMBASSADRICE DE BONNE VOLONTÉ DE L'UNICEF ET POPSTAR INTERNATIONALE

Je suis heureuse que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* identifie les liens étroits entre le changement climatique et la sécurité nutritionnelle. Des efforts considérables sont déployés dans le monde entier pour éradiquer la malnutrition, et les progrès, même durement acquis, sont manifestes. En 2015, l'amélioration de la nutrition deviendra la pierre angulaire du développement durable dans le programme de développement pour l'après-2015. Cependant, nous devons comprendre qu'il sera impossible d'améliorer la nutrition pour tous, si nous n'agissons pas sur le changement climatique. Dans le monde entier, les variations climatiques altèrent l'accès des populations à une alimentation nutritive. Les communautés qui ont le plus de difficultés d'adaptation, tout en étant les moins responsables du changement climatique, le ressentent avec encore plus d'acuité. Il faut mettre fin à cette injustice. En 2015, nos gouvernements ont une occasion unique d'engager le monde sur la voie d'un avenir sûr et prospère, et j'espère que le contenu de ce rapport éclairera leur travail. Nous sommes moralement tenus de prendre des mesures globales pour mettre fin à la malnutrition et stabiliser le climat.

MARY ROBINSON PRÉSIDENTE DE LA FONDATION MARY ROBINSON – CLIMATE JUSTICE

Le changement climatique et la nutrition sont des partenaires naturels dans la quête du développement durable. Les variations saisonnières ont déjà des effets conséquents sur la nutrition, qui sont susceptibles de devenir encore plus imprévisibles et sévères à mesure que notre climat évolue. Les responsables des politiques nutritionnelles doivent donc tout faire pour renforcer la résilience climatique. Les événements météorologiques extrêmes gagneront en intensité et détruiront des vies et des moyens de subsistance, ainsi que la capacité à produire ou à se procurer des aliments. Pour les responsables des politiques en matière de climat, la lutte pour l'amélioration de la nutrition est également une grande occasion de renforcer les efforts visant à infléchir les modes de production et de consommation. Les pratiques agricoles à faible émission de carbone, notamment l'amélioration de la séquestration du carbone dans les sols et le renforcement des systèmes racinaires, peuvent se révéler résilientes au changement climatique, à faible émission, plus productives, et plus sûres sur le plan nutritionnel. Des choix plus sains, notamment une consommation plus axée sur les légumes, tendent à réduire l'empreinte carbone. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* fournit des indications précieuses sur la façon dont ces aspects se chevauchent et s'entremêlent. Il propose des recommandations sur la façon dont ces deux domaines d'activité et les communautés concernées peuvent s'unir autour de ces objectifs communs, et sur la façon de mesurer et suivre leurs efforts pour y parvenir.

NICHOLAS STERN PRÉSIDENT DU CENTRE FOR CLIMATE CHANGE ECONOMICS AND POLICY

La nécessité d'une initiative mondiale pour combattre et atténuer la malnutrition est de plus en plus admise dans le monde. Une nutrition de qualité contribue à améliorer la santé physique et mentale de nos citoyens d'aujourd'hui et de demain. Elle améliore la productivité des individus et fournit une base pour la durabilité économique d'une nation. Un impact significatif sur l'amélioration des niveaux de nutrition ne peut être obtenu que par le biais d'une collaboration importante entre les gouvernements et un large éventail d'acteurs. Cette collaboration doit être mise en œuvre de manière holistique et garantir l'accès à des aliments nutritifs, à des services de santé de base, à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement. Ce rapport sur la lutte contre la malnutrition est particulièrement bienvenu pour susciter une prise de conscience et définir une feuille de route limitée dans le temps. En tant que citoyens consciencieux, il nous faut admettre que la lutte contre la malnutrition ne se fera pas toute seule. Elle exige un engagement et un leadership à long terme des organismes gouvernementaux travaillant avec un large éventail d'intervenants, y compris ceux du secteur privé. Il nous faut agir maintenant. C'est notre obligation envers les générations futures.

RATAN N. TATA PRÉSIDENT DE TATA TRUSTS

Du nouveau programme de financement du développement convenu à Addis-Abeba, aux objectifs de développement durable définis à New York, en passant par un accord universel juridiquement contraignant susceptible d'être conclu à l'occasion de la COP21 à Paris, 2015 s'annonce comme une année charnière. Allègement de la pauvreté, accès à l'énergie, sécurité de l'eau, droits de l'homme, nutrition et climat, sont autant de questions trop longtemps traitées séparément et qui sont enfin comprises comme un défi commun : celui de l'accès équitable au développement durable. Les négociations sur le climat sont restées jusqu'ici insensibles aux préoccupations en matière de nutrition, mais cela pourrait bientôt changer, tandis qu'un nombre croissant d'acteurs se mobilise pour que la « sécurité alimentaire » figure dans l'accord de Paris. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* apporte des preuves solides de la nécessité de faire le lien entre la nutrition et le climat, et formule de nombreuses propositions intéressantes sur la manière de procéder. C'est une lecture indispensable pour tous ceux qui refusent de faire un choix illusoire entre nutrition adéquate et stabilité du climat.

LAURENCE TUBIANA REPRÉSENTANTE SPÉCIALE DU MINISTRE FRANÇAIS DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
POUR LA CONFÉRENCE DES PARTIES (COP21)

Dans notre mission commune pour libérer le monde de la faim, nous avons trop longtemps travaillé sur la base d'une image partielle. Compte tenu des multiples dimensions de la faim, l'insécurité alimentaire ne peut plus être mesurée uniquement en termes d'apports caloriques. Elle doit désormais inclure la composition des régimes alimentaires, dont les micronutriments, la façon dont nous produisons, préparons et consommons notre nourriture, et la capacité de notre corps à l'assimiler au mieux. La nutrition est une question complexe aux facettes multiples, et le Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CFS), la plateforme internationale et intergouvernementale la plus inclusive des Nations Unies sur les questions de sécurité alimentaire et de politiques nutritionnelles, reconnaît que le volet nutritionnel de son mandat principal mérite davantage d'attention. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* de 2015 sera une ressource importante à l'appui des réflexions du CFS quant aux contributions concrètes qu'il pourrait apporter aux engagements de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition. Le CFS s'est engagé à unir ses forces aux efforts des gouvernements et des multiples parties prenantes visant à aider les populations du monde à réaliser pleinement leur potentiel physique et intellectuel, à s'efforcer d'améliorer leurs moyens de subsistance, et à soutenir la croissance de leur pays.

GERDA VERBURG PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE MONDIALE (CFS)

2015



**MESURES ET
REDEVABILITÉ**

EN VUE D'ACCÉLÉRER
LES PROGRÈS MONDIAUX
EN MATIÈRE DE NUTRITION
ET DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

PUBLICATION REVUE PAR DES PAIRS

Ce rapport a été rédigé par un groupe d'experts indépendants (GEI) 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 GEI, secondés par d'autres analystes et rédacteurs. La liste ci-après cite l'ensemble des personnes ayant contribué à la rédaction de ce rapport :

Lawrence Haddad (co-président), Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Corinna Hawkes** (co-présidente), indépendante, Royaume-Uni ; **Emorn Udomkesmalee** (co-présidente), Université de Mahidol, Bangkok, Thaïlande ; **Endang Achadi**, Université d'Indonésie, Jakarta ; **Arti Ahuja**, Women and Child Development, Odisha Inde ; **Mohamed Ag Bendeck**, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome ; **Komal Bhatia**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Zulfiqar Bhutta**, Centre for Global Child Health, Toronto, et Centre of Excellence in Women and Child Health, Université Aga Khan, Karachi, Pakistan ; **Monika Blossner**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Elaine Borghi**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Kamilla Eriksen**, MRC Human Nutrition Research, Cambridge, Royaume-Uni ; **Jessica Fanzo**, Université Johns Hopkins, Baltimore ; **Patrizia Fracassi**, Secrétariat du Mouvement SUN (Renforcement de la nutrition), Genève ; **Laurence M. Grummer-Strawn**, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Elizabeth Kimani**, African Population and Health Research Centre, Nairobi, Kenya ; **Julia Krasevec**, UNICEF, New York, NY ; **Natasha Ledlie**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marseille, France ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, New Delhi ; **Eunice Nago Koukoubou**, Université d'Abomey-Calavi, Bénin ; **Holly Newby**, UNICEF, New York, NY ; **Rachel Nugent**, Université de Washington, Disease Control Priorities Network, Seattle, États-Unis ; **Stineke Oenema**, Interchurch Organization for Development Cooperation (ICCO) Alliance, Utrecht, Pays-Bas ; **Leonor Pacheco Santos**, Université de Brasilia, Brésil ; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni ; **Jennifer Requejo**, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la santé, Genève ; **Tara Shyam**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Boyd Swinburn**, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande.

Nous remercions **Rafael Flores-Ayala**, membre du GEI, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, pour ses contributions.

Les principaux auteurs des différents chapitres et sections sont : *Chapitre 3* : **Jessica Fanzo**, Université Johns Hopkins, Baltimore et **Meghan Arakelian**, Université de Columbia, New York, NY. *Chapitre 6* : **Madeleine Thomson**, Institut international de recherches pour le climat et la société (IRI), de l'Earth Institute, Columbia University, New York, NY, avec l'assistance de **Jessica Fanzo**, Université Johns Hopkins, Baltimore, et **Tara Garnett**, Food Climate Research Institute Londres, Royaume-Uni. *Chapitre 7* : **Rachel Nugent**, **Carol Levin** et **Daniel Grafton**, Université de Washington, Disease Control Priorities Network, Seattle, États-Unis ; **Jessica Fanzo**, Université Johns Hopkins, Baltimore ; **Roseline Remans**, Université de Columbia, New York, NY ; et **C. Leigh Anderson**, Université de Washington, Seattle. Les personnes suivantes ont aussi contribué à des sections spécifiques de certains chapitres : *Chapitre 5* : « *Financements novateurs : sources et mobilisation* » : **Robert Hecht** et **Mary D'Alimonte**, Results for Development, Washington, DC, et **Meera Shekar**, Banque mondiale, Washington, DC. *Chapitre 5* : « *Nouvelles estimations du coût de l'intensification des actions de nutrition* » : **Meera Shekar**, **Julia Dayton Eberwein** et **Jakub Kakietek**, Banque mondiale, Washington, DC. *Chapitre 5* : « *Incitations basées sur les performances : peuvent-elles fonctionner pour la nutrition ?* » : **Jay Goulden**, indépendant, Lewes, Royaume-Uni. *Chapitre 5* : « *Leadership* » et *Chapitre 9* : « *Évaluer si les engagements ont été respectés* » : **Nicholas Nisbett**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni.

Les auteurs des encadrés de ce rapport sont : **Inka Barnett**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Emily Bielecki**, Université Cornell, Ithaca, États-Unis ; **Jessica Blankenship**, consultante indépendante, Nairobi, Kenya ; **Maurice A. Bloem**, Church World Service, New York, NY ; **Shelley Bowen**, ICF International, Atlanta, États-Unis ; **Dayna Brown**, CDA Collaborative Learning Projects, Washington, DC ; **Olivier De Schutter**, International Panel of Experts on Sustainable Food Systems, IPES-Food, Bruxelles ; **Damiano de Felice**, Access to Medicine Foundation, Amsterdam, Pays-Bas ; **Carmel Dolan**, Emergency Nutrition Network, Oxford, Royaume-Uni ; **Patrick Eozénu**, Banque mondiale, Washington, DC ; **Stuart Gillespie**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Lola Gostelow**, Emergency Nutrition Network, Oxford, Royaume-Uni ; **Daniel Grafton**, Université de Washington, Disease Control Priorities Network, Seattle, États-Unis ; **Jere Haas**, Université Cornell, Ithaca, États-Unis ; **Lawrence Haddad**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **John Hoddinott**, Université Cornell, Ithaca, États-Unis ; **Johann Jerling**, Centre of Excellence for Nutrition, Vanderbijlpark, Afrique du Sud ; **Aparna John**, Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni ; **Andrew Kennedy**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Tanya Khara**, Nutrition Works, Oxford, Royaume-Uni ; **Jef L. Leroy**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Carol Levin**, Université de Washington, Disease Control Priorities Network, Seattle, États-Unis ; **Yves Martin-Prével**, Institut de recherche pour le développement, Marseille, France ; **Purnima Menon**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Martha Mwangome**, KEMRI Wellcome Trust, Nairobi, Kenya ; **Rachel Nugent**, Université de Washington, Disease Control Priorities Network, Seattle, États-Unis ; **Hee Young Paik**, Université nationale de Séoul, Corée du Sud ; **Diana Parra**, Washington University, Saint Louis, États-Unis ; **Joy Phumaphi**, African Leaders Malaria Alliance, New York, NY ; **Ellen Piwoz**, Fondation Bill & Melinda Gates, Seattle, États-Unis ; **Kathleen M. Rasmussen**, Université Cornell, Ithaca, États-Unis ; **Melanie Renshaw**, African Leaders Malaria Alliance, New York, NY ; **Francis Roberts**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Marie Rumsby**, Save the Children, Londres, Royaume-Uni ; **Jeremy Shoham**, Emergency Nutrition Network, Oxford, Royaume-Uni ; **Madeleine Thomson**, Institut international de recherches pour le climat et la société, de l'Earth Institute, Columbia University, New York, NY ; **Andrea Warren**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC ; **Sivan Yosef**, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC.

Copyright © 2015 International Food Policy Research Institute. Tous droits réservés. Pour toute autorisation de reproduction, contacter la Division Gestion des communications et des connaissances à l'adresse suivante : ifpri-copyright@cgiar.org.

Citation suggérée : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. 2015. *Rapport 2015 sur la nutrition mondiale : mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition et de développement durable*. Washington, DC.

Toutes les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires ou de toute autre organisation partenaire ayant contribué au *Rapport sur la nutrition mondiale*. Les frontières et les dénominations utilisées n'impliquent pas leur reconnaissance ou leur acceptation officielle par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI).

Institut international de recherche sur les politiques alimentaires

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

ISBN : 978-0-89629-884-2 | DOI : <http://dx.doi.org/10.2499/9780896298842>

CREDITS PHOTOS : p. 2, Associated Press ; p. 9, Panos/A. Traylor-Smith ; p. 27, Associated Press ; p. 39, Associated Press ; p. 58, E. Remsberg ; p. 75, IRRI ; p. 85, Panos/M. Ostergaard ; p. 97, Panos/J. Silberberg ; p. 107, IFPRI/J. Vivalo ; p. 120, Panos/S. Torfinn.

EDITEURS: Heidi Fritschel, Terra Carter, Pamela Stedman-Edwards et John Whitehead

CONCEPTION ET MISE EN PAGE : Julia Vivalo

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------|
| Informations complémentaires en ligne..... | xix |
| Remerciements | xx |
| Abréviations | xxii |
| Résumé analytique..... | xxiii |
| Chapitre 1 Introduction | 1 |
| Chapitre 2 Évaluation des progrès accomplis par rapport aux objectifs liés à l'état nutritionnel | 9 |
| Chapitre 3 Avancées par rapport aux engagements en faveur de la nutrition pour la croissance | 29 |
| Chapitre 4 Suivi des actions de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes | 42 |
| Chapitre 5 Augmenter les ressources financières et les capacités en faveur de la nutrition | 65 |
| Chapitre 6 Changement climatique et nutrition | 84 |
| Chapitre 7 Indicateurs des systèmes alimentaires durables et souches de la nutrition | 95 |
| Chapitre 8 Renforcement de la redevabilité des entreprises dans le domaine de la nutrition..... | 109 |
| Chapitre 9 Renforcement de la redevabilité : enseignements tirés des expériences inhérentes et étrangères au contexte de la nutrition | 121 |
| Chapitre 10 Dix appels à l'action pour renforcer la redevabilité en matière de nutrition..... | 136 |
| Annexe 1 Cibles d'amélioration de l'état nutritionnel – progrès accomplis | 143 |
| Annexe 2 Progrès réalisés sur le plan de la réalisation des engagements N4G..... | 163 |
| Annexe 3 Augmentation des ressources financières et des capacités pour la nutrition | 167 |
| Notes..... | 174 |
| Bibliographie..... | 178 |

ENCADRÉS

| | |
|---|----|
| Encadré 1.1 Ampleur de la malnutrition | 2 |
| LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 1.2 Dynamique en faveur de l'amélioration de la nutrition..... | 3 |
| LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 1.3 Avantages économiques d'une nutrition améliorée | 5 |
| LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 1.4 Points saillants du Rapport 2014 sur la nutrition mondiale..... | 7 |
| LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 2.1 Simultanéité de l'émaciation et du retard de croissance chez l'enfant | 27 |
| CARMEL DOLAN, MARTHA MWANGOME ET TANYA KHARA | |
| Encadré 4.1 Qu'est-ce que la lutte contre le vih/sida peut nous enseigner sur la création d'un environnement politique propice ?..... | 45 |
| MAURICE A. BLOEM | |
| Encadré 4.2 Le succès de la Colombie sur le front de la lutte contre la malnutrition est favorisé par l'économie et la politique, menacé par l'obésité..... | 48 |
| DIANA PARRA ET LAWRENCE HADDAD | |

ENCADRÉS SUITE

| | | |
|-------------|---|-----|
| Encadré 4.3 | Éthiopie : du programme de filet de sécurité productif vers une sensibilisation accrue à la nutrition..... | 51 |
| | ANDREA WARREN | |
| Encadré 4.4 | Que cache la forte baisse du retard de croissance infantile en tanzanie ?..... | 61 |
| | LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 4.5 | Australie : la santé pour tous dans l'état de victoria, une approche de la lutte contre l'obésité..... | 62 |
| | SHELLEY BOWEN | |
| Encadré 5.1 | Tanzanie : dépenses publiques allouées à la nutrition..... | 67 |
| | LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 5.2 | Objectifs de dépenses nationales en faveur de la nutrition : quelles leçons tirer des déclarations d'abuja et de maputo ? | 78 |
| | FRANCIS ROBERTS ET MARIE RUMSBY | |
| Encadré 5.3 | Du mantra mondial aux résultats locaux : renforcer les impacts sur la nutrition | 79 |
| | STUART GILLESPIE, PURNIMA MENON ET ANDREW KENNEDY | |
| Encadré 5.4 | Pour une nouvelle génération de leaders de la nutrition..... | 82 |
| | KATHLEEN M. RASMUSSEN, JOHANN JERLING ET JEF L. LEROY | |
| Encadré 6.1 | Il est temps de prendre les variations saisonnières au sérieux..... | 87 |
| | EMILY BIELECKI ET JERE HAAS | |
| Encadré 6.2 | Bangladesh : le riz au carrefour du climat et de la nutrition | 90 |
| | MADELEINE THOMSON | |
| Encadré 7.1 | Élaboration d'une typologie des systèmes alimentaires | 96 |
| | RACHEL NUGENT, CAROL LEVIN ET DANIEL GRAFTON | |
| Encadré 7.2 | Nutrition en république de corée : la nécessité de s'appuyer sur des régimes alimentaires traditionnels sains | 99 |
| | HEE YOUNG PAIK | |
| Encadré 7.3 | Sélection d'indicateurs de mesure des résultats des systèmes alimentaires | 101 |
| | RACHEL NUGENT, CAROL LEVIN ET DANIEL GRAFTON | |
| Encadré 7.4 | Économie politique des systèmes alimentaires | 107 |
| | OLIVIER DE SCHUTTER | |
| Encadré 8.1 | Commercialisation des substituts du lait maternel et conflits d'intérêts : deux sujets brûlants..... | 113 |
| | ELLEN PIWOZ | |
| Encadré 8.2 | Des partenariats public-privé pour réduire la sous-alimentation | 115 |
| | JOHN HODDINOTT, STUART GILLESPIE ET SIVAN YOSEF | |
| Encadré 9.1 | Leçons tirées de la carte de score des progrès enregistrés par les pays en matière de lutte antipaludique | 124 |
| | MELANIE RENSHAW ET JOY PHUMAPHI | |
| Encadré 9.2 | Pourquoi autant de déficits de données sur la nutrition dans les pays européens ?..... | 126 |
| | LAWRENCE HADDAD | |
| Encadré 9.3 | Inde : trop de données ou pas assez ? | 127 |
| | APARNA JOHN ET PURNIMA MENON | |
| Encadré 9.4 | Les nouvelles données sur la nutrition doivent apporter plus de clarté, et non de la confusion : le cas du mali | 128 |
| | YVES MARTIN-PRÉVEL ET PATRICK EOZÉNOU | |

ENCADRÉS SUITE

| | | |
|-------------|---|-----|
| Encadré 9.5 | Utilisation des enquêtes de couverture post- événements pour orienter la couverture et la qualité des programmes nutritionnels..... | 129 |
| | JESSICA BLANKENSHIP | |
| Encadré 9.6 | Téléphones mobiles et surveillance nutritionnelle : un fort potentiel mais peu de preuves | 130 |
| | INKA BARNETT | |
| Encadré 9.7 | Indice sur l'accès aux médicaments : redevabilité et effet de levier | 133 |
| | DAMIANO DE FELICE | |
| Encadré 9.8 | Améliorer la redevabilité des actions nutritionnelles dans les situations d'urgence | 134 |
| | CARMEL DOLAN, JEREMY SHOHAM, LOLA GOSTELOW ET DAYNA BROWN | |

FIGURES

| | | |
|-------------|---|-----|
| Figure ES.1 | Avantages économiques d'une nutrition améliorée : nouvelles estimations | xxv |
| Figure 2.1 | Évaluation des progrès en matière de retard de croissance, 2014 et 2015..... | 15 |
| Figure 2.2 | Évaluation des progrès en matière d'émaciation, 2014 et 2015 | 16 |
| Figure 2.3 | Évaluation des progrès en matière d'allaitement exclusif au sein, 2015 | 16 |
| Figure 2.4 | Évaluation des progrès en matière de surpoids chez les -5 ans, en 2015 par rapport à 2014 | 18 |
| Figure 2.5 | Nombre de pays en bonne voie d'atteindre cinq cibles de l'AMS, 2015 | 18 |
| Figure 2.6 | Nombre de pays en bonne voie d'atteindre quatre cibles de l'AMS, 2014 et 2015..... | 18 |
| Figure 2.7 | Nombre de pays disposant de données permettant d'évaluer leurs progrès vis-à-vis de cinq cibles de l'AMS, 2015 | 20 |
| Figure 2.8 | Nombre de pays disposant de données permettant d'évaluer leurs progrès vis-à-vis de quatre cibles de l'AMS, 2015 | 20 |
| Figure 2.9 | Taux de retard de croissance en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens..... | 20 |
| Figure 2.10 | Taux de retard de croissance en 2005–2006 et taux de réduction annuel moyen entre 2005–2006 et 2013–2014, États indiens | 21 |
| Figure 2.11 | Taux d'émaciation en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens | 21 |
| Figure 2.12 | Taux d'allaitement exclusif au sein en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens | 22 |
| Figure 2.13 | Progrès réalisés par les pays pour enrayer la hausse du surpoids et de l'obésité chez les adultes (nombre de pays dans chaque région de l'ONU)..... | 23 |
| Figure 2.14 | Prévalence moyenne de l'obésité chez les hommes et les femmes adultes, par région de l'ONU, 2010 et 2014 | 24 |
| Figure 3.1 | Taux de réponse des signataires du N4G | 31 |
| Figure 3.2 | Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014 et 2015 | 31 |
| Figure 3.3 | Progrès réalisés par rapport aux engagements N4G par le groupe de signataires, 2015 | 32 |
| Figure 3.4 | Cibles nationales en matière de retard de croissance par rapport aux cibles mondiales appliquées aux pays..... | 34 |
| Figure 3.5 | Synthèse des progrès par rapport aux engagements pris au N4G, 2014 et 2015..... | 39 |
| Figure 3.6 | Pourcentage des engagements N4G de 2013 jugés conformes aux principes SMART | 40 |
| Figure 4.1 | Actions visant à créer un environnement politique propice à la promotion de la nutrition..... | 44 |
| Figure 4.2 | Couverture de la supplémentation en vitamine A dans 39 pays, 2000, 2012 et 2013 | 59 |
| Figure 4.3 | Couverture de cinq interventions en Indonésie, moyenne nationale et huit provinces..... | 59 |
| Figure 5.1 | Dépenses des bailleurs de fonds au titre de l'APD dans des interventions spécifiques à la nutrition, 2004–2013 | 69 |

FIGURES SUITE

| | | |
|------------|---|-----|
| Figure 5.2 | Dépenses des bailleurs de fonds au titre de l'APD dans des interventions spécifiques à la nutrition, par membre du CAD | 70 |
| Figure 5.3 | Évolution des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G en faveur de la nutrition, au titre de l'APD 2010–2013 | 71 |
| Figure 5.4 | Évolution des décaissements des bailleurs de fonds signataires du N4G en faveur de la nutrition, au titre de l'APD 2010–2013..... | 71 |
| Figure 5.5 | Répartition des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G spécifiques à la nutrition et y contribuant, 2012 | 72 |
| Figure 5.6 | Répartition des décaissements des bailleurs de fonds signataires du N4G spécifiques à la nutrition et y contribuant, 2012 | 72 |
| Figure 5.7 | Répartition par région des dépenses spécifiques à la nutrition et y contribuant, six bailleurs de fonds, 2012 (% du total) | 73 |
| Figure 5.8 | Répartition par pays des dépenses spécifiques à la nutrition et y contribuant, six bailleurs de fonds (millions de dollars EU) | 74 |
| Figure 5.9 | Part des pays dans les décaissements pour la nutrition par rapport à la proportion d'enfants de moins de 5 ans en retard de croissance et d'enfants souffrant d'émaciation | 74 |
| Figure 6.1 | Liens conceptuels entre le changement climatique et la nutrition | 86 |
| Figure 6.2 | Principaux systèmes agricoles de gestion des eaux susceptibles de subir les effets du changement climatique | 88 |
| Figure 6.3 | Variation du retard de croissance en fonction du mois de naissance chez les enfants de moins de 3 ans, en Inde | 89 |
| Figure 6.4 | Production de riz et ampleur des inondations au Bangladesh..... | 91 |
| Figure 6.5 | Cours du riz et taux d'insuffisance pondérale chez les enfants au Bangladesh..... | 91 |
| Figure 6.6 | Effets du type de régime alimentaire sur les émissions de gaz à effet de serre..... | 92 |
| Figure 6.7 | Quels pays ont intégré le climat ou le changement climatique dans leurs programmes nationaux de nutrition et comment ?..... | 93 |
| Figure 7.1 | Dépenses des ménages consacrées à l'alimentation et aux fruits et légumes, par type de système alimentaire | 103 |
| Figure 7.2 | Volatilité des prix des aliments et dépendance vis-à-vis des aliments de base, par type de système alimentaire | 103 |
| Figure 7.3 | Évolution du commerce de détail des aliments transformés, par type de système alimentaire, 2000–2014 | 104 |
| Figure 7.4 | Consommation d'aliments de base et de protéines d'origine animale par habitant, par type de système alimentaire | 104 |
| Figure 7.5 | Prévalence du surpoids et du diabète, par type de système alimentaire..... | 105 |
| Figure 7.6 | Prévalence de la carence en vitamine A, du retard de croissance chez l'enfant, et de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, par type de système alimentaire | 105 |
| Figure 7.7 | Trois indicateurs de viabilité environnementale, par type de système alimentaire..... | 106 |
| Figure 8.1 | Scores moyens par catégorie des 25 entreprises sur leurs engagements, performances, et informations publiées dans l'ATNI 2013 | 117 |
| Figure 9.1 | Classement des pays par rapport à leurs engagement à réduire la faim et améliorer la nutrition ... | 123 |
| Figure 9.2 | Pourcentage de points de données manquant dans les profils nutritionnels nationaux pour les pays des sous-régions des Nations Unies (population pondérée et ajustée pour le groupe de revenu du pays) | 125 |
| Figure 9.3 | Capacités statistiques nationales et déficits de données..... | 131 |

TABLEAUX

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 1.1 | Comment la nutrition peut contribuer aux objectifs de développement durable (ODD) | 4 |
| Tableau 2.1 | World Health Assembly Global Targets 2025 to improve maternal, infant, and young child nutrition | 11 |
| Tableau 2.2 | Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays vers l'atteinte de la cible de l'AMS pour l'émaciation..... | 12 |
| Tableau 2.3 | Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays vers l'atteinte de la cible de l'AMS pour les enfants en surpoids | 12 |
| Tableau 2.4 | Critères de classification des avancées sur le front de l'allaitement exclusif au sein des enfants de moins de 6 mois..... | 13 |
| Tableau 2.5 | Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays vers l'atteinte des cibles d'émaciation et d'anémie de l'AMS | 13 |
| Tableau 2.6 | Nombre de pays en bonne et en mauvaise voie en 2014, selon les règles de 2014 et 2015 | 14 |
| Tableau 2.7 | Nombre de pays en bonne voie d'atteindre chaque cible nutritionnelle mondiale de l'AMS, en 2014 et 2015 | 15 |
| Tableau 2.8 | Suivi de l'allaitement exclusif au sein dans les 78 pays disposant de données pour réaliser une évaluation | 17 |
| Tableau 2.9 | Nombre de pays en bonne voie d'atteindre cinq cibles de l'AMS, 2015..... | 19 |
| Tableau 2.10 | Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays pour enrayer la hausse des taux de surpoids et d'obésité chez les adultes | 22 |
| Tableau 2.11 | Progrès réalisés par les pays pour contrôler les taux de diabète chez les adultes..... | 24 |
| Tableau 2.12 | Justification des cibles nutritionnelles mondiales proposées par l'OMS pour 2030 | 25 |
| Tableau 3.1 | Taux de réponse des signataires du N4G, 2015..... | 30 |
| Tableau 3.2 | Évaluation des engagements des pays signataires du N4G..... | 33 |
| Tableau 3.3 | Évaluation des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G..... | 35 |
| Tableau 3.4 | Évaluation des engagements des OSC signataires du N4G..... | 35 |
| Tableau 3.5 | Résumé des auto-évaluations des engagements pris au N4G par les entreprises | 36 |
| Tableau 3.6 | Évaluation des engagements des entreprises signataires du N4G en matière de main-d'œuvre | 37 |
| Tableau 3.7 | Évaluation des engagements hors main-d'œuvre des entreprises signataires du N4G | 38 |
| Tableau 3.8 | Évaluation des engagements des agences des Nations Unies signataires du N4G..... | 39 |
| Tableau 3.9 | Évaluation des engagements des autres organisations signataires du N4G | 39 |
| Tableau 4.1 | Exemples d'initiatives de suivi des environnements politiques propices à la nutrition | 46 |
| Tableau 4.2 | Comment la protection sociale peut-elle davantage contribuer à la nutrition ? Une analyse provenant du Bangladesh | 49 |
| Tableau 4.3 | Composantes contribuant à la nutrition du dernier Programme de filet de sécurité productif de l'Éthiopie (PSNP) | 50 |
| Tableau 4.4 | Exemples et preuves d'actions politiques mises en œuvre dans le monde afin d'améliorer les environnements alimentaires dans le contexte de l'obésité, 2004–2015..... | 52 |
| Tableau 4.5 | Disponibilité de données de couverture sur les interventions éprouvées recommandées pour pallier la sous-alimentation chez la mère et l'enfant | 56 |
| Tableau 4.6 | Les populations bénéficient-elles d'interventions spécifiques à la nutrition ?..... | 58 |
| Tableau 5.1 | Coûts et avantages de l'investissement dans une trousse de 10 interventions spécifiques à la nutrition, à l'échelle mondiale et dans quatre pays. | 77 |
| Tableau 7 .1 | Indicateurs utilisés pour définir la typologie des systèmes alimentaires..... | 97 |

| | | |
|--------------|--|-----|
| Tableau 7.2 | Typologie des systèmes alimentaires proposée | 98 |
| Tableau 7.3 | Proposition d'indicateurs de tableau de bord pour l'évaluation des résultats des systèmes alimentaires | 100 |
| Tableau 7.4 | Indicateurs de tableau de bord appliqués à 10 exemples de pays | 102 |
| Tableau 8.1 | Exemples d'activités commerciales qui influent sur l'état nutritionnel, par secteur et domaine d'activité..... | 111 |
| Tableau 8.2 | Exemples d'actions par lesquelles les entreprises influencent l'état nutritionnel | 112 |
| Tableau 8.3 | Relations de redevabilité entre entreprises, gouvernements et société civile | 116 |
| Tableau 8.4 | Indicateurs de l'ATNI 2013 sur lesquels les 25 entreprises ont obtenu la note 0 | 118 |
| Tableau 9.1 | Indicateurs disponibles dans moins de la moitié des profils nutritionnels des pays | 125 |
| Tableau 9.2 | Paysage des mécanismes de redevabilité sociale et communautaire | 132 |
| Tableau A1.1 | Valeurs les plus courantes des six indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) retenues pour tous les pays..... | 143 |
| Tableau A1.2 | État d'avancement (en bonne/mauvaise voie) de 5 des 6 indicateurs AMS dans tous les pays | 148 |
| Tableau A1.3 | Prévalence de l'obésité en 2010 et 2014 et évaluation des progrès dans tous les pays | 158 |
| Tableau A2.1 | Cibles nationales contre cibles mondiales à l'échelle des pays..... | 163 |
| Tableau A2.2 | Évaluation des engagements financiers des bailleurs de fonds dans le Pacte en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G) | 164 |
| Tableau A3.1 | Estimations préliminaires de la limite supérieure des dotations en faveur de la nutrition dans les budgets gouvernementaux..... | 167 |
| Tableau A3.2 | Estimations préliminaires des dotations en faveur de la nutrition dans les budgets publics | 172 |
| Tableau A3.3 | Bailleurs de fonds signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance et leurs engagements et décaissements annoncés pour 2013..... | 173 |

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN LIGNE

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

PROFILS NUTRITIONNELS

Profil nutritionnel global (données disponibles pour 84 indicateurs à l'échelle mondiale)

Profil nutritionnels régionaux et sous-régionaux (données disponibles pour 84 indicateurs, sur 6 régions et 22 sous-régions de l'Organisation des Nations Unies)

Profil nutritionnels des pays (données disponibles pour 84 indicateurs, sur chacun des 193 États membres de l'Organisation des Nations Unies)

TABLEAUX DE SUIVI DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE (NUTRITION FOR GROWTH – N4G)

Progrès des pays : tableau de suivi N4G

Progrès des entreprises : tableau de suivi N4G

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

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

Progrès des autres organisations : tableau de suivi N4G

Progrès des Nations Unies : tableau de suivi N4G

ANNEXES EN LIGNE

Annexe 4 Évaluation du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*

Annexe 5 Évaluations complémentaires des progrès des pays vers les objectifs nutritionnels mondiaux

Annexe 6 Caractéristiques des trois principaux programmes de développement du leadership en nutrition

Annexe 7 Classement des systèmes et régimes alimentaires

Annexe 8 Résumé des résultats de l'Indice d'accès à la nutrition (Access to Nutrition Index – ATNI)

Annexe 9 Données des enquêtes réalisées en Inde

Annexe 10 Estimations de la couverture des traitements pour la malnutrition aiguë sévère (MAS)

PLATEFORME DE DONNÉES ET VISUALISATION

REMERCIEMENTS

Le Groupe d'experts indépendants (GEI) pour le *Rapport sur la nutrition mondiale* souhaite remercier un grand nombre de personnes et d'organisations pour leur appui et leurs contributions à l'élaboration et à la livraison du rapport 2015.

Nous adressons nos remerciements aux auteurs principaux, Lawrence Haddad et Corinna Hawkes, ainsi qu'à l'équipe chargée de la rédaction et de l'analyse des données : Kamilla Eriksen, Komal Bhatia et Natasha Ledlie, assistée de Julia Krasevec, Monika Blossner et Elaine Borghi. Nous remercions également tous les auteurs extérieurs qui ont contribué à des chapitres, sections et encadrés spécifiques. Nous exprimons également notre reconnaissance au Secrétariat du rapport, basé à l'Institut d'études sur le développement (Institute of Development Studies - IDS) et coordonné par Tara Shyam.

Le GEI exprime sa gratitude à l'importante équipe de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, à commencer par le directeur général Shenggen Fan, la directrice de la Division pauvreté, santé et nutrition Marie Ruel, Derek Headey et Stuart Gillespie. Nous remercions la directrice de la Gestion des communications et des connaissances de l'IFPRI Gwendolyn Stansbury, et son équipe : Tamar Abrams, Sayeeda Afreen, Melanie Allen, Luz Marina Alvaré, Mulugeta Bayeh, Terra Carter, Patricia Fowlkes, Heidi Fritschel, Michael Go, Marcia MacNeil, Andrea Pedolsky, David Popham, Nilam Prasai, Ghada Shields, Pamela Stedman-Edwards, Julia Vivalo et John Whitehead. Nous sommes également reconnaissants à David Governey, Lynette Aspillera et Catherine Gee pour leur appui administratif.

Nous voudrions aussi exprimer notre reconnaissance aux personnes suivantes pour l'aide apportée au niveau des données et des méthodes : Julia Krasevec, Holly Newby, Werner Schultink, Tom Slaymaker et France Begin (UNICEF), ainsi que Monika Blossner, Elaine Borghi, Laurence Grummer-Strawn et Mercedes de Onis (OMS), pour l'accès anticipé aux données pour les indicateurs sur les objectifs de nutrition de l'AMS, Robert Bain et Tom Slaymaker (UNICEF), pour l'accès aux séries de données de l'UNICEF-OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène en 2015, David Clark (UNICEF), pour l'accès aux données sur la mise en œuvre nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (mise à jour de 2015), Britt Broersen, Inge D. Brouwer, Saskia Osendarp (Groupe de travail néerlandais sur la nutrition dans le monde) et Gillian Swann (Public

Health England – Santé publique britannique), pour les informations fournies sur les déficits de données aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, Gretchen Stevens (OMS) et James E. Bennett (Imperial College de Londres), pour l'accès aux données sur la carence en vitamine A chez les enfants, Helena Pachon (*Flour Fortification Initiative* – Initiative d'enrichissement de la farine), pour l'accès aux données sur la législation en matière d'enrichissement de la farine de froment, Woody Wong Espejo, Maria Fe Celi Reyna, Rajith Laxman et Dolf te Lintelo (IDS), pour l'accès aux données et aux analyses sur la sous-alimentation et l'obésité dans les plans nationaux de développement et les stratégies de croissance économique, Emma Asciutti, Ana Ferreira da Fonseca et Marina Schkot (IDS), pour l'analyse budgétaire dans l'exercice d'allocation des budgets à la nutrition de SUN, Patrizia Fracassi, Alam Khattak, Fanny Granchamp, Delphine Babin-Pellier et Edwyn Shiell (secrétariat du Mouvement SUN), pour la coordination de l'exercice d'allocation des budgets de SUN et l'accès aux données, Clara Picanyol (Oxford Policy Management), pour son apport et ses observations sur la méthodologie adoptée pour l'exercice d'allocation des budgets de SUN, Jose Luis Alvarez (Coverage Monitoring Network – Réseau de gestion de la couverture et Action contre la faim, Royaume-Uni), pour l'accès aux données et ses conseils, et Saba Marzara (indépendante) pour avoir référencé et revu les profils nutritionnels des pays.

Pour avoir facilité l'examen par les pairs du rapport 2015, le GEI remercie Richard Horton, Pamela Das et Udani Samarasekera du *Lancet*, ainsi que les quatre réviseurs anonymes du *Lancet* pour leurs observations. Nous sommes également reconnaissants des commentaires envoyés sur le projet de rapport par les personnes et organisations suivantes : Glen Tarman et ses collègues (Action contre la faim, Royaume-Uni), Kate Goertzen (ACTION), Mark Rice et Anushree Shiroor (RESULTS), Inge Kauer et Rachel Crossley (Access to Nutrition Index), Ellen Piwoz, Shawn Baker et Neil Watkins (Fondation Bill & Melinda Gates), Erin Mclean et Joann Purcell (gouvernement canadien), Augustin Flory et Jo Lofthouse (Children's Investment Fund Foundation, CIFF), Joanna Francis, Jennifer Thomson et Leni Martinez (Concern Worldwide), Jane Edmondson, Abigail Perry, Anna Salvarli, Rob Hughes et leurs collègues (Département britannique pour le développement international), les membres de la Coalition internationale en faveur de la nutrition (International Coalition for Advocacy on Nutri-

tion – ICAN), Alena Matzke et Kate Dain (NCD Alliance), Hannah Brinsden et Tim Lobstein (World Obesity Federation – Fédération internationale de l'obésité), Marie Rumsby (Save the Children, Royaume-Uni), Jonathan Tench (Réseau des entreprises SUN), David Clark, Victor Aguayo et Werner Schultink (UNICEF), Elizabeth Jordan-Bell et Anne Peniston (USAID), Meera Shekar, Julia Dayton Eberwein, Jakub Jan Kakiemek et Audrey Pereira (Banque mondiale), Bryony Sinclair et Louise Codling (World Cancer Research Fund – Fonds mondial de recherche contre le cancer, Royaume-Uni), Courtney Scott (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Francesco Branca et Mercedes de Onis (OMS), Kathleen Beckmann et ses collègues (ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement), Klaus Kramer (Sight and Life), et Terry Wefwafwa (indépendant).

Pour leur engagement continu et leurs conseils, le GEI aimerait remercier le Groupe des parties prenantes à ce rapport : les co-présidents, Augustin Flory (CIFF) et Ferew Lemma (ministère de la Santé, Éthiopie), ainsi qu'Abdoulaye Ka (Cellule de lutte contre la malnutrition, Sénégal), Anna Lartey (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), Chris Osa Isokpunwu (point focal SUN, Nigeria), David Nabarro (bureau du Secrétaire général des Nations Unies, secrétariat du Mouvement SUN), Edith Mkawa (bureau du Président, Malawi, point focal SUN), Francesco Branca (OMS), Milton Rondo Filho (ministère des Affaires étrangères, Brésil), Jane Edmondson (Département britannique pour le développement international), Jean-Pierre Halkin (Commission européenne, réseau des bailleurs de fonds SUN), Jésus Búlux (secrétariat de Sécurité alimentaire et nutritionnelle, Guatemala), Jo-Ann Purcell (gouvernement canadien, réseau des bailleurs de fonds

SUN), John Cordaro (Mars, réseau des entreprises SUN), Kate Houston (Cargill, réseau des entreprises SUN), Lucero Rodriguez Cabrera (ministère de la Santé, Mexique), Lucy Sullivan (1 000 jours, réseau des OSC SUN), Marc Van Ameringen (Global Alliance for Improved Nutrition – Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, réseau des entreprises SUN), Martin Bloem (Programme alimentaire mondial), Muhammad Aslam Shaheen (Planning Commission – Commission de planification, Pakistan), Nina Sardjunani (ministère de la Planification du développement national, Indonésie), Shawn Baker (Fondation Bill & Melinda Gates, réseau des bailleurs de fonds SUN), Tom Arnold (Institute of International and European Affairs – Institut des affaires européennes et internationales, coordonnateur SUN par intérim), et Werner Schultink (UNICEF). Nous remercions aussi Anna Taylor (Food Foundation – Fondation pour l'alimentation), Leith Greenslade (Alliance de la santé pour les OMD, ONU), Glenn Denning (Sustainable Development Solutions Network – Réseau de solutions pour le développement durable, Université de Columbia), ainsi que Luz Maria de Regil et Joel Spicer (Micronutrient Initiative) pour leur soutien constant.

Le GEI souhaite enfin remercier les organisations suivantes pour leur appui financier au rapport 2015 : 1 000 Jours, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Programme de recherche du CGIAR sur l'agriculture pour la nutrition et la santé, le Children's Investment Fund Foundation, la Commission européenne, le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement, le gouvernement canadien, le gouvernement néerlandais, Irish Aid, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Département britannique pour le développement international (DFID).

ABRÉVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| AMS | Assemblée mondiale de la santé |
| APD | Aide publique au développement |
| CAD | Comité d'aide au développement de l'OCDE |
| CAMPP | Croissance annuelle moyenne en points de pourcentage |
| CIN2 | Deuxième Conférence internationale sur la nutrition |
| EDS | Enquête démographique et de santé |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| FAP | Femmes en âge de procréer |
| GNR | Rapport sur la nutrition mondiale (<i>Global Nutrition Report</i>) |
| HANCI | Indice d'engagement sur la faim et la nutrition (<i>Hunger and Nutrition Commitment Index</i>) |
| IDS | Institute of Development Studies |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| MAD | Régime minimal acceptable (<i>Minimum Acceptable Diet</i>) |
| MAM | Malnutrition aiguë modérée |
| MAS | Malnutrition aiguë sévère |
| MDA | Ministères, départements et agences |
| MDD | Diversité alimentaire minimale (<i>Minimum Diet Diversity</i>) |
| MICS | Enquête en grappes à indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>) |
| MNT | Maladie non transmissible |
| NEPAD | Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Économiques |
| ODD | Objectif de développement durable |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| OSC | Organisation de la société civile |
| PDDAA | Programme détaillé de développement de l'agriculture africaine |
| PPA | Parité du pouvoir d'achat |
| R4D | Institut des résultats pour le développement |
| SMART | Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps |
| SUN | Mouvement pour le renforcement de la nutrition (<i>Scaling Up Nutrition – SUN</i>) |
| TCAM | Taux de croissance annuel moyen |
| TRAM | Taux de réduction annuel moyen |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

TANDIS QUE NOUS ENTRONS DANS L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD), LE MONDE EST CONFRONTÉ À DE NOMBREUX PROBLÈMES APPAREMMENT INSOLUBLES. La malnutrition ne devrait pas en faire partie. Les pays déterminés à enregistrer des avancées rapides sur le front de la réduction de la malnutrition ont les moyens d'y parvenir. Si les gouvernements veulent atteindre la cible de l'ODD sur l'éradication de toutes les formes de malnutrition d'ici 2030, il leur suffit de suivre les voies clairement tracées pour ce faire. De nombreux leviers sont à notre disposition et ce rapport fournit de multiples exemples de pays qui ont su les actionner.

Un combat efficace contre la malnutrition est également crucial pour la réalisation de nombreux autres ODD. Une alimentation saine est le signe que la population a réalisé ses droits à l'alimentation et à la santé. Elle est le reflet de la réduction des inégalités dans notre monde. Sans une bonne alimentation, les êtres humains ne peuvent pas réaliser leur plein potentiel. L'amélioration de l'état nutritionnel permet à la fois de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté et de générer une croissance économique largement partagée. Elle se traduit en outre par une multitude de retombées positives pour les individus, les familles, les communautés et les pays. Une bonne alimentation constitue non seulement le fondement du développement individuel, mais aussi la structure sur laquelle chacun s'appuie pour réaliser son plein potentiel. Une alimentation saine est pour ainsi dire un moteur essentiel du développement durable.

Cependant, la malnutrition constitue un problème d'une ampleur colossale dans le monde entier, suffisamment sérieux pour remettre en cause les objectifs

MESSAGES-CLÉS

1. L'éradication de la malnutrition sous toutes ses formes fera avancer le développement durable. Ce point doit être plus vivement souligné dans le cadre des efforts pour suivre et réaliser les objectifs de développement durable.
2. Malgré les immenses progrès en cours pour réduire la malnutrition, les avancées sont encore trop lentes et trop irrégulières, et certaines formes de malnutrition connaissent même une augmentation, notamment le surpoids et l'obésité chez les adultes.
3. Les actions concrètes pour combattre la malnutrition, soutenues par des financements, gagnent en ampleur, mais pas suffisamment pour atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) pour 2025 ou l'ODD relatif à l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030. Il faudra multiplier de manière significative les engagements et les financements en faveur de la nutrition afin d'atteindre ces cibles mondiales tout à fait réalisables.
4. Il est possible de créer un cercle vertueux d'amélioration de la nutrition et de développement durable si les actions ciblant la malnutrition sous toutes ses formes sont intégrées aux principaux secteurs du développement.
5. Il faut renforcer la redevabilité de tous les acteurs de la nutrition afin d'exploiter pleinement ce cercle vertueux entre le développement durable et la nutrition.
6. Une réduction importante de la malnutrition, sous toutes ses formes, est possible d'ici 2030.

de développement durable. La malnutrition revêt de nombreuses formes : des enfants et des adultes qui n'ont que la peau sur les os, des enfants qui ne grandissent pas convenablement, des individus en mauvaise santé à cause de carences de nutriments dans leur alimentation, des personnes obèses ou atteintes de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. La malnutrition touche tous les pays et une personne sur trois sur la planète. Près de la moitié des pays sont accablés par plusieurs fardeaux sévères de la malnutrition tels les problèmes de croissance chez l'enfant, les carences en micronutriments, et le surpoids adulte.

Cette menace ne cesse de s'aggraver. Certaines formes de malnutrition, notamment le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, enregistrent un déclin, quoique trop lent et irrégulier. D'autres formes connaissent une stagnation, à l'instar de l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Enfin, d'autres fardeaux de la malnutrition sont en augmentation, par exemple le surpoids et l'obésité chez les adultes.

Pourtant, il ne faut pas s'y méprendre : certains pays ont réalisé d'immenses progrès dans la lutte contre la malnutrition. Le *Rapport sur la nutrition mondiale* de 2014 faisait déjà état des progrès éblouissants réalisés par le Bangladesh, le Brésil, la Colombie, le Pérou, le Vietnam et l'État indien du Maharashtra. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* de 2015, nous analysons les dernières avancées importantes réalisées récemment en Égypte, en Éthiopie, au Kenya, au Népal, au Rwanda, en Tanzanie et dans presque tous les États indiens dans ce domaine.

Comment ces pays et ces États y sont-ils parvenus ? Notre analyse semble indiquer qu'ils ont fait jouer plusieurs facteurs pour relever le défi de la malnutrition. Les particularités diffèrent d'un pays à l'autre, mais leur réussite suit un schéma commun. Chacun d'entre eux a créé un environnement politique propice aux actions visant à améliorer la nutrition, a réalisé les investissements promis en faveur d'interventions nutritionnelles rentables et à fort impact, et a adopté des politiques dans un vaste éventail de secteurs économiques et sociaux qui devraient contribuer à l'amélioration de la nutrition.

Il s'établit ainsi un cercle vertueux d'accroissement des performances entre l'amélioration de l'état nutritionnel et le développement durable. D'une part, les individus qui ne souffrent plus de malnutrition sont plus à même de réaliser leur potentiel et celui de leur famille, de leur communauté et de leur pays. Ils seront les moteurs du développement durable. D'autre part, les politiques de développement durable soucieuses de la nécessité d'améliorer la nutrition entraînent à leur tour des améliorations nutritionnelles plus rapides. Ce cercle vertueux n'a pas encore été complètement mis en place ; ce rapport propose donc des recommandations à cette fin.

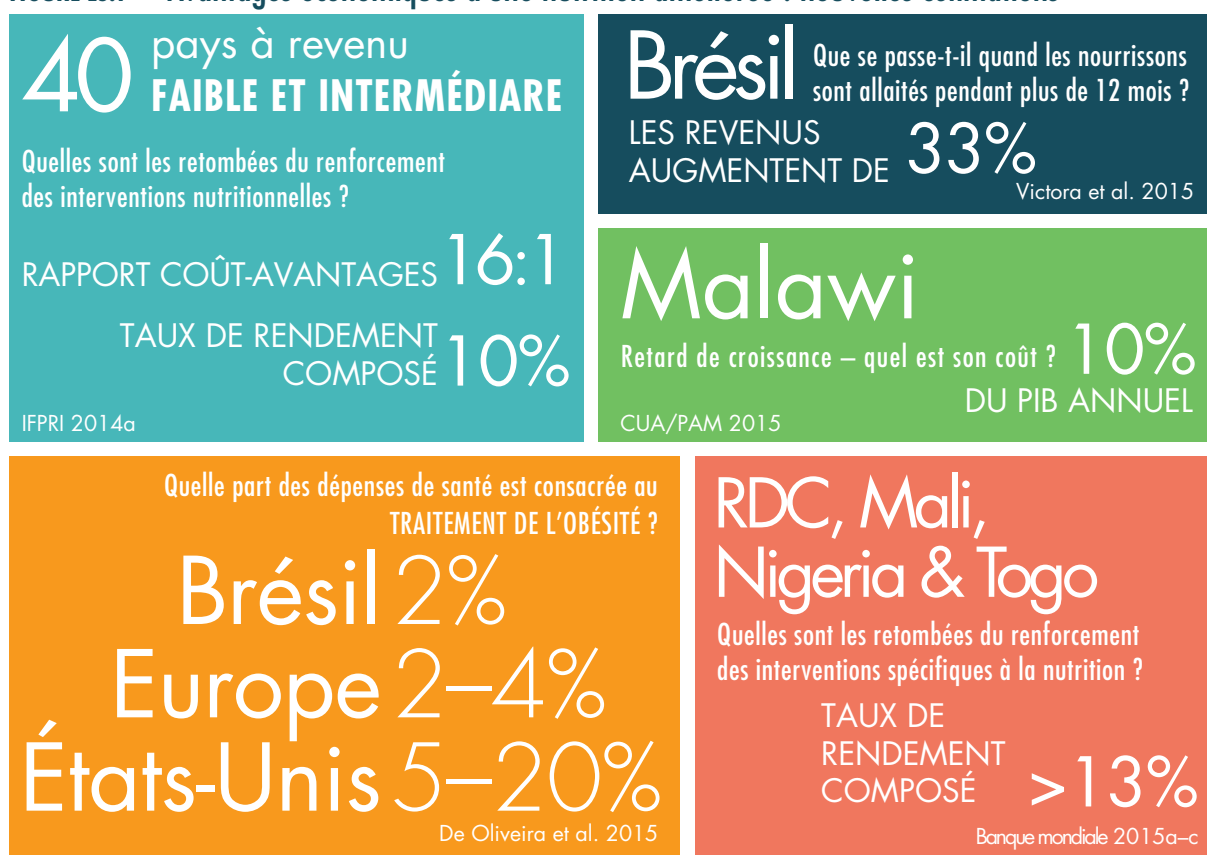
En vue de contribuer à la réalisation de cet objectif, le *Rapport sur la nutrition mondiale* cherche à suivre les

progrès, accélérer les actions nutritionnelles et renforcer la redevabilité. Plus particulièrement, ce rapport démontre que, pour s'inspirer au mieux des succès obtenus, nous devons franchir plusieurs étapes :

- 1. ATTEINDRE LES CIBLES RELATIVES AUX RÉSULTATS ET AUX PRATIQUES EN MATIÈRE DE NUTRITION, ET CONCRÉTISER LES PROMESSES D'ACTION.** Ces dernières années, les pays, les bailleurs de fonds, les agences de développement, les entreprises et de nombreux autres acteurs se sont engagés publiquement à combattre la malnutrition. Il est temps aujourd'hui de concrétiser ces engagements. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* évalue les progrès dans quatre domaines : 1) Dans quelle mesure les pays ont-ils atteint les cibles mondiales pour la nutrition de l'AMS relatives au retard de croissance, à l'émaciation et au surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, à l'allaitement maternel exclusif des nourrissons et à l'obésité des adultes ? 2) Les 90 signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance respectent-ils leurs engagements ? 3) Dans quelle mesure des actions (interventions, programmes et politiques) sont-elles entreprises pour enrayer la malnutrition sous toutes ses formes ? 4) Et quelle est la mesure des efforts déployés pour augmenter les financements et les capacités en faveur de la nutrition afin de répondre aux besoins nutritionnels ?
- 2. DONNER CORPS AU CERCLE VERTUEUX DE LA NUTRITION AMÉLIORÉE ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE.** Les forces qui entravent la qualité de l'état nutritionnel sont puissantes et multisectorielles, si bien qu'elles doivent être combattues par des forces tout aussi puissantes et multisectorielles. Ce rapport identifie des opportunités, des actions et des mesures importantes pour accélérer l'amélioration de la nutrition au sein des politiques relatives au changement climatique, des systèmes alimentaires et des plateformes commerciales. L'amélioration de l'état nutritionnel entraînera à son tour celle du développement durable.
- 3. RENFORCER LA REDEVABILITÉ DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION.** Notre capacité à amener les responsables à rendre des comptes sur leurs engagements doit être forte. Grâce à une redevabilité renforcée, toutes les parties prenantes, existantes ou nouvelles, seront davantage portées à croire que leurs actions auront un véritable impact, que les goulets d'étranglement qui entravent les progrès seront identifiés et éliminés, et que leurs réussites inspireront les autres. Ce rapport souligne les déficits de redevabilité et d'information et donne des exemples de méthodes pour les combler.

La dynamique en faveur de l'amélioration de la nutrition ne cesse de s'amplifier aux niveaux mondial et national. Cet engagement doit être garanti à long terme, multiplié

FIGURE ES.1 Avantages économiques d'une nutrition améliorée : nouvelles estimations



de manière exponentielle et transformé en autant de reculs caractérisés des problématiques. Cet impératif est le moteur du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*. Les données et les analyses proposées dans ce rapport aboutissent à six messages-clés et dix appels à l'action.

MESSAGE 1 L'éradication de la malnutrition sous toutes ses formes favorisera le développement durable. Ce point doit être souligné dans le cadre des efforts pour suivre et réaliser les objectifs de développement durable.

- L'amélioration de l'état nutritionnel des individus contribuera sensiblement à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la pauvreté, de la faim et de la nutrition, de la santé, de l'éducation, du genre, de l'emploi, de la croissance, des inégalités et du changement climatique.
- De nouvelles données sur les retombées économiques des investissements dans l'amélioration de la nutrition confirment que ces retombées demeurent élevées (Figure ES.1). En effet, elles dépassent nettement les

rendements générés par le marché boursier des États-Unis ces 70 dernières années.

- En dépit de ces résultats tangibles, la nutrition demeure sous-représentée dans les ODD. En 2014, nous avons signalé que la nutrition n'était mentionnée que dans un seul des 169 ODD ; cette situation reste inchangée à ce jour. La nouvelle documentation relative aux ODD révèle également que la surcharge pondérale et l'obésité ne sont pas mentionnées une seule fois dans l'ensemble du document et qu'aucune des trois cibles de mise en œuvre pour réaliser l'ODD no 2 (« Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable ») ne mentionne les actions nutritionnelles.

MESSAGE 2 Malgré les avancées considérables dans la réduction de la malnutrition, les progrès sont encore trop lents et trop irréguliers, et certaines formes de malnutrition, notamment le surpoids et l'obésité, augmentent chez les adultes.

- Soixante-dix pays sur 74 sont en bonne voie d'atteindre au moins une cible de l'AMS pour la nutrition sur cinq mesurées. Trente-neuf pays sur 114 sont en bonne voie d'atteindre la cible de l'AMS pour le retard de croissance, alors qu'ils n'étaient que 23 en 2014. Seuls 32 pays sur 78 sont en bonne voie d'atteindre la cible pour l'allaitement exclusif au sein, tandis que 6 pays affichent une forte tendance inverse dans ce domaine. Les avancées en matière d'atteinte de la cible pour le surpoids chez les enfants de moins de 5 ans ont été modestes.
- Selon les nouvelles données du gouvernement indien, presque tous les États du pays ont rapporté un recul important de leurs taux de retard de croissance entre 2006 et 2014, tandis que tous ont connu une forte augmentation de leurs taux d'allaitement maternel exclusif au cours de la même période.
- De nouvelles analyses révèlent qu'au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Nigeria et au Pakistan, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ne souffrant ni de retard de croissance ni d'émaciation se situe entre 43 % et 48 %. Les enfants jouissant d'une croissance saine y sont donc en minorité.
- Dans tous les pays sauf un pour lesquels des données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont disponibles, la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes est en augmentation.
- Quelque 44 % des engagements pris par plus de 100 pays et organisations au Sommet N4G de 2013 ont été évalués « en bonne voie » en 2015, tandis que 10 % sont « en mauvaise voie ». Ces pourcentages sont semblables à ceux de 2014, qui se situaient à 42 % et 9 %, respectivement.
- Une estimation préliminaire des allocations budgétaires nationales consacrées à la nutrition est de nouveau disponible dans 30 pays. Pour les 14 pays ayant mené à bien le processus de pondération, l'estimation des allocations en faveur de la nutrition va de 0,06 % à 2,90 % du budget total de l'État. La médiane est de 1,3 %.
- Les décaissements des bailleurs de fonds consacrés à des interventions spécifiques à la nutrition ont quasiment doublé entre 2012 et 2013, passant de 0,56 milliard de dollars EU à 0,94 milliard de dollars EU.
- De plus, de nouveaux mécanismes de financement de la nutrition font leur apparition : le Mécanisme de financement mondial à l'appui de l'initiative « Chaque femme, Chaque enfant » (GFF), l'initiative *Power of Nutrition* et UNITLIFE. Le sommet N4G de 2016 à Rio sera l'occasion pour les pouvoirs publics et leurs partenaires d'utiliser ces mécanismes afin d'orienter de plus amples ressources financières vers des actions visant à réduire la malnutrition.

- *L'Institut Results for Development* (R4D) et la Banque mondiale ont estimé le montant des investissements à consacrer aux interventions éprouvées pour combattre le retard de croissance afin d'atteindre la cible de l'AMS dans 37 pays durement touchés. Leur analyse suggère que les dépenses publiques nationales devraient plus que doubler jusqu'à 2025, tandis que l'aide publique au développement (APD) devrait plus que quadrupler au cours de la même période.
- Davantage de pays, à tous les niveaux de revenu, doivent dévoiler de manière plus transparente leurs allocations budgétaires consacrées à la nutrition. À cette fin, il est par exemple possible de procéder comme les 30 pays membres du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), qui ont œuvré à l'identification et à la quantification des allocations nutritionnelles dans leur budget global.
- Sur les sept bailleurs de fonds ayant fait état de décaissements contribuant à la nutrition en 2012 et 2013, cinq ont signalé une augmentation d'une année sur l'autre, mais plus de 90 % du total de cette augmentation provenait du Royaume-Uni. Aucune information n'est disponible sur les secteurs ayant bénéficié de décaissements contribuant à la nutrition, alors que, si elles étaient connues, ces informations aideraient à guider les actions des pays et des bailleurs de fonds.

MESSAGE 3 Les actions concrètes contre la malnutrition, soutenues par des financements, gagnent en ampleur, mais pas suffisamment pour atteindre les cibles de l'AMS pour 2025, ou de l'ODD ciblant l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030. Il faudra multiplier de manière significative les engagements et les financements en faveur de la nutrition afin d'atteindre ces cibles mondiales tout à fait réalisables.

- La Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), organisée à Rome en novembre 2014, de même que son cadre pour l'action, ont affirmé et stimulé l'engagement des pays à éradiquer la faim et la malnutrition sous toutes ses formes.
- Les projets sont bien avancés pour organiser un éventuel sommet phare en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G) à Rio de Janeiro en 2016, et pour la formulation d'un pacte robuste pour la nutrition.

- En 2013, seuls 16 des 29 bailleurs de fonds de l'OCDE ont fait état de dépenses spécifiques à la nutrition, d'un montant supérieur à 1 million de dollars EU. Sept de ces donateurs ont déclaré une absence totale de dépenses liées à la nutrition.
- Les pays sont plus nombreux à mettre en œuvre des politiques visant à faire évoluer les environnements alimentaires à l'échelle de toute la population, qui constituent un facteur sous-jacent de régimes alimentaires malsains, de l'obésité et de maladies non transmissibles liées à la nutrition. Les progrès restent inégaux et dominés par quelques politiques mises en œuvre dans des pays à revenu élevé.
- Malgré des décennies de débat et le fait que de nombreux pays souffrent de ces deux fardeaux simultanément, il n'existe aucun ensemble d'actions approuvées visant à enrayer à la fois la sous-alimentation et les maladies non transmissibles liées à l'obésité ou à la nutrition. Les mesures visant à créer des environnements politiques plus propices, des environnements alimentaires plus sains et des systèmes alimentaires favorables à une meilleure nutrition, ainsi que la promotion de la nutrition au cours des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant, sont autant d'occasions de lutter de manière synergique contre ces deux types de malnutrition.

MESSAGE 4 Il est possible de créer un cercle vertueux de nutrition améliorée et de développement durable en intégrant les engagements et les actions en faveur de la nutrition sous toutes ses formes aux principaux secteurs du développement.

- De nombreux secteurs (agriculture, éducation, santé, protection sociale, eau, assainissement et hygiène) peuvent avoir un impact sur la nutrition. Par cet impact, ils se rapprochent également de leurs propres objectifs sectoriels visant à réduire la pauvreté et améliorer les résultats éducatifs et sanitaires. Toutefois, bien que l'impact de ces secteurs sur les résultats nutritionnels soit de mieux en mieux compris, les effets de l'amélioration de la nutrition sur l'éducation et la pauvreté sont moins largement reconnus. Pour accélérer les améliorations nutritionnelles, nous devons accroître le nombre de secteurs qui reconnaissent leur rôle dans la réduction de la malnutrition et agissent dans ce sens. Les analyses des progrès nutritionnels en Colombie, au Népal et en Tanzanie exposées dans ce rapport confirment cette théorie et renforcent ainsi les conclusions des études

de cas sur le Brésil et l'État du Maharashtra présentées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*.

- Il convient donc de mettre en place un cercle vertueux d'améliorations dans l'état nutritionnel et d'avancées dans le domaine du développement durable. Ce rapport étudie les possibilités d'intégration des interventions nutritionnelles à la protection sociale, aux politiques climatiques, aux systèmes alimentaires et au secteur privé.

PROTECTION SOCIALE

- Comme le signalait le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, les gouvernements du monde entier consacrent de plus larges sommes aux programmes de protection sociale pour leurs citoyens, tandis qu'il existe une grande marge de manœuvre pour rendre ces programmes plus efficaces en matière de renforcement de la nutrition. Ce rapport met en exergue l'exemple du Programme de filet de sécurité productif en Éthiopie, dont la conception a été revue afin, entre autres, d'accroître son impact sur la nutrition.

CHANGEMENT CLIMATIQUE

Il faut espérer qu'un nouvel accord international sur le changement climatique, couvrant l'ensemble des pays, soit annoncé à l'occasion de la Conférence des parties de la convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques (COP21), qui se tiendra à Paris fin 2015. Sachant que la maladie, l'alimentation et le climat sont étroitement liés, cet accord pourrait offrir aux acteurs de la nutrition et du climat des occasions de travailler ensemble pour faire avancer les objectifs communs de leurs programmes.

- Les données disponibles indiquent que le changement climatique influence la nutrition sur plusieurs plans. Ces différents aspects (physique, biologique, social et économique) sont mis en lumière dans ce rapport.
- Pour les groupes les plus pauvres de nos sociétés, les fluctuations saisonnières de l'accès à l'alimentation et les vecteurs de maladies infectieuses demeurent une réalité. Ces cycles ont de profondes incidences sur l'état nutritionnel, saison après saison. Cette vulnérabilité de la nutrition face aux cycles climatiques réguliers représente un indicateur patent de la vulnérabilité de certaines populations aux phénomènes extrêmes entraînés par le changement climatique.
- Les différents régimes alimentaires se traduisent par différents systèmes de production et présentent une empreinte différente en matière d'émissions et d'utilisation des ressources. En moyenne, l'empreinte des régimes alimentaires riches en viande est généralement supérieure. Les choix alimentaires qui sont bons pour la santé peuvent également se révéler bons pour la planète.

- De plus amples efforts pourraient être déployés pour créer une situation gagnant-gagnant permettant à la fois d'améliorer la nutrition humaine et de réduire les émissions de gaz à effet de serre. Les pays commencent à intégrer les questions relatives au changement climatique dans leurs plans nutritionnels nationaux. Toutefois, il est impératif de combler les importants déficits de données, de connaissances, de politiques et de pratiques afin de concrétiser ces opportunités gagnant-gagnant qui amélioreront la nutrition tout en permettant l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets.

SYSTÈMES ALIMENTAIRES

La conférence CIN2 de novembre 2014 a mis en exergue la question des systèmes alimentaires et de leur importance pour la malnutrition sous toutes ses formes. Les données de plus en plus nombreuses sur l'augmentation de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à la nutrition dans le contexte de la sous-alimentation révèlent de plus en plus clairement que les systèmes alimentaires sont des moteurs des résultats nutritionnels.

- Les indicateurs des systèmes alimentaires peuvent être utilisés pour classer les systèmes alimentaires des pays en différents types.
- L'élaboration d'indicateurs de résultats des systèmes alimentaires peut aider les décideurs à choisir les meilleures options politiques en matière de systèmes alimentaires durables et favorables à une meilleure nutrition. Parallèlement, cela peut aider les citoyens à demander des comptes à leur gouvernement sur ses choix politiques. Nous proposons ici, à titre d'exemple, un tableau de bord composé de 10 indicateurs.
- L'absence ou la mauvaise qualité des données pose un réel défi pour la redevabilité des systèmes alimentaires en matière de nutrition et de durabilité.
- Les décisions concernant l'amélioration des systèmes alimentaires dépendent non seulement de considérations techniques, mais aussi de l'économie politique de ces systèmes.

ENTREPRISES

Les entreprises influent fortement sur la nutrition, et de différentes manières. Elles offrent sur le marché un vaste éventail de produits alimentaires et non alimentaires importants pour un bon état nutritionnel. Elles façonnent l'environnement dans lequel les individus choisissent les articles qu'ils souhaitent acheter. Elles influencent les services dont les personnes bénéficient, les conditions de travail dans lesquelles elles évoluent et les impacts environnementaux auxquels elles sont confrontées. Enfin, elles génèrent les recettes fiscales nécessaires à la prestation des services publics. Comme les autres acteurs, les entreprises font des

choix qui peuvent entraîner des résultats tant positifs que négatifs pour la nutrition. Une plus grande redevabilité des entreprises devrait contribuer à multiplier les résultats positifs et à réduire les résultats négatifs.

- De nombreuses occasions se présentent aux entreprises de promouvoir une meilleure nutrition hors des secteurs habituels. Par exemple, les réseaux de téléphonie mobile peuvent être utilisés pour communiquer des messages nutritionnels gratuits validés par les pouvoirs publics.
- Il est possible d'identifier les domaines où la redevabilité est insuffisante. Par exemple, l'indice de l'accès à la nutrition (*Access to Nutrition Index – ATNI*) de 2013 révèle que les grandes entreprises de produits alimentaires et de boissons ne respectent pas le principe de transparence dans leurs allégations sanitaires et nutritionnelles, pas plus que dans leurs activités de lobbying.
- De nombreux mécanismes sont disponibles pour amener les entreprises à rendre des comptes – des mesures législatives (telles que la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel) aux mesures volontaires (telles que l'étiquetage des aliments selon le système de « feu de signalisation ») en passant par les mesures informelles (telles que le réseau de suivi mondial INFORMAS). Toutefois, compte tenu des capacités relatives de certains gouvernements et de certaines grandes entreprises, il est probable que la mise en œuvre et l'application de ces mécanismes soient de faible ampleur.
- Pour orienter les activités des entreprises vers des résultats nutritionnels plus positifs, plusieurs éléments s'imposent : 1) le leadership qui permettra de créer un dialogue entre toutes les parties afin d'atteindre une compréhension commune des opportunités, des rôles et des responsabilités, 2) une plus grande transparence des actions menées par les entreprises et par les acteurs qui travaillent avec elles, 3) des éléments de preuve plus robustes établissant l'influence des différents types d'entreprises sur les résultats nutritionnels, 4) des mesures et des critères pour orienter les décisions concernant la meilleure manière d'engager les gouvernements et les organisations internationales avec le secteur privé, 5) des cadres publics plus porteurs pour réglementer les activités commerciales, et 6) des mécanismes de redevabilité et d'application plus robustes.

MESSAGE 5 La création d'un cercle vertueux entre le développement durable et la nutrition passe par le renforcement de la redevabilité de tous les acteurs de la nutrition.

Des mécanismes plus robustes s'imposent pour transformer les engagements en actions et donner aux éventuels nouveaux champions et investisseurs la confiance nécessaire pour redoubler d'efforts dans le domaine de la nutrition. Le rapport fait état d'engagements qui doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps (SMART). Malheureusement, trop peu d'engagements en faveur de la nutrition répondent à ces critères. Le suivi des engagements doit être plus porteur. Par exemple, les bases de données de suivi des environnements propices sont fragmentées et obsolètes. Il n'existe aucune base de données permettant d'évaluer l'influence des différents secteurs sur la nutrition. Enfin, les bases de données sur la couverture des interventions spécifiques à la nutrition ne sont pas suffisamment fournies. En outre, les mécanismes d'application prévus pour ceux qui ne respectent pas leurs engagements sont faibles.

- En réponse aux demandes de compte-rendu sur leurs progrès vis-à-vis de leurs engagements N4G, seuls 83 % des signataires ont répondu en 2015, contre 92 % en 2014. Seuls 30 % de l'ensemble des engagements N4G de 2013 sont « SMART ».
- Les données de suivi de la couverture sont limitées pour 12 interventions spécifiques à la sous-alimentation qui ont pourtant fait leurs preuves : supplémentation ou enrichissement en acide folique, iodation universelle du sel, supplémentation équilibrée en protéines et énergie, supplémentation en calcium, supplémentation en micronutriments multiples, promotion de l'allaitement, promotion d'une alimentation complémentaire, alimentation des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée, alimentation thérapeutique des enfants souffrant d'émaciation sévère, supplémentation en vitamine A, supplémentation préventive au zinc et traitement de la diarrhée par le zinc. Sur ces 12 interventions, seules quatre disposent de données comparables à l'échelle internationale, deux disposent de données collectées sur des indicateurs de remplacement, et six ne disposent d'aucune donnée comparable à l'échelle internationale. Sur les 6 interventions pour lesquelles il existe des données de couverture sous une forme ou une autre, seuls 13 pays les ont toutes collectées.
- Les rapports financiers remis par les bailleurs de fonds à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* sont contrastés. Seuls 8 des 13 bailleurs de fonds ont fourni toutes les données requises sur l'aide publique au développement. Trois grands donateurs n'ont présenté aucune donnée de décaissement. Seuls 8 donateurs ont fourni des données ventilant les activités spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition tandis que 2 grands bailleurs de fonds n'ont fourni aucune donnée ainsi ventilée.
- L'absence ou la mauvaise qualité des données pose un réel défi pour la redevabilité des systèmes alimentaires en matière de nutrition, de santé et de durabilité. Peu d'enquêtes collectent des données dans les trois domaines suivants : consommation alimentaire, production agricole et comportements et état nutritionnels.
- Il convient de porter une plus grande attention au caractère saisonnier de la collecte des données afin de pouvoir anticiper les conséquences de l'évolution du climat sur la nutrition et de s'y adapter.
- Concernant la fréquence des déficits de données dans les profils nutritionnels des pays, l'Afrique et l'Asie présentent une proportion semblable d'indicateurs disponibles (75 %). Il semble particulièrement prioritaire de collecter plus de données sur le régime alimentaire des enfants âgés de 6 à 23 mois, sachant qu'un régime alimentaire de mauvaise qualité dans cette étape du cycle de vie aura des conséquences sévères sur le développement, la mortalité et la morbidité.

MESSAGE 6 Une réduction importante de la malnutrition, sous toutes ses formes, est possible d'ici 2030.

Les pays déterminés à avancer rapidement dans le domaine de la réduction de la malnutrition disposent des moyens nécessaires pour ce faire. Ce rapport met en exergue les nombreuses opportunités disponibles sur le plan des politiques, des programmes et des investissements pour enregistrer des avancées rapides, ainsi que de nombreux exemples de pays dont les progrès ont surpris le monde entier.

- Bien qu'il soit nécessaire d'utiliser les financements existants plus efficacement pour réduire la malnutrition, il ne faut pas oublier que des financements plus importants s'imposent par ailleurs en faveur de la nutrition. Avec des ressources supplémentaires d'un montant réaliste, il est possible d'atteindre les cibles de l'AMS pour 2025.
- En juin 2015, le Groupe des Sept (G7) s'est engagé à « sortir 500 millions de personnes de la faim et de la malnutrition d'ici à 2030 dans les pays en développement » et à « améliorer la collecte des données permettant de suivre notre objectif en matière de sécurité alimentaire et, plus particulièrement, en matière de nutrition, en travaillant étroitement avec les agences des Nations Unies, l'équipe du Rapport sur la nutrition mondiale et le mouvement SUN » (Maison-Blanche 2015). Il est vital que tous les acteurs de la nutrition unissent leurs forces pour demander des comptes aux pays du G7 vis-à-vis de ces engagements.

- En 2016, trois ans après le Sommet novateur N4G de Londres, le Brésil accueillera le sommet N4G de Rio. D'immenses avancées ont été réalisées depuis 2013, dont nous pouvons nous enorgueillir. Cependant, elles ne sont pas suffisantes. À l'approche du sommet de 2016, les États, les entreprises, les organisations de la société civile, les fondations, les organismes multilatéraux et les citoyens concernés doivent prendre de nouveaux engagements qui pourront être annoncés à Rio de Janeiro. Ces engagements doivent être SMART et très ambitieux ; les personnes souffrant de malnutrition n'ont pas besoin d'engagements timides ou évasifs. Aujourd'hui, près d'une personne sur trois souffre de malnutrition sur notre planète. Les engagements ne devraient viser rien moins que l'éradication de ce fardeau.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* existe afin de suivre les progrès de l'accélération de l'amélioration nutritionnelle, d'identifier de nouvelles possibilités d'action et de renforcer notre redevabilité pour agir de manière positive en faveur de la nutrition. Dans cette optique, le *Rapport sur la nutrition mondiale* de 2016 évaluera dans quelle mesure les engagements pris au Sommet N4G de 2016 à Rio sont SMART et ambitieux, tandis que les rapports ultérieurs suivront les progrès de leur concrétisation.

DIX APPELS À L'ACTION POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ

Chaque chapitre de ce rapport recommande une série de mesures SMART visant à renforcer la redevabilité des acteurs chargés de combattre toutes les formes de malnutrition, et à les amener à rendre des comptes sur les actions qui sont prises ou sur leur inaction. Ces recommandations ont été regroupées sous forme de 10 appels prioritaires à l'action, résumés ci-dessous. Ce rapport soutient que ces appels sont nécessaires si, d'ici 2030, nous souhaitons vivre dans un monde où le mot « malnutrition » est relégué dans les manuels d'histoire.

- 1. RENFORCER LE RÔLE DE LA NUTRITION DANS L'ENSEMBLE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE.**
Reconnaissant le rôle crucial de la nutrition pour la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable, **les dirigeants des institutions financières internationales, les Nations Unies, les autres membres du groupe leader du Mouvement pour le renforcement de la nutrition et les autres champions nationaux de la nutrition** devraient activement plaider en faveur de l'intégration des indicateurs nutritionnels dans l'ensemble des indicateurs proposés à la Commission de statistique des Nations Unies fin 2015 – et soutenus par un large groupe d'organisations de la société civile – pour suivre les ODD énoncés par le Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition.
- 2. RENFORCER LA REDEVABILITÉ DES PAYS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS NUTRITIONNELS.** Les cabinets des présidents et des premiers ministres des pays en mauvaise voie d'atteindre les cibles mondiales de l'AMS visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant devraient organiser des consultations intergouvernementales, multipartites et impliquant différents acteurs afin de débattre des obstacles à la réalisation de ces cibles mondiales, des corrections de cap à apporter, et de l'assistance dont ils ont besoin. Les conclusions de ces consultations devraient être rapportées au Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G) de 2016, qui se déroulera à Rio de Janeiro sous l'égide du gouvernement du Brésil, ainsi qu'à toute autre manifestation régionale ou mondiale équivalente. Afin de renforcer la redevabilité, **tous les pays** devraient définir des objectifs nutritionnels nationaux basés sur les cibles mondiales de l'AMS visant à améliorer la nutrition chez la mère, le jeune enfant et le nourrisson, et sur les cibles relatives à la nutrition du Cadre de suivi mondial pour les maladies non transmissibles de l'OMS. Les pays devraient suivre leurs engagements envers ces cibles à l'aide de mesures de contrôle renforcées
- 3. RENFORCER LE PROCESSUS DU PACTE MONDIAL SUR LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE.** Les signataires du Pacte mondial sur la nutrition pour la croissance (*Nutrition for Growth*, N4G), adopté en 2013, doivent mettre en œuvre leurs engagements et fournir des rapports complets sur leurs progrès en vue du *Rapport sur la nutrition mondiale* à paraître en 2016. Au Sommet N4G de Rio en 2016, **un plus grand nombre d'États, d'agences internationales, de bailleurs de fonds extérieurs, d'organisations de la société civile et d'entreprises** devraient prendre des engagements N4G ambitieux et SMART. Les engagements des signataires existants et nouveaux devraient viser à atteindre les cibles mondiales pour la nutrition de l'AMS d'ici 2025 et s'aligner sur les ODD ciblant l'élimination de la malnutrition d'ici 2030.
- 4. OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS NUTRITIONNELS AVEC LES FINANCEMENTS ACTUELS.** Pour justifier les appels à une intensification des financements, les **États** et les **bailleurs de fonds** devraient continuer à investir de sorte à produire de meilleurs résultats nutritionnels avec les financements existants. Ils devraient également mettre en avant leurs efforts pour améliorer la qualité et l'efficacité des dépenses actuelles. Les **États** devraient continuer à documenter leurs dépenses en faveur de la nutrition et à collaborer avec des **chercheurs** pour estimer les coûts des stratégies de nutrition. Les **bail-**

leurs de fonds devraient déclarer leurs décaissements, et les **organisations de la société civile** continuer à exiger des budgets transparents. Les **États et les bailleurs de fonds** devraient collaborer davantage avec les **chercheurs** pour estimer les allocations budgétaires destinées à la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition

5. **AUGMENTER LES FINANCEMENTS DESTINÉS AUX ACTIONS NUTRITIONNELLES.** Les États consacrent en moyenne 1 % à 2 % de leurs budgets à la nutrition, contre environ 4 % pour les bailleurs de fonds, un niveau beaucoup trop bas pour atteindre les cibles mondiales pour la nutrition d'ici 2025. Les **États** devraient donc, au minimum, doubler la part de leurs budgets allouée à l'amélioration de la nutrition. **Les dépenses des bailleurs de fonds** en faveur de la nutrition devraient plus que doubler elles aussi.
6. **METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS POUR ENRAYER LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES.** Les **États, agences internationales, organisations de la société civile et entreprises** devraient mettre en œuvre le Cadre d'action CIN2, qui s'attaque à la malnutrition sous toutes ses formes. Pour encourager les interventions, **l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'OMS** devraient, d'ici fin 2016, élaborer des indicateurs objectifs et vérifiables pour vérifier si le Cadre d'action est correctement mis en œuvre. Le **Comité de la sécurité alimentaire mondiale** devrait cerner des opportunités pour renforcer la cohérence des actions de nutrition entre les différents secteurs. La société civile devrait intensifier ses campagnes de sensibilisation et mobiliser les appuis à la mise en œuvre du cadre d'action, et mettre en lumière les domaines dans lesquels les progrès sont lents. Afin d'inciter à mettre l'accent sur la malnutrition sous toutes ses formes, les chercheurs devraient identifier les actions luttant en synergie contre la dénutrition et l'obésité/les maladies non transmissibles liées à la nutrition et préciser les facteurs susceptibles de créer un environnement propice à l'amélioration de la nutrition.
7. **FORGER ACTIVEMENT DES ALLIANCES ENTRE LES COMMUNAUTÉS DE LA NUTRITION ET DU CHANGEMENT CLIMATIQUE AUTOUR D'OBJECTIFS COMMUNS.** D'ici la Conférence des parties à la convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP21) de novembre 2016, **les parties prenantes du**

changement climatique et de la nutrition devraient forger des alliances pour atteindre des objectifs communs. Le **Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC)** devrait mettre sur pied un groupe d'experts en nutrition, santé et climat en vue d'évaluer les travaux sur le climat et la nutrition et de définir de nouveaux programmes de recherche et de politiques. Les **pouvoirs publics** devraient intégrer explicitement le changement climatique dans leurs stratégies nationales de nutrition et de santé. Tandis que la **société civile** devrait utiliser les réseaux existants pour forger des alliances entre le secteur du changement climatique et celui de la nutrition afin de plaider en faveur de la nutrition à la COP21 et à l'occasion d'autres événements et processus de pointe axés sur le changement climatique.

8. **ÉLABORER DES INDICATEURS DE L'IMPACT DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES SUR LES RÉSULTATS NUTRITIONNELS ET SANITAIRES.** En s'appuyant sur la priorité accordée aux systèmes alimentaires lors de la conférence CIN2 de 2014, les **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires** devraient, d'ici fin 2016, proposer des indicateurs de l'impact des systèmes alimentaires sur les résultats en matière de nutrition et de santé.
9. **ŒUVRER À UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION COMMUNE DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA NUTRITION.** Une fois que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS sera finalisé, les **quatre grandes agences des Nations Unies les plus concernées par la nutrition – la FAO, l'UNICEF, le PAM et l'OMS – de concert avec d'autres organismes internationaux compétents,** devraient créer une commission inclusive, soumise à une échéance, pour clarifier les rôles et responsabilités des **entreprises** en matière de nutrition.
10. **IDENTIFIER LES DÉFICITS DE DONNÉES QUI ENTRAVENT L'EFFICACITÉ DES ACTIONS, ET LES COMBLER.** Les pays, les bailleurs de fonds et les agences devraient collaborer avec les techniciens du secteur de la nutrition pour identifier et hiérarchiser les déficits de données qui freinent l'action, puis investir dans les capacités à même de combler ces manques. **Tous les pays, y compris les États à revenu élevé,** devraient solliciter l'aide des **agences des Nations Unies** pour faciliter la conversion de leurs propres données en bases de données internationales centralisées.



1 INTRODUCTION

UNE BONNE NUTRITION EST LE SIGNE QUE LA POPULATION A RÉALISÉ SES DROITS À L'ALIMENTATION ET À LA SANTÉ. ELLE EST LE REFLET DE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DANS NOTRE MONDE. Sans une bonne alimentation, les êtres humains ne peuvent pas réaliser leur plein potentiel. L'amélioration de l'état nutritionnel permet à la fois de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté et de générer une croissance économique largement partagée. Elle se traduit en outre par une multitude de retombées positives pour les individus, les familles, les communautés et les pays. Une bonne nutrition constitue non seulement le fondement du développement individuel, mais aussi la structure sur laquelle chacun s'appuie pour réaliser son plein potentiel. Une bonne nutrition est pour ainsi dire un moteur essentiel du développement durable.

À l'opposé d'une bonne nutrition, une « mauvaise » nutrition revêt plusieurs formes : des enfants et des adultes qui n'ont que la peau sur les os, des enfants qui ne grandissent pas convenablement, des individus en mauvaise santé à cause de carences en nutriments dans leur alimentation, des problèmes d'obésité ou de maladies non transmissibles liées à l'alimentation, notamment le diabète, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers. Ces formes multiples de malnutrition ont des causes communes : régimes alimentaires de mauvaise qualité, soins défectueux à la mère et à l'enfant, accès insuffisant aux services de santé, et environnements insalubres et malsains.

ENCADRÉ 1.1 AMPLEUR DE LA MALNUTRITION

LAWRENCE HADDAD

Même s'il est impossible d'établir le nombre de personnes touchées par différentes formes de malnutrition (une même personne peut souffrir de plus d'une forme de malnutrition), l'ampleur de ce phénomène est stupéfiante :

- 2 milliards de personnes souffrent d'une carence en micronutriments (OMS, 2015m) ;
- 1,9 milliard d'adultes sont en surpoids ou obèses (OMS, 2015n) ;
- 161 millions d'enfants de moins de 5 ans ont une taille trop petite pour leur âge (retard de croissance), 51 millions ont un poids insuffisant pour leur taille (émaciation), et 42 millions sont en surpoids ; aucun de ces enfants ne grandit sainement (UNICEF/OMS/Banque mondiale, 2015) ;
- on estime à 794 millions le nombre de personnes présentant une carence en calories (FAO, 2015f) ; et
- 1 adulte sur 12 dans le monde est atteint d'un diabète de type 2 (OMS, 2015c).

Dans de nombreux pays, seule une minorité d'enfants grandit sainement. Au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Nigeria et au Pakistan, par exemple, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans sans retard de croissance ou non émaciés varie entre 43 et 48 % (cf. Encadré 2.1).

La malnutrition est un problème d'une ampleur colossale dans le monde entier, suffisamment sérieux pour remettre en cause les objectifs de développement durable pour l'ère de l'après-2015. La malnutrition frappe tous les pays du globe, soit près d'une personne sur trois dans le

monde que ce combat est complexe et qu'il nécessitera la mise en œuvre d'une série d'actions visant à : 1) renforcer l'environnement politique de manière à permettre la réduction de la malnutrition, 2) veiller à ce que tous les secteurs liés à la nutrition contribuent autant que possible à l'amélioration

Nous n'avons jamais aussi bien compris (quoique de manière imparfaite) ce qu'il fallait faire pour réduire le nombre de personnes souffrant de malnutrition.

de l'état nutritionnel des populations, et 3) étendre les interventions ciblées en matière de nutrition afin de couvrir toutes les personnes qui en ont besoin. Il va de soi que dans chaque pays, ces interventions prendront des formes différentes.

La dynamique en faveur de l'amélioration de la nutrition s'intensifie, tant à l'échelle des pays que dans le monde (cf. Encadré 1.2 pour une évolution sur l'année écoulée). Le défi consiste aujourd'hui non seulement à rendre irréversibles les engagements déjà pris à l'égard de la réduction de la malnutrition sous toutes

ses formes, mais aussi à les multiplier de façon exponentielle, pour les transformer en autant d'avancées concrètes. Il est grand temps de relever ce défi.

monde (cf. Encadré 1.1), et près de la moitié des pays sont confrontés à plusieurs formes simultanées de malnutrition (IFPRI, 2014a). La menace ne cesse de croître. Si des formes de malnutrition, comme le retard de croissance, déclinent lentement mais de manière inégale, d'autres, dont l'anémie des femmes en âge de procréer, stagnent, ou se multiplient, comme le surpoids et l'obésité.

LA NUTRITION EST UN PUISSANT MOTEUR DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

La volonté d'agir contre ce fléau n'a jamais été aussi marquée, et ses causes n'ont jamais été aussi évidentes. Nous n'avons jamais aussi bien compris (quoique de manière imparfaite) ce qu'il fallait faire pour réduire le nombre de personnes souffrant de malnutrition. Nous sa-

Ce rapport voit le jour alors que les États membres des Nations Unies doivent fixer un ensemble d'objectifs de développement durable (ODD) qui détermineront les priorités et les dépenses de développement pour les quinze années

ENCADRÉ 1.2 DYNAMIQUE EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

LAWRENCE HADDAD

La dynamique en faveur de la nutrition s'intensifie, comme l'attestent les évolutions suivantes :

- Lors de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), en novembre 2014, les États membres des Nations Unies se sont réengagés à œuvrer à l'élimination de la faim et de la malnutrition sous toutes ses formes, en accordant une priorité au renforcement des systèmes alimentaires. Ils ont, à cet effet, convenu d'un Cadre d'action global en 60 points.
- L'aide publique au développement (APD) pour les interventions spécifiques à la nutrition a pratiquement doublé entre 2012 et 2013.

- La redevabilité en matière de nutrition est renforcée : les pays membres du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) documentent leurs allocations budgétaires en faveur de la nutrition. Les fiches de résultats des nouveaux bailleurs de fonds sont publiées par ACTION. Un nouveau cycle de scores ATNI (Access to Nutrition Index) est en cours de préparation. Les groupes de recherche et de la société civile tels que le Réseau INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Noncommunicable Diseases Research, Monitoring, and Action Support) et le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) suivent activement les politiques gouvernementales de lutte contre l'obésité. L'OMS et plusieurs bailleurs de

fonds clés de la nutrition donnent, pour leur part, la priorité aux déficits de données et de capacités connexes, en vue de les combler.

Mais les phénomènes de mode dans le développement international sont fluctuants. Afin de rendre irréversibles les engagements existants à l'égard de l'amélioration de la nutrition, et de les multiplier par la suite, il conviendra d'intégrer résolument la nutrition à l'ensemble des indicateurs de mesure des progrès accomplis par rapport aux objectifs de développement durable. Un éventail plus large de secteurs devra s'engager dans l'amélioration de la nutrition, tandis que ceux qui investissent dans ce domaine devront se responsabiliser davantage vis-à-vis des citoyens en matière de prestation et d'impact de leurs investissements.

à venir. Au moment de sa rédaction, les ODD proposés, et probablement adoptés en septembre 2015, se composent de 17 objectifs et 169 cibles : 126 cibles de résultats et 43 cibles de mise en œuvre (Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable 2015). Ces objectifs sont vastes par rapport aux résultats de développement escomptés (santé, environnement, genre, éducation et pauvreté). Le deuxième ODD – « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable » – porte sur la nutrition et comprend l'objectif ambitieux d'éliminer la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030. Toutefois, dans l'ensemble, la nutrition n'y est pas suffisamment représentée. Parmi les 169 objectifs visés, le deuxième objectif est le seul à mentionner la nutrition. Aucune des trois cibles de mise en œuvre du deuxième ODD – « comment » atteindre les résultats ciblés – ne mentionne des actions liées à la nutrition. L'obésité n'est pas une seule fois mentionnée dans l'ensemble du projet de document.

Pourtant, il ne fait aucun doute que la nutrition jouera un rôle fondamental dans la réalisation du développement durable pour l'ensemble des objectifs. Une bonne

nutrition apporte une contribution vitale aux objectifs liés à la pauvreté, la santé, l'éducation, le genre, le travail, la croissance, les inégalités et le changement climatique (Tableau 1.1). Par ailleurs, un nombre croissant d'éléments concordants établit qu'une amélioration des pratiques et des résultats en matière de nutrition peut produire des retombées économiques manifestes (Encadré 1.3).

Ces preuves irréfutables nous exhortent à intégrer plus largement la nutrition dans le processus de mise en œuvre des ODD. Le recours aux indicateurs qui seront utilisés pour mesurer les progrès reste notre seule chance d'influer sur le processus. Le Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition a proposé un ensemble de huit indicateurs nutritionnels pour les ODD, bénéficiant d'un large soutien de nombreux groupes de la société civile (UNSCN 2015). Ils comprennent des indicateurs pour les six objectifs nutritionnels déjà convenus à l'unanimité par les États membres de l'Assemblée mondiale de la santé en 2012 :

1. Prévalence du retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge) chez les enfants de moins de 5 ans ;
2. Prévalence de l'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille) chez les enfants de moins de 5 ans ;

TABLEAU 1.1 Comment la nutrition peut contribuer aux objectifs de développement durable (ODD)

| Objectif de développement durable (ODD) | Pertinence de la nutrition pour l'ODD |
|---|--|
| Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde | Il est démontré que la nutrition réduit la pauvreté intergénérationnelle, améliore les performances de la main-d'œuvre, les activités rémunératrices et les niveaux de salaire. |
| Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable | La Cible 2b consiste à « éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030 ». Les indicateurs proposés pour l'ODD sont en partie associés à deux objectifs nutritionnels mondiaux de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS). L'état nutritionnel stimule la productivité des adultes dans les travaux agricoles. Un meilleur état nutritionnel des femmes favorise leur autonomisation dans les activités agricoles. |
| Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges | L'accent mis sur la période prénatale et la première partie des 1000 jours réduit le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et améliore l'état nutritionnel des femmes. Les carences en micronutriments et le retard de croissance chez les mères sont associés au taux de mortalité maternelle et à une insuffisance pondérale à la naissance. 45 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans sont imputables à la sous-alimentation. Le retard de croissance est lié au déclenchement ultérieur de maladies non transmissibles (MNT) et à une productivité moins élevée à l'âge adulte. La réduction de la surcharge pondérale et de l'obésité contribuera à une baisse des maladies non transmissibles. Les maladies infectieuses (diarrhées, paludisme, infections respiratoires aiguës, tuberculose, VIH/SIDA) sont liées à une morbidité et une mortalité imputables à l'alimentation. |
| Veiller à ce que tous puissent suivre une éducation de qualité dans des conditions d'équité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie | L'éducation est liée au développement de la petite enfance, pour laquelle la nutrition est d'une importance vitale. L'état nutritionnel des enfants au cours des 1 000 premiers jours de leur vie est associé à une scolarisation complète et réussie, particulièrement chez les adolescentes. |
| Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et filles | L'amélioration de l'état nutritionnel des filles, des adolescentes et des femmes accroît leur capacité à réussir leur scolarité et à être autonomes dans leur vie professionnelle et dans la société en général. |
| Garantir l'accès de tous à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et assurer une gestion durable des services en eau | L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont des facteurs déterminants de la nutrition. |
| Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous | Le coût de la sous-alimentation représente au moins 8 à 11 % du PIB. La prévention du retard de croissance chez les enfants se traduit par une hausse de revenus dans leur vie adulte. |
| Réduire les inégalités entre les pays et en leur sein. | L'analyse des taux de retard de croissance par quintile de richesse démontre comment les inégalités actuelles perpétuent les inégalités futures. |
| Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions | |
| Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable. | |
| Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité | Les différents types de régimes alimentaires influent sur les émissions de gaz à effet de serre et l'empreinte écologique générale liée à la production, la transformation et la distribution des aliments. |

Source: Auteurs de ce rapport et Organisation des Nations Unies (2015a).

Note: Les ODD présentés ici sont ceux de l'avant-projet du Groupe de travail ouvert des Nations Unies.

ENCADRÉ 1.3 AVANTAGES ÉCONOMIQUES D'UNE NUTRITION AMÉLIORÉE

LAWRENCE HADDAD

L'amélioration de la nutrition peut avoir des retombées importantes en termes d'avantages économiques et de réduction des coûts, comme l'attestent les estimations issues de certaines études récentes :

- Dans les zones urbaines du Brésil, une étude de cohorte prospective sur plus de 3 000 personnes suivies sur une période de 30 ans a révélé que les enfants allaités pendant plus de 12 mois ont eu une année supplémentaire d'instruction et des revenus de près d'un tiers supérieurs à ceux dont la durée d'allaitement avait été inférieure à un mois (Victora et coll., 2015). Ces effets à long terme d'une bonne nutrition sur la scolarisation et le revenu sont similaires à ceux estimés

dans le cadre de la prévention du retard de croissance au Guatemala (Hoddinott et coll., 2013).

- Le renforcement des investissements spécifiques à la nutrition en République démocratique du Congo, au Mali, au Nigeria et au Togo produirait des taux de rentabilité interne des investissements de 13 % (Shekar et coll., 2014, 2015a–c).
- Le Consensus de Copenhague de 2015 a estimé à 60 le rapport coût-avantage lié au renforcement des interventions spécifiques à la nutrition pour aborder la sous-alimentation. Ce ratio, la médiane pour un ensemble de 17 pays,

se situe à l'extrémité supérieure d'un ensemble d'estimations présentées dans le Rapport sur la nutrition mondiale 2014 (IFPRI, 2014a).

- La Commission de l'Union africaine et le Programme alimentaire mondial (PAM) ont publié une étude estimant à 10,3 %, en 2012, la baisse du PIB malawite imputable à la malnutrition (PAM, 2015).
- Une étude brésilienne a révélé que la part des dépenses de santé consacrées au traitement de l'obésité était de 2 % au Brésil, contre 2 à 4 % en Europe et 5 à 20 % aux États-Unis (de Oliveira et coll., 2015).

3. Pourcentage des nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein ;
4. Pourcentage des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) souffrant d'anémie ;
5. Prévalence de la surcharge pondérale (poids trop élevé par rapport à la taille) chez les enfants de moins de 5 ans ;
6. Pourcentage de nourrissons ayant un faible poids à la naissance (< 2500 g).

Le septième indicateur proposé, un indicateur validé de l'adéquation des nutriments (FANTA III 2014), concerne la diversité alimentaire (pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant consommé au moins 5 des 10 groupes d'aliments définis). Le huitième indicateur correspond au pourcentage du budget national alloué à la nutrition.

La prise en compte de ces indicateurs permettrait de responsabiliser les pays et autres acteurs à l'égard des mesures à prendre contre la malnutrition sous toutes ses formes. Le dernier projet d'indicateurs ne prenait néanmoins en compte que le retard de croissance et l'émaciation chez l'enfant (GTO sur les objectifs de développement durable, 2015).

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE AIDE À COMBATTRE LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES

La nutrition contribue non seulement à de nombreux aspects du développement durable, mais les données factuelles montrent que le développement durable, au sens large du terme, engendre une amélioration de la nutrition des populations. À l'échelle mondiale, la preuve est déjà faite : l'amélioration des résultats de développement – scolarisation des filles, accès à l'eau potable et à l'assainissement – et de l'approvisionnement alimentaire sont de puissants moteurs de réduction du retard de croissance (Smith et Haddad, 2015). Au niveau national, les pays et

Les données factuelles suggèrent que de nombreuses possibilités s'offrent à nous pour améliorer l'état nutritionnel.

les États particulièrement performants dans la lutte contre la malnutrition ont atteint leurs objectifs en conjuguant des progrès dans le renforcement des interventions en matière de nutrition et dans les indicateurs de développement : Vietnam (O'Donnell et coll., 2009), Brésil (Monteiro et coll., 2009), Bangladesh (Headey et coll., 2015), Népal (Headey et Hoddinott, 2014), et État du Maharashtra en Inde (Haddad et coll., 2014). Les expériences de la Colombie et de la Tanzanie, qui font l'objet d'encadrés dans les prochains chapitres, démontrent également que de nombreux facteurs sont associés à l'amélioration de l'état nutritionnel.

Ces données factuelles suggèrent que de nombreuses possibilités s'offrent à nous pour améliorer la situation nutritionnelle. Pour ce faire, nous devons nous tourner vers un large éventail d'acteurs de la nutrition pour mettre en œuvre les méthodes qui se sont révélées efficaces (Taylor et coll., 2013). Nous devons également élargir notre champ de vision et nous attaquer aux problèmes de malnutrition qui montrent peu de signes de progrès : émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, anémie chez les femmes de 15 à 49 ans, et surpoids et obésité chez les adultes.

Pour ce qui est de l'obésité, une série d'articles publiés par la revue *The Lancet* en 2015 la redéfinit en soulignant la réciprocité des environnements autour des personnes et des choix qu'elles opèrent (*The Lancet* 2015). La Commission de l'OMS sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant tente d'identifier les multiples approches susceptibles d'être plus efficaces contre l'obésité des enfants et des adolescents, et il faut espérer que ce travail contribuera à enregistrer de réelles avancées (OMS, 2015a).

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AU CLIMAT, AUX SYSTÈMES ALIMENTAIRES ET AUX ENTREPRISES

Sur la base de ces données factuelles, le présent *Rapport sur la nutrition mondiale* vise à élargir le cercle des engagements et de l'investissement dans la nutrition. En particulier, nous accordons une attention particulière au changement climatique, aux systèmes alimentaires et aux entreprises, autant de domaines où les actions des décideurs influent sur la malnutrition.

Le lien avec le climat est important à cause des relations étroites entre la maladie, l'alimentation et le climat, et parce qu'un nouvel accord international sur le changement climatique, couvrant tous les pays, devrait être annoncé à l'occasion de la prochaine Conférence des

Nations Unies sur les changements climatiques (COP21), qui se tiendra à Paris fin 2015. Cet accord pourrait offrir aux acteurs de la nutrition et du changement climatique des opportunités de collaborer plus étroitement en vue de faire avancer leurs objectifs communs.

L'attention accordée aux systèmes alimentaires répond à l'intérêt porté à cette question au cours de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), et de son rôle déterminant dans la lutte contre toutes les formes de malnutrition, y compris l'obésité.

L'attention accordée aux entreprises s'explique par les déficits de redevabilité, souvent dénoncés comme un frein aux engagements potentiellement productifs entre des acteurs publics et privés qui partagent l'objectif commun de l'amélioration de la nutrition. Compte tenu de son rôle dans la promotion de la redevabilité, le *Rapport sur la nutrition mondiale* peut contribuer à lever cet obstacle.

Mais qu'attendons-nous de ces acteurs du changement climatique, des systèmes alimentaires et des entreprises ? Pour les responsables des politiques climatiques, le rapport recommande d'accorder une attention soutenue aux habitudes alimentaires en tant que vecteur d'émissions. Il présente des recherches récentes indiquant que certains régimes alimentaires sont associés à l'amélioration de la santé et à une baisse des émissions de gaz à effet de serre. Le rapport permet aux responsables des systèmes alimentaires nationaux de mieux prendre en compte la santé et la durabilité ; il propose des actions et des politiques prometteuses, susceptibles de renforcer la salubrité du système alimentaire, ainsi qu'un tableau de bord du suivi des performances de ce système et de son impact sur la situation nutritionnelle, à des fins de responsabilisation. En ce qui concerne le monde des affaires, le rapport met en évidence des opportunités d'action, souvent négligées, certaines attitudes des grandes entreprises susceptibles d'être améliorées afin d'accroître leur performance en matière de nutrition, et des moyens de renforcer le devoir de rendre des comptes pour tous les acteurs éventuels d'un partenariat public-privé.

Quelles incitations peuvent amener les acteurs concernés à investir dans l'amélioration de la nutrition ? De manière générale, un développement plus durable, facilité par des investissements en faveur de la nutrition est bon pour tous. À mesure que la situation nutritionnelle s'améliore, les entreprises peuvent répondre aux besoins de consommateurs plus riches, et travailler avec des employés en meilleure santé. Les systèmes alimentaires qui favorisent la santé sont susceptibles d'être plus diversifiés, et donc plus résistants aux chocs extérieurs, et s'ils ne remettent pas en cause la santé humaine et planétaire, ils ont toutes les chances de s'inscrire dans la durée.

ENCADRÉ 1.4 POINTS SAILLANTS DU RAPPORT 2014 SUR LA NUTRITION MONDIALE

LAWRENCE HADDAD

- La quasi-totalité des pays recense de graves problèmes de santé dus à une forme ou une autre de malnutrition.
- Quelque 45 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans sont liés à la malnutrition (Black et coll., 2013).
- Le renforcement des interventions spécifiques à la nutrition pour atteindre 90 % de couverture produira un rapport coûts-avantages de 16/1.
- Le coût de l'obésité aux États-Unis équivaut à 10 % du revenu médian. L'Afrique et l'Asie consacrent l'équivalent de 8 à 11 % de leur PIB au traitement de la sous-alimentation chez les adultes (Tableau 2.1 du Rapport sur la nutrition mondiale 2014).
- Soixante-neuf pays sur les 99 disposant de données sont en bonne voie d'atteindre au moins une des quatre cibles mondiales pour la nutrition (retard de croissance, émaciation et surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, et anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans) adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS).
- Quelque 49 % des pays ne disposent pas de données suffisantes sur la nutrition permettant d'établir s'ils sont ou non en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales de l'AMS.

À PROPOS DE CE RAPPORT

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* est un document annuel qui évalue les progrès réalisés dans l'amélioration des résultats nutritionnels et identifie les actions à mener pour des avancées concrètes et le renforcement de la redevabilité en matière de nutrition. Il a été réclamé lors du Sommet Nutrition pour la croissance (N4G) 2013 de Londres, organisé par le Brésil et le Royaume-Uni et par le Children's Investment Fund Foundation (la fondation du fonds d'investissement pour l'enfant). Cet appel est né du principe selon lequel une forte responsabilisation contribue à créer un environnement politique plus propice aux actions en faveur de la nutrition. La notion de redevabilité renforce chez tous les acteurs, actuels ou nouveaux, la conviction que leurs actions auront un impact, que les obstacles aux progrès seront identifiés et surmontés et que leurs succès inspireront d'autres initiatives. La série des *Rapports sur la nutrition mondiale* se veut donc une intervention dans les discours actuels et une instance de gouvernance de la nutrition dans le monde.

Le premier *Rapport sur la nutrition mondiale*, publié en novembre 2014, a été lancé lors des réunions CIN2 à Rome ainsi que dans une série de 15 tables rondes à travers le monde. Il avait pour objet d'établir un état des lieux de la situation nutritionnelle dans le monde : les domaines où les acteurs de la nutrition réalisent des progrès en termes

de résultats, d'actions, et de redevabilité, et les domaines à améliorer. Il mesurait les avancées enregistrées par les pays par rapport aux six cibles mondiales de la nutrition adoptées par les membres de l'AMS en 2012 : retard de croissance, émaciation et surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, insuffisance pondérale à la naissance, anémie chez

Un développement plus durable, facilité par des investissements en faveur de la nutrition, est bon pour tous les acteurs.

les femmes en âge de procréer (FAP), et allaitement maternel exclusif. L'Encadré 1.4 résume certains faits importants observés en 2014.

Ce rapport s'intéresse également aux processus de suivi et de redevabilité définis dans la première édition, et intègre des éléments nouveaux, dont certains ont été annoncés dans le rapport 2014¹ et d'autres ajoutés à l'issue des consultations tenues fin 2014 et début 2015, notamment :

- nouvelles analyses des données simultanées sur le retard de croissance et l'émaciation, provenant de cinq pays (Chapitre 2),

- méthodes plus nuancées de suivi et de présentation indiquant si les pays sont ou non en bonne voie d'atteindre les cibles internationales en matière de nutrition (Chapitre 2),
- analyse de la qualité des engagements N4G (Chapitre 3),
- attention particulière accordée à l'obésité et aux maladies non transmissibles dans tout le document et notamment aux Chapitres 2 et 4,
- données plus détaillées en provenance des pays et des bailleurs de fonds sur les allocations budgétaires à la nutrition (Chapitre 5), et
- accent mis sur un ensemble plus vaste d'acteurs susceptibles d'être mobilisés pour accélérer la réduction de la malnutrition (Chapitres 3, 6, 7, 8, et 9).

Dans les prochains chapitres, nous évaluons les progrès accomplis dans quatre domaines de la nutrition : l'état nutritionnel par rapport aux cibles mondiales, les

engagements pris lors du sommet N4G (« Engagements N4G »), les actions visant à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes, et l'augmentation du financement et des capacités dans le domaine de la nutrition. Nous identifions ensuite les opportunités, actions et mesures importantes pour permettre des avancées concrètes en matière de nutrition à travers les politiques climatiques, les systèmes alimentaires et le monde des affaires. Nous recommandons par ailleurs différents moyens de renforcer la reddition de comptes par rapport à ces aspects de l'amélioration de la nutrition. Nous mettons ensuite en avant les priorités en matière de redevabilité dans le domaine de la nutrition, en tirant les leçons d'autres domaines, en identifiant les principaux déficits de données et de capacités, et en décrivant des moyens novateurs de combler ces déficits. Enfin, nous résumons nos conclusions et proposons des appels à l'action à l'intention des différentes parties prenantes.²



2 ÉVALUATION DES PROGRÈS ACCOMPLIS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS LIÉS À L'ÉTAT NUTRITIONNEL

CE CHAPITRE ANALYSE LES PROGRÈS RÉALISÉS PAR LES PAYS EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DE LEUR POPULATION. L'analyse porte avant tout sur les progrès réalisés nationalement par rapport aux cibles de réduction de la sous-alimentation d'ici 2025, telles que fixées par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 2012¹. Comme dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, nous appliquons les cibles mondiales à chaque pays afin d'évaluer s'ils sont ou non en bonne voie d'atteindre celles de 2025, mais dans le rapport 2015, nous utilisons des évaluations plus précises des progrès, qui fournissent davantage d'informations sur la question. Nous présentons par ailleurs de nouvelles données sur les progrès réalisés au niveau infranational en Inde, le pays qui porte le plus lourd fardeau de la sous-alimentation.

En outre, ce rapport examine pour la première fois la manière dont les pays luttent contre la surcharge pondérale, l'obésité et les maladies non transmissibles (MNT). En 2013, l'AMS a adopté le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, qui examine neuf cibles mondiales volontaires pour 2025. L'une d'elles s'intitule « Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité » et le rapport utilise cette année les données nationales et mondiales de l'OMS sur la surcharge pondérale, l'obésité et le diabète chez les adultes afin de suivre les progrès dans ces domaines.

Ce chapitre résume et examine également le projet de prolongation des cibles de l'AMS jusqu'à 2030 afin de les faire correspondre à la date d'échéance des objectifs de développement durable (ODD).

1. Pour les indicateurs nutritionnels de l'Assemblée mondiale de la santé en matière de retard de croissance, émaciation et surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, les tendances relatives au nombre de pays atteignant les cibles mondiales sont positives, en particulier pour le retard de croissance.
2. Concernant le retard de croissance, 39 des 114 pays pour lesquels des données sont disponibles sont en bonne voie d'atteindre la cible mondiale, contre 24 pays en 2014. En 2015, 60 pays sont en mauvaise voie, mais réalisent quelques progrès. Quant aux pays n'ayant enregistré aucune avancée dans ce domaine en 2015, ils sont au nombre de 15, contre 19 en 2014.
3. Concernant l'émaciation, 67 des 130 pays pour lesquels des données sont disponibles sont en bonne voie (définie comme une prévalence inférieure à 5 %). Si l'on considère les pays figurant dans la base de données 2014 et celle de 2015, le nombre de ceux qui se trouvent en bonne voie a augmenté de 59 à 63, tandis que le nombre qui se trouve en mauvaise voie a chuté de 64 à 60.
4. Seul un pays, le Kenya, est en bonne voie d'atteindre l'ensemble des cinq cibles de l'AMS relatives à la sous-alimentation. Quatre autres pays (Colombie, Ghana, Vanuatu et Vietnam) sont en bonne voie pour quatre de ces cibles. En revanche, quatre pays sont en mauvaise voie d'atteindre chacune de ces cibles. Quelque 74 pays disposent des données requises pour évaluer leur progrès relativement à cinq indicateurs de la sous-alimentation de l'AMS.
5. Moins de la moitié des enfants de moins de 5 ans échappent aux problèmes de retard de croissance et d'émaciation dans cinq grands pays à faible revenu : Bangladesh, République démocratique du Congo, Éthiopie, Nigeria et Pakistan.
6. En Inde, presque tous les États affichent une baisse importante du retard de croissance entre 2006 et 2014. Toutefois, trois États présentant un taux particulièrement élevé en 2006 (Bihar, Jharkhand et Uttar Pradesh) affichent une baisse parmi les plus faibles. L'évolution du taux d'émaciation est plus variable d'un État à l'autre.
7. Concernant les enfants de moins de 5 ans en surpoids, 24 des 109 pays pour lesquels des données sont disponibles sont en mauvaise voie et n'enregistrent aucun progrès vers l'atteinte de la cible de l'AMS. Ils sont 39 à être en bonne voie et à réaliser des progrès satisfaisants (contre 31 en 2014), 24 sont en bonne voie mais risquent de perdre ce statut, et 22 sont en mauvaise voie, mais enregistrent quelques progrès.
8. Concernant l'allaitement exclusif au sein, 32 des 78 pays pour lesquels des données sont disponibles sont en bonne voie, 10 sont en mauvaise voie, mais enregistrent quelques progrès, 30 sont en mauvaise voie et n'enregistrent aucun progrès, et enfin 6 sont en mauvaise voie, avec un taux qui affiche une forte tendance inverse (Cuba, Égypte, Kirghizistan, Mongolie, Népal et Turquie). De nouvelles données venues d'Inde révèlent que le taux d'allaitement exclusif au sein y a presque doublé au cours des huit dernières années.
9. En 2015, 151 nouveaux points de données ont été ajoutés à la base de données sur les cinq indicateurs de la sous-alimentation de l'AMS. Dans les 193 pays étudiés, le pourcentage de points de données disponibles pour les quatre indicateurs nutritionnels de l'AMS (retard de croissance, émaciation, surpoids et anémie) est passé de 71 % en 2014 à 74 % en 2015. Seuls 9 de ces 151 points de données provenaient de pays de l'OCDE (Australie, Chili et Japon).
10. Concernant la surcharge pondérale, l'obésité et le diabète chez les adultes, très peu de pays sont en bonne voie d'atteindre les cibles mondiales.
11. L'ensemble des 193 pays sont en mauvaise voie d'atteindre la cible de l'AMS visant à enrayer l'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes (indice de masse corporelle ≥ 25) ; en fait, ces taux ont augmenté dans tous les pays entre 2010 et 2014. Les taux d'augmentation observés varient de 0,2 % à 4,3 % et s'élèvent en moyenne à 2,3 % à l'échelle mondiale. Les progrès des pays varient d'une région à l'autre.
12. Un seul pays sur 193, Nauru, est parvenu à infléchir légèrement son taux d'obésité adulte (IMC ≥ 30) entre 2010 et 2014, la prévalence de l'obésité chez les hommes y passant de 39,9 % à 39,7 %. La prévalence mondiale moyenne normalisée selon l'âge et pondérée en fonction de la population est de 15 % chez les femmes et de 10 % chez les hommes.
13. Seuls cinq pays (Djibouti, Islande, Malte, Nauru et Venezuela) sur les 193 ont enrayer l'augmentation de l'indicateur du diabète (taux de glycémie élevé).
14. Quelque 185 pays sont en mauvaise voie sur les trois indicateurs adultes : surpoids et obésité, obésité seulement et diabète.
15. Les cibles de l'AMS en matière de nutrition pour 2030, proposées par l'OMS, constituent une base utile sur laquelle s'appuyer pour parvenir à un consensus plus large par rapport à ces cibles.

Enfin, il résume une nouvelle analyse sur la population d'enfants souffrant simultanément de retard de croissance (taille trop petite par rapport à l'âge) et d'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille), soit deux formes de malnutrition dont la convergence a des répercussions sur la définition des avancées en matière de nutrition et l'élaboration des programmes nutritionnels.

ÉVALUATION DES PROGRÈS EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DE LA SOUS-ALIMENTATION AU NIVEAU NATIONAL EN S'APPUYANT SUR LES CIBLES MONDIALES

À l'aide des données les plus récentes fournies par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, cette partie évalue le nombre de pays qui se trouvent en bonne ou en mauvaise voie d'atteindre les cibles mondiales pour la nutrition de l'AMS, résumées dans le Tableau 2.1.

RÈGLES UTILISÉES

Comme pour le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2014, nous avons évalué les progrès des pays par rapport aux cibles mondiales de nutrition de la manière suivante : 1) nous avons utilisé les données relatives aux indicateurs de

l'AMS provenant de la base de données mondiale conjointe UNICEF/OMS/Banque mondiale la plus récente, 2) nous nous sommes appuyés sur les estimations de l'OMS concernant le pourcentage d'amélioration requis pour les indicateurs nationaux afin d'atteindre la cible mondiale appliquée à l'échelle des pays, et 3) au moment de la préparation de ce deuxième rapport, nous avons appliqué les règles proposées par l'équipe de rédaction du rapport, en consultation avec l'OMS et l'UNICEF, pour établir si un pays était en bonne ou en mauvaise voie d'atteindre cette cible.²

Les règles du *Rapport sur la nutrition mondiale* 2015 diffèrent ostensiblement de celles utilisées en 2014. En réponse aux commentaires des lecteurs et en consultation avec l'OMS et l'UNICEF, nous avons ventilé les données relatives au retard de croissance et au surpoids chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays « en bonne voie » et « en mauvaise voie » en créant des catégories plus précises : « progrès satisfaisants », « à risque », « quelques progrès » et « aucun progrès » (Tableaux 2.2 et 2.3). Nous avons également défini des règles pour évaluer si l'atteinte de la cible de l'allaitement exclusif au sein des enfants de moins de 6 mois (Tableau 2.4) était en bonne ou mauvaise voie. Les règles utilisées pour évaluer l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans et l'anémie chez les femmes en âge de procréer restent quant à elles inchangées (Tableau 2.5). Comme en 2014, l'insuffisance pondérale à

TABLEAU 2.1 World Health Assembly Global Targets 2025 to improve maternal, infant, and young child nutrition

| Indicateur et cible de l'AMS | Années de référence | État de référence | Cible pour 2025 | Taux d'évolution annuel moyen requis à l'échelle mondiale |
|--|---------------------|-------------------|-----------------------|---|
| Retard de croissance Réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance ^a | 2012 | 164 millions | ~100 millions (~15 %) | Taux de réduction annuel moyen (TRAM) de 3,9 % |
| Anémie Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) | 2011 | 29 % | 15 % | TRAM de 5,2 % |
| Insuffisance pondérale à la naissance Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance | 2008-2012 | 15 % | 10 % | TRAM de 2,74 % |
| Enfants de moins de 5 ans en surpoids Pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids | 2012 | 7 % | Aucune augmentation | — |
| Allaitement exclusif au sein Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de la vie à au moins 50 % | 2008-2012 | 38 % | 50 % | — |
| Émaciation Réduire et maintenir au dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant | 2012 | 8 % | < 5% | — |

Source : OMS (2014c).

Note : — signifie « non applicable ». TRAM = taux de réduction annuel moyen.

^a Pour en savoir plus sur les méthodes utilisées pour calculer la cible de l'AMS pour le retard de croissance, veuillez consulter De Onis et coll. (2013).

TABLEAU 2.2 Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays vers l'atteinte de la cible de l'AMS pour l'émaciation

| Année | En bonne voie | | En mauvaise voie | |
|---|---|--|--|--|
| <i>Rapport sur la nutrition mondiale 2014</i> | TRAM actuel \geq TRAM requis pour que le pays atteigne la cible mondiale | | TRAM actuel $<$ TRAM requis pour que le pays atteigne la cible mondiale | |
| <i>Rapport sur la nutrition mondiale 2015</i> | Progrès satisfaisants | À risque | Quelques progrès | Aucun progrès |
| | Taux actuel de retard de croissance \leq 5 % et TRAM actuel \geq 0 (le taux de retard de croissance est égal ou inférieur à 5 % et continue de décliner), ou TRAM actuel \geq TRAM requis pour que le pays atteigne la cible mondiale, indépendamment de la prévalence (taux de diminution supérieur ou égal au taux nécessaire pour atteindre la cible mondiale) | Taux de retard de croissance actuel \leq 5 % et TRAM actuel $<$ 0 (taux de retard de croissance inférieur ou égal à 5 %, mais en hausse) | Taux de retard de croissance actuel $>$ 5 % et TRAM actuel $>$ 0, mais $<$ au TRAM requis pour que le pays atteigne la cible mondiale (taux de retard de croissance supérieur à 5 % et en déclin, mais pas suffisamment rapidement pour atteindre la cible mondiale) | Taux de retard de croissance actuel $>$ 5 % et TRAM actuel \leq 0 (taux de retard de croissance supérieur à 5 % et stationnaire ou empirant) |

Source : Auteurs.

Note : TRAM = taux de réduction annuel moyen.

TABLEAU 2.3 Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays vers l'atteinte de la cible de l'AMS pour les enfants en surpoids

| Année | En bonne voie | | En mauvaise voie | |
|-------|--|--|---|--|
| 2014 | Taux de surpoids actuel $<$ 7 % et aucune augmentation de la prévalence relativement au seuil de référence du pays | | Taux de surpoids actuel \geq 7 % ou augmentation de la prévalence relativement au seuil de référence du pays | |
| 2015 | Progrès satisfaisants | À risque | Quelques progrès | Aucun progrès |
| | Taux de surpoids actuel $<$ 7 % et TRAM actuel \geq 0 (taux de surpoids inférieur au seuil de 7 % et en déclin) | Taux de surpoids actuel $<$ 7 % et TRAM actuel $<$ 0 (taux de surpoids inférieur au seuil de 7 % mais en hausse) | Taux de surpoids actuel \geq 7 % et TRAM actuel $>$ 0 (taux de surpoids égal ou supérieur au seuil de 7 % et en déclin) | Taux de surpoids actuel \geq 7 % et TRAM actuel \leq 0 (taux de surpoids égal ou supérieur au seuil de 7 % et en hausse) |

Source : Auteurs.

Note : TRAM = taux de réduction annuel moyen.

la naissance ne fait pas l'objet d'un suivi puisque des travaux méthodologiques sont toujours en cours à l'UNICEF et chez ses partenaires, dont la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres), l'Université John Hopkins et l'OMS.³

Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, pour être classés « en bonne voie » d'atteindre la cible relative à l'émaciation fixée par l'AMS, les pays affichant un taux d'émaciation inférieur à 5 % devaient démontrer que leur taux de réduction annuel moyen (TRAM) réel était supérieur au TRAM assigné au pays pour atteindre la cible mondiale. Cette règle a été modifiée depuis (Tableau 2.2) : selon la nouvelle classification, tous les pays avec un taux d'émaciation inférieur à 5 % sont en bonne voie, quelle que soit leur courbe d'évolution. Chez les populations en bonne santé, le taux d'émaciation attendu est de 2,5 % ; nous avons arbitrairement doublé ce taux pour indiquer le seuil en dessous duquel les taux d'émaciation sont « en bonne voie ». Si nous avons appliqué cette nouvelle règle

à l'évaluation de 2014, deux pays (le Koweït et les États-Unis) auraient alors intégré la catégorie « en bonne voie ».⁴ Pour les pays ayant un taux d'émaciation supérieur ou égal à 5 %, les règles restent inchangées. La catégorie « en mauvaise voie » a été ventilée en deux sous-catégories, « aucun progrès » et « quelques progrès », pour identifier les pays qui réalisent des progrès sans toutefois respecter le rythme requis pour l'atteinte de la cible 2025 de l'AMS. La catégorie « en bonne voie » comprend également deux sous-catégories : « à risque » pour les pays dont le taux d'émaciation augmente, même s'il demeure inférieur à 5 %, et « progrès satisfaisants » pour les pays dont le taux reste inférieur à 5 % sans augmenter, ou dont le taux est supérieur à 5 % mais décline à un rythme plus rapide que celui exigé pour atteindre la cible de l'AMS pour 2025.

Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, pour être « en bonne voie » d'atteindre la cible de surpoids chez les enfants de moins de 5 ans fixée par l'AMS, les pays devaient présenter un taux de surpoids inférieur à 7 %

TABLEAU 2.4 Critères de classification des avancées sur le front de l’allaitement exclusif au sein des enfants de moins de 6 mois

| Catégorie | Critères de classification |
|------------------------------------|--|
| En bonne voie | CAMPP \geq CAMPP cible |
| En mauvaise voie, quelques progrès | CAMPP entre 25 % et 100 % de la CAMPP cible |
| En mauvaise voie, aucun progrès | CAMPP (positive ou négative) $<$ 25 % de la CAMPP cible, et aucune diminution supérieure ou égale à 10 points de pourcentage des taux d’allaitement exclusif |
| En mauvaise voie, recul | Une baisse supérieure à 10 points de pourcentage des taux d’allaitement exclusif a été observée sur une période récente quelconque, pour un taux de départ quelconque d’allaitement exclusif |

Source : Auteurs.

TABLEAU 2.5 Règles permettant d’établir les progrès réalisés par les pays vers l’atteinte des cibles d’émaciation et d’anémie de l’AMS

| Indicateur | En bonne voie | En mauvaise voie |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Émaciation chez l’enfant de moins de 5 ans | Taux d’émaciation actuel $<$ 5 % | Taux d’émaciation actuel \geq 5 % |
| Anémie chez les femmes en âge de procréer | TRAM actuel \geq 5,2 % | TRAM actuel $<$ 5,2 % |

Source : Auteurs.

(seuil-cible mondial fixé par l’OMS), lequel ne devait montrer aucun signe d’augmentation (c’est-à-dire un TRAM \geq 0) (Tableau 2.3).⁵ Les pays ayant un taux de surcharge pondérale inférieur à 7 %, mais en augmentation, étaient jugés « en mauvaise voie », ce qui, rétrospectivement, paraît punitif pour les pays situés tout de même en dessous du seuil de l’AMS. Selon les nouvelles règles, les pays dont le taux de surpoids est inférieur à 7 %, mais en augmentation, sont dorénavant considérés « en bonne voie, à risque ». Ce qui amène 24 pays à être classés dans cette catégorie. En 2014, les pays ayant un taux supérieur ou égal à 7 % étaient tous classés « en mauvaise voie », indépendamment des tendances de la prévalence de surcharge pondérale. Les nouvelles règles ventilent désormais cette catégorie en deux sous-catégories : « aucun progrès » (taux de surpoids supérieur ou égal à 7 %, sans tendance à la baisse) et « quelques progrès » (taux de surpoids supérieur ou égal à 7 %, mais en déclin). Les données relatives à la fois aux tendances et à la prévalence étant dorénavant requises pour identifier les pays « en bonne voie » ou « en mauvaise voie », 18 pays n’ont pas pu être

classés, en raison d’un manque de données, outre les 76 qui n’étaient déjà pas classés pour la même raison.

Les règles utilisées pour évaluer les avancées vers l’atteinte des cibles de l’AMS en matière d’émaciation chez les enfants et d’anémie chez les femmes en âge de procréer n’ont pas été modifiées entre 2014 et 2015 (Tableau 2.5). Selon l’OMS, la base de la règle de l’émaciation est la suivante : « La présentation de la cible pour l’émaciation est légèrement différente car les tendances de cette pathologie ne se sont pas significatives. L’émaciation se rapporte aux enfants trop maigres par rapport à leur taille. Les taux d’émaciation peuvent évoluer rapidement à la suite d’impacts soudains telles des catastrophes d’origine naturelle ou humaine. » (OMC 2014c, 8)

En 2014, l’OMS et l’UNICEF n’avaient proposé aucune règle pour identifier les avancées sur le front de l’allaitement exclusif au sein des enfants de moins de 6 mois ou l’insuffisance pondérale à la naissance (naissances vivantes $<$ 2 500 g). Sur le front de l’allaitement, la cible de l’AMS est de porter le taux d’allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois à au moins 50 %. Cette année, l’équipe du rapport s’est appuyée sur les règles préliminaires de l’OMS et de l’UNICEF pour élaborer quelques règles permettant d’établir si les pays sont en bonne ou mauvaise voie par rapport à l’atteinte de cette cible. Ces règles sont toujours en cours d’élaboration, donc non définitives, mais sont appliquées ici pour donner au lecteur un aperçu des progrès réalisés par rapport aux cibles suggérées, qui constituent des repères pour 2025, y compris pour les pays ayant un taux déjà supérieur à la cible mondiale de référence de 50 %. La croissance annuelle moyenne en points de pourcentage (CAMPP) est dorénavant l’indicateur du taux de variation utilisé pour évaluer les avancées sur le front de l’allaitement exclusif au sein, et non plus le taux de croissance annuel moyen (TCAM) présenté dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2014. Celui-ci, qui est une mesure relative et non absolue de la variation, impliquait que les progrès devaient être plus rapides pour les pays affichant déjà un taux élevé d’allaitement exclusif au sein. Par exemple, pour un objectif de TCAM de 10 %, un pays partant d’un taux d’allaitement maternel exclusif de 60 % devait afficher une amélioration de 6 points de pourcentage, tandis qu’un pays partant d’un taux de 10 % devait s’améliorer d’un point de pourcentage seulement.

Le Tableau 2.4 décrit les règles utilisées ici. La catégorie « en bonne voie » est simple : quand la CAMPP est supérieure à la CAMPP cible, le pays est en bonne voie.⁶ La catégorie « en mauvaise voie » est divisée en trois groupes : quelques progrès, aucun progrès et tendance inverse. Ainsi, dans un pays jugé « en bonne voie, quelques progrès », l’augmentation du taux d’allaitement exclusif au sein est

TABLEAU 2.6 Nombre de pays en bonne et en mauvaise voie en 2014, selon les règles de 2014 et 2015

| Indicateur AMS | Données de 2014, règles de 2014 | | Données de 2014, règles de 2015 | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|
| | En bonne voie | En mauvaise voie | En bonne voie | En mauvaise voie |
| Retard de croissance chez l'enfant | 22 | 87 | 24 | 85 |
| Enfants en surpoids | 31 | 76 | 55 | 44 |

Source : Auteurs.

supérieure de 25 % à la CAMPP requise, mais inférieure à 100 %. L'évaluation « en mauvaise voie, aucun progrès » est attribuée aux pays qui présentent soit une CAMPP faible, mais positive (inférieure à 25 % de la CAMPP cible), soit une CAMPP négative, mais pas au point d'entraîner un déclin de 10 points de pourcentage du taux d'allaitement exclusif au sein sur une période récente, et ce, quel que soit le taux d'allaitement exclusif lui-même. L'évaluation « en mauvaise voie, tendance inverse » est attribuée aux pays dont le taux d'allaitement exclusif a subi un déclin supérieur à 10 points de pourcentage sur une période récente, indépendamment de leur taux initial d'allaitement exclusif.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE CES NOUVELLES RÈGLES ?

Avant de passer à l'analyse de la base de données 2015, nous examinerons comment les règles de 2015 auraient modifié les classifications de la base de données de 2014 en matière de retard de croissance et de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Cela, afin de mieux comprendre le fonctionnement de ces nouvelles règles. D'après le Tableau 2.6, il ressort clairement que les nouvelles règles influencent principalement la classification des progrès en matière de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Selon les règles de 2014, les pays se trouvaient « en mauvaise voie » si leur taux était inférieur au seuil mondial de 7 %, mais en augmentation. En revanche, les règles de 2015 considèrent ces pays « en bonne voie » (car ils se trouvent en dessous de la cible mondiale de 7 %), mais « à risque » (car leur taux est en augmentation).

BASE DE DONNÉES 2015

Combien de nouveaux points de données sont-ils disponibles dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* ? Les deux rapports suivaient quatre indicateurs de l'AMS (retard de croissance, émaciation, surpoids chez les enfants de moins de 5 ans et anémie chez les femmes en âge de procréer) avec un maximum de 772 observations (4 indicateurs de l'AMS x 193 pays). Pour ces quatre indicateurs, la base de données 2015

contient 149 points de données mis à jour : 126 remplaçant des points de données de 2014, et 23 apportant des valeurs manquantes dans la base de données 2014. Alors que dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, 71 % des points de données éventuels étaient disponibles (550 sur 772), ce taux atteint 74 % dans la base de données 2015 (573 sur 772). Toutefois, le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* inclut également un cinquième indicateur de l'AMS (allaitement exclusif au sein) ; une fois cet indicateur pris en compte, la base de données 2015 présente des valeurs pour 73 % des points de données potentiels (708 sur 965).

Il importe de préciser ici que plusieurs évaluations du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* s'appuyaient sur des données anciennes (entre 2000 et 2006) pour certains pays (Algérie, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Biélorussie, Inde, Malaisie, Mali, Nicaragua, Paraguay, République de Moldavie, Somalie et Ouzbékistan). Une profusion de nouvelles données, résultant peut-être du rapport final sur les ODD, signifie que les évaluations des progrès de certains pays sont nettement différentes en 2015 par rapport à 2014. Ce résultat souligne la nécessité de disposer des données les plus récentes pour les décideurs et les militants.

RÉSULTATS

Le Tableau 2.7 synthétise les résultats des données 2015 et utilise les mêmes règles pour comparer les résultats 2015 et ceux obtenus avec les données 2014.⁷ Ce tableau dresse un bilan positif. En 2015, un nombre plus élevé de pays sont en bonne voie d'atteindre les cibles en matière d'émaciation, de retard de croissance et de surcharge pondérale. Les avancées sur le front du retard de croissance sont particulièrement remarquables : le pourcentage de pays en bonne voie est passé de 22 % en 2014 à 34 % en 2015. Le taux de surcharge pondérale des enfants de moins de 5 ans est l'indicateur pour lequel le pourcentage le plus élevé de pays est en bonne voie : leur part est passée de 56 % en 2014 à 59 % en 2015. Parmi les pays pour lesquels des données sur l'allaitement exclusif au sein sont disponibles, 41 % sont en bonne voie d'atteindre la cible. Enfin, concernant le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale, les pays pour lesquels les valeurs ne sont pas disponibles sont moins nombreux en 2015.

La suite du rapport applique les règles de ventilation de 2015 aux bases de données de 2015 et 2014.

RETARD DE CROISSANCE

La Figure 2.1 illustre les résultats de l'application des règles de 2015 relatives au retard de croissance aux données de 2015 et de 2014. Le panneau A fournit les résultats de tous les pays disposant de données, et le panneau B fournit les résultats des pays pour lesquels des données

TABLEAU 2.7 Nombre de pays en bonne voie d'atteindre chaque cible nutritionnelle mondiale de l'AMS, en 2014 et 2015

| Indicateur | Données de 2014, règles de 2015 | | | Données de 2015, règles de 2015 | | |
|--|--|---------------------------------|---|--|---------------------------------|---|
| | Nombre de pays en bonne voie (% du total avec données) | Nombre de pays en mauvaise voie | Nombre de pays sans données pour établir la trajectoire suivie (bonne ou mauvaise voie) | Nombre de pays en bonne voie (% du total avec données) | Nombre de pays en mauvaise voie | Nombre de pays sans données pour établir la trajectoire suivie (bonne ou mauvaise voie) |
| Retard de croissance (nouvelles règles de 2015, nouvelles données) | 24 (22 %) | 85 | 84 | 39 (34 %) | 75 | 79 |
| Émaciation (règles inchangées, nouvelles données) | 59 (48 %) | 64 | 70 | 67 (52 %) | 63 | 63 |
| Surpoids (nouvelles règles de 2015, nouvelles données) | 55 (56 %) | 44 | 94 | 63 (58 %) | 46 | 84 |
| Allaitement exclusif au sein (nouvelles règles) | n.d. | n.d. | n.d. | 32 (41 %) | 46 | 115 |
| Anémie (règles inchangées, aucune nouvelle donnée) | 5 (3 %) | 180 | 8 | 5 (3 %) | 180 | 8 |
| Insuffisance pondérale à la naissance (aucune donnée) | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |

Source : Auteurs.

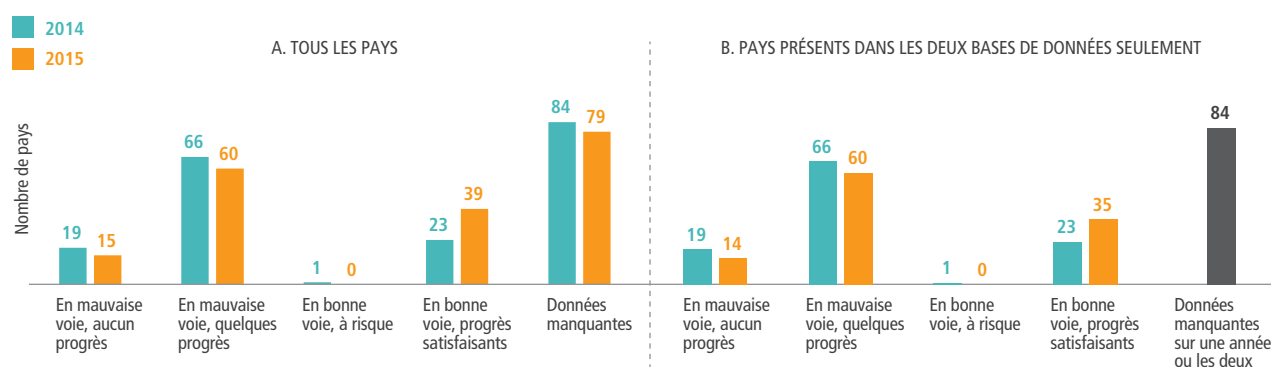
Note : n.d. = non disponible. Les données relatives à l'anémie sont identiques à celles présentées dans le *Rapport sur la nutrition dans le monde 2014*.

sont disponibles dans les deux bases de données. Ces deux panneaux dressent un tableau similaire – et positif.

Dans le panneau A, nous pouvons constater que sur les 114 pays pour lesquels des données sont disponibles en 2015, 39 sont en bonne voie et 60 réalisent quelques progrès. Seuls 15 pays ne réalisent aucun progrès : Armé-

nie, Botswana, Djibouti, Érythrée, Gambie, Koweït, Monténégro, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Sénégal, Soudan, Syrie, Thaïlande, Timor-Leste et Vanuatu. Selon les évaluations de 2014, ces mêmes chiffres indiquaient que seuls 24 pays étaient en bonne voie tandis que 19 ne réalisaient aucun progrès. Le panneau B illustre le

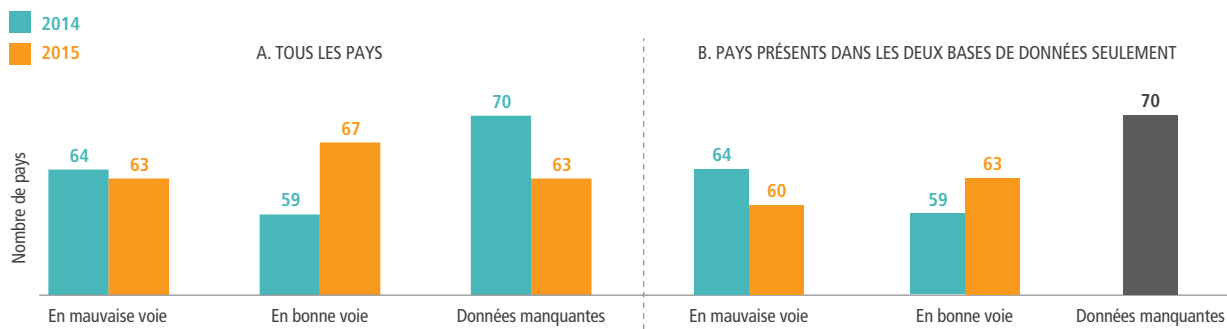
FIGURE 2.1 Évaluation des progrès en matière de retard de croissance, 2014 et 2015



Source : Auteurs.

Note : Cette figure illustre les règles de 2015 appliquées aux données des deux années.

FIGURE 2.2 Évaluation des progrès en matière d'émaciation, 2014 et 2015



Source : Auteurs.

Note : Cette figure illustre les règles de 2015 appliquées aux données des deux années.

même schéma, selon lequel les mêmes pays réalisent des progrès.

On observe un bond quantitatif relativement important du nombre de pays en bonne voie. Comment expliquer une telle augmentation ? Premièrement, les pays manquant de données sont moins nombreux. Le panneau A compare l'ensemble des pays pour lesquels une évaluation est possible, et leur nombre est passé de 23 à 39. Si nous limitons cette comparaison aux pays présents dans les deux bases de données, leur nombre passe alors de 23 à 35. Deuxièmement, les nouvelles données permettent parfois de calculer de nouveaux seuils de référence, au regard desquels les progrès évalués sont plus importants.

ÉMACIATION

La Figure 2.2 compare les évaluations de l'émaciation entre les bases de données de 2015 et 2014 en s'appuyant sur les données de l'ensemble des pays (panneau A) et des pays représentés dans les deux bases de données (panneau B). Ces deux panneaux dressent un tableau similaire : légèrement plus optimiste en 2015 qu'en 2014, avec un plus grand nombre de pays en bonne voie.

ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN

Nous présentons, pour la première fois, des données évaluant les progrès des taux d'allaitement exclusif au sein. La Figure 2.3 montre que seuls 32 pays sur 78 (41 %) sont en bonne voie, tandis que les points de données sont absents pour 115 pays.

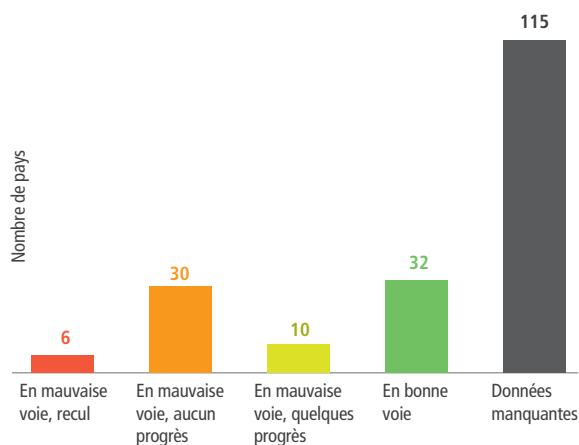
Dans la mesure où les progrès de cet indicateur sont évalués pour la première fois, nous répertorions les pays dans chacune des catégories (Tableau 2.8). La situation des 30 pays ne connaissant aucun progrès est particulièrement préoccupante, de même que celle des 6 pays où le taux suit une forte tendance inverse. Notez qu'aucun pays à re-

venu élevé ne dispose de données suffisantes pour évaluer les progrès.

SURPOIDS CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

Les résultats du Tableau 2.7 révèlent que, selon les règles que nous adoptons, 63 pays sur 109 sont « en bonne voie » de résorber la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans en 2015, contre 55 en 2014. La Figure 2.4 compare les évaluations de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans entre les bases de données de 2015 et 2014 à l'aide d'un plus grand nombre de catégories ventilées ; elle illustre les données de l'ensemble des pays (panneau A), et des pays représentés dans les deux bases de données (panneau B). Le panneau A révèle des progrès dans l'ensemble des catégories et le panneau B permet de tirer des conclusions similaires. Sur les 63 pays « en bonne voie » en 2015, 39 réalisent des « progrès satisfaisants, » tandis que 24 sont « à risque » (panneau A, Figure 2.4).

FIGURE 2.3 Évaluation des progrès en matière d'allaitement exclusif au sein, 2015



Source : Auteurs.

TABLEAU 2.8 Suivi de l'allaitement exclusif au sein dans les 78 pays disposant de données pour réaliser une évaluation

| En mauvaise voie, tendance inverse | En mauvaise voie, aucun progrès | En mauvaise voie, quelques progrès | En bonne voie |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Cuba | Azerbaïdjan | Arménie | Albanie |
| Égypte | Bangladesh | Bélarus | Algérie |
| Kirghizistan | Bosnie-Herzégovine | Belize | Bénin |
| Mongolie | Cambodge | Côte d'Ivoire | Bolivie |
| Népal | Cameroun | Éthiopie | Burkina Faso |
| Turquie | Colombie | Jamaïque | Burundi |
| | Congo | Nigeria | El Salvador |
| | Guinée | Pérou | Gambie |
| | Guyana | Thaïlande | Géorgie |
| | Haïti | Ukraine | Ghana |
| | Honduras | | Guinée-Bissau |
| | Irak | | Indonésie |
| | Jordanie | | Kazakhstan |
| | Madagascar | | Kenya |
| | Malawi | | Lesotho |
| | Monténégro | | Liberia |
| | Mozambique | | Mauritanie |
| | Nicaragua | | Namibie |
| | Pakistan | | Niger |
| | République de Moldavie | | Ouganda |
| | République dominicaine | | République centrafricaine |
| | République unie de Tanzanie | | République démocratique du Congo |
| | Sao Tomé et Príncipe | | République démocratique populaire lao |
| | Sénégal | | Rwanda |
| | Serbie | | Soudan |
| | Sierra Leone | | Swaziland |
| | Somalie | | Syrie |
| | Suriname | | Tadjikistan |
| | Togo | | Vanuatu |
| | Tunisie | | Vietnam |
| | | | Zambie |
| | | | Zimbabwe |

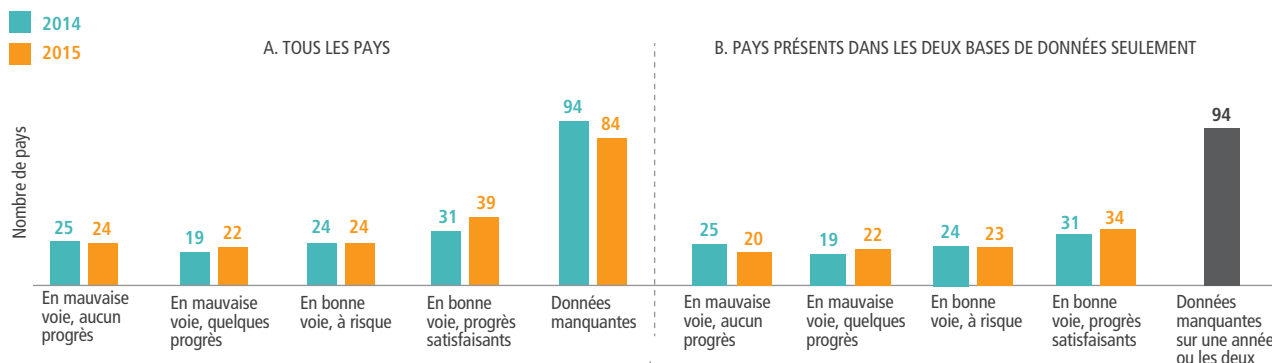
Source : Auteurs.

Enfin, 46 pays sont « en mauvaise voie ». Si l'on applique les règles de 2015 à la base de données 2014, on obtient un tableau similaire. Il est aussi possible d'analyser les données de surpoids chez l'enfant de moins de 5 ans sous un autre angle, en observant que ce taux est en déclin dans 61 pays (39 sont « en bonne voie, progrès satisfaisants », et 22 « en mauvaise voie, quelques progrès »).

À première vue, le fait que la majorité des pays se trouve en bonne voie ou enregistre une baisse du taux de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

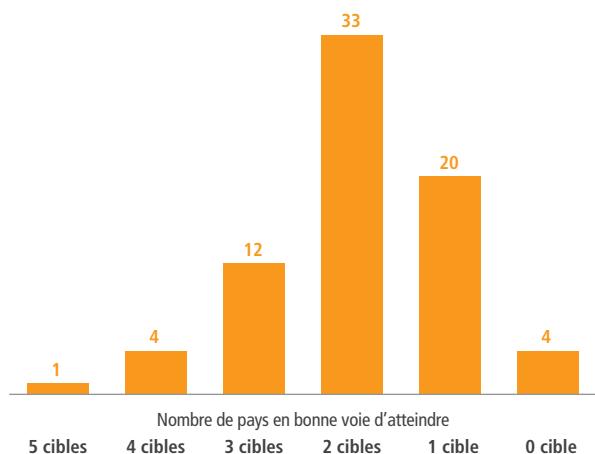
semble être une bonne nouvelle, sachant que l'obésité n'a cessé de progresser dans le monde au cours des dernières décennies. Toutefois, ces déclin sont énigmatiques pour au moins deux raisons. Premièrement, un grand nombre des pays ayant enregistré des avancées n'ont mis en place aucun programme de prévention de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (Popkin et coll. 2012). Si de tels programmes étaient en place (comme c'est le cas pour la prévention du retard de croissance), ces tendances pourraient nous paraître plus fiables. Deuxièmement, un grand nombre de ces pays se caractérise par

FIGURE 2.4 Évaluation des progrès en matière de surpoids chez les -5 ans, en 2015 par rapport à 2014



Source : Auteurs.

FIGURE 2.5 Nombre de pays en bonne voie d'atteindre cinq cibles de l'AMS, 2015

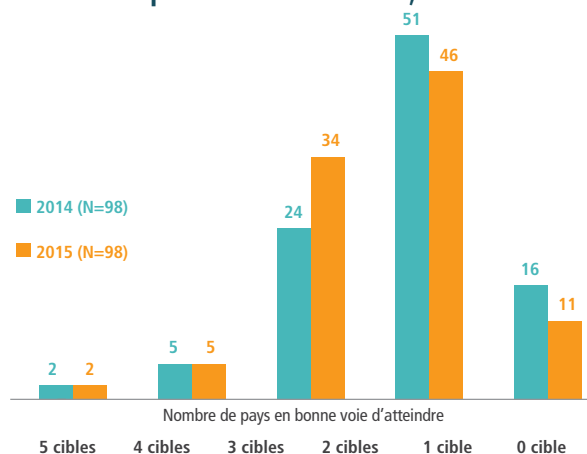


Source : Auteurs.

Note : Les cinq cibles sont le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, l'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Les données relatives à l'anémie sont identiques à celles présentées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*.

une croissance économique positive, l'urbanisation et l'augmentation du niveau de consommation alimentaire en dehors du domicile, soit trois phénomènes considérés comme des facteurs d'augmentation du taux de surcharge pondérale (Popkin et coll. 2012). On peut donc supposer que le taux de surcharge pondérale augmente parmi les enfants âgés de 5 ans et plus dans ces pays, mais nous n'en savons rien. Il nous faut donc explorer plus avant ces données difficilement explicables afin de comprendre si ces déclin signalent une évolution de l'environnement obésogène, ou reflètent d'autres facteurs temporaires ou trompeurs. Pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*,

FIGURE 2.6 Nombre de pays en bonne voie d'atteindre quatre cibles de l'AMS, 2014 et 2015



Source : Auteurs.

Note : Les quatre cibles sont le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Les évaluations indiquant si les pays sont en bonne voie ou en mauvaise voie sont basées sur les règles de 2015. N = Nombre total de pays. En 2015, 108 pays disposaient de données pour ces quatre indicateurs mais, pour que les chiffres soient comparables, cette analyse compare les mêmes 98 pays en 2014 et 2015. Les données relatives à l'anémie sont identiques à celles présentées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*. Les deux pays en bonne voie d'atteindre les quatre cibles en 2014 étaient la Colombie et le Vietnam, et en 2015 la Colombie et le Kenya.

nous projetons de commanditer une analyse plus détaillée de la nature et des facteurs de ces tendances.

NOMBRE DE PAYS EN BONNE VOIE D'ATTEINDRE PLUSIEURS CIBLES

La Figure 2.5 illustre le nombre de pays en bonne voie d'atteindre diverses cibles. Seuls quatre pays sont en mauvaise voie pour chacune des cinq cibles.

TABLEAU 2.9 Nombre de pays en bonne voie d'atteindre cinq cibles de l'AMS, 2015

| Nombre de cibles | Nombre de pays en bonne voie pour le nombre de cibles | Pays |
|------------------|---|---|
| 5 | 1 | Kenya |
| 4 | 4 | Colombie, Ghana, Vanuatu, Vietnam |
| 3 | 12 | Algérie, Bénin, Bolivie, Burundi, El Salvador, Géorgie, Jordanie, Liberia, République de Moldavie, Swaziland, Ouganda, Zimbabwe |
| 2 | 33 | Albanie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Burkina Faso, Cambodge, Gambie, Guinée-Bissau, Guyana, Honduras, Kazakhstan, Kirghizistan, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Mongolie, Namibie, Népal, Nicaragua, Niger, Pérou, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République unie de Tanzanie, Rwanda, Serbie, Soudan, Suriname, Tadjikistan, Tunisie, Turquie, Zambie |
| 1 | 20 | Arménie, Belize, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Congo (République du), Côte d'Ivoire, Égypte, Éthiopie, Guinée, Haïti, Indonésie, Jamaïque, Monténégro, Nigeria, Pakistan, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Syrie, Togo |
| 0 | 4 | Irak, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Thaïlande |

Source : Auteurs.

Note : Les cinq cibles sont le retard de croissance, l'émaciation et la les enfants de moins de 5 ans en surpoids, l'allaitement exclusif au sein et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Les données relatives à l'anémie sont identiques à celles présentées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*. Ce tableau mentionne uniquement les pays disposant de données permettant de réaliser des évaluations pour l'ensemble des cinq indicateurs de l'AMS (n = 74 sur 193 pays).

Comme le montre le Tableau 2.9, sur 74 pays pour lesquels nous avons pu réaliser une évaluation, seul le Kenya est en bonne voie d'atteindre les cinq cibles de l'AMS. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, le Kenya était en bonne voie pour seulement deux des quatre indicateurs-cibles de l'AMS. Ce nouveau statut reflète les résultats de l'Enquête démographique et de santé nationale réalisée dans le pays en 2014 (*Kenya National Bureau of Statistics* et coll. 2015). Le Kenya prouve ainsi que les pays peuvent passer de la catégorie « en mauvaise voie » à la catégorie « en bonne voie » d'une enquête à l'autre, ce qui renforce la nécessité de réaliser régulièrement des enquêtes afin de donner aux champions de la nutrition les informations dont ils ont besoin pour cadrer et orienter leurs travaux.

Comment se porte cet indicateur de performance multiple par rapport à 2014 ? En se basant sur les 98 pays pour lesquels nous disposons de données sur les quatre indicateurs de l'AMS en 2014 et en 2015, la Figure 2.6 nous montre que la situation s'est améliorée.⁸ En 2015, 41 pays sur les 98 sont en bonne voie d'atteindre au moins deux des cibles, contre 31 en 2014.

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

Comme l'illustre la Figure 2.7, 108 pays disposent dorénavant de données suffisantes pour réaliser au moins quatre évaluations, et 74 pays disposent de données suffisantes pour cinq évaluations. En revanche, 61 pays ne disposent pas de données suffisantes pour réaliser plus d'une évaluation.

La disponibilité des données s'est légèrement améliorée en 2015 par rapport à la base de données 2014. Comme le montre la Figure 2.8, par exemple, le nombre de pays

pouvant réaliser une évaluation sur au moins deux cibles était de 123 en 2014 contre 130 aujourd'hui.

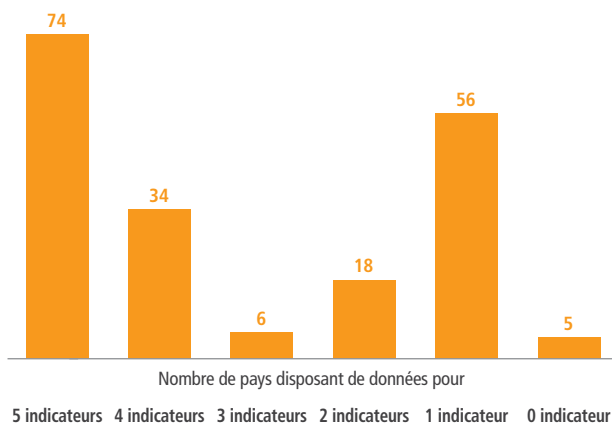
CONCLUSION DE L'ÉVALUATION 2015

Le tableau est globalement mitigé. On observe quelques améliorations pour les pays qui mesurent les résultats de la sous-alimentation. Le nombre de pays atteignant les cibles individuelles est en hausse, de même que le nombre de pays atteignant plusieurs cibles, et le nombre de points de données manquants est en baisse. Ces tendances sont encourageantes, sachant qu'elles s'appuient sur seulement 151 nouveaux points de données par rapport à un total de 965 (soit 16 % de nouveaux points). Toutefois, mis à part ces progrès, il existe toujours un grand nombre de pays en mauvaise voie d'atteindre les diverses cibles, et d'autres qui ne collectent aucune donnée permettant de réaliser des évaluations.

AVANCÉES À L'ÉCHELLE DES ÉTATS EN INDE

Les données de la sous-alimentation en Inde ont un impact important sur les statistiques mondiales. En effet, l'Inde compte environ 40 % des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, et près de 50 % des enfants souffrant d'émaciation dans le monde (UNICEF 2013). Une nouvelle enquête nationale – l'Enquête rapide sur les enfants (*Rapid Survey on Children, RSOC*) – réalisée en 2013-2014 par les autorités indiennes et l'UNICEF a révélé que le taux de retard de croissance avait chuté de 48 % en 2006 à 39 % en 2014. Comme le soulignait le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, ces chiffres révélaient un quasi-doublement du taux de déclin par rapport à la période 1999-2006. La Figure 2.9 compare les taux de retard de croissance sur ces deux périodes par État. La

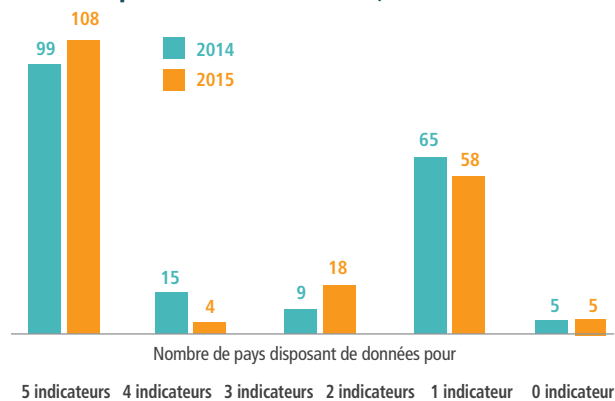
FIGURE 2.7 Nombre de pays disposant de données permettant d'évaluer leurs progrès vis-à-vis de cinq cibles de l'AMS, 2015



Source : Auteurs.

Note : Les cinq indicateurs sont le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, l'allaitement exclusif et l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Le nombre total de pays est de 193.

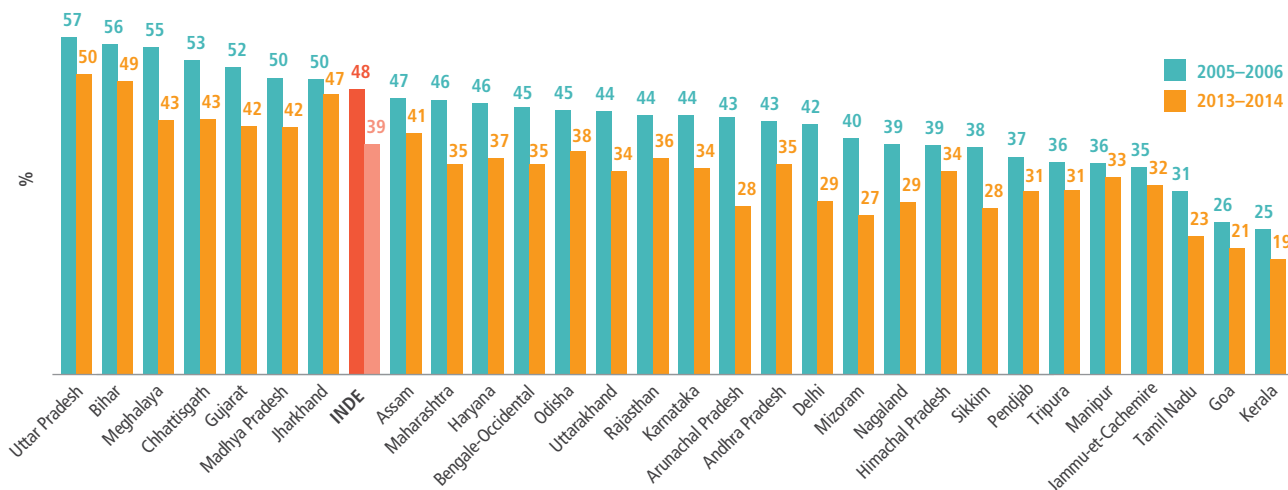
FIGURE 2.8 Nombre de pays disposant de données permettant d'évaluer leurs progrès vis-à-vis de quatre cibles de l'AMS, 2015



Source : Auteurs.

Note : Les quatre indicateurs sont le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que l'anémie chez les femmes en âge de procréer. Le nombre total de pays est de 193.

FIGURE 2.9 Taux de retard de croissance en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens



Source : Auteurs, d'après les données du ministère indien de la Promotion de la femme et de l'enfant (2015)

Figure 2.10 illustre le TRAM du retard de croissance dans chaque État par rapport à son taux initial.¹⁰ La Figure 2.11 compare les taux d'émaciation par État au cours des deux périodes, et la Figure 2.12 en fait de même pour les taux d'allaitement exclusif au sein.

Comme l'illustre la Figure 2.9, le retard de croissance a connu un déclin d'une ampleur relativement égale dans tous les États. La Figure 2.10 révèle que le taux de déclin tel que mesuré par le TRAM n'est pas associé au

taux de retard de croissance initial. En d'autres termes, les États présentant un taux élevé de retard de croissance ne peinent pas plus que les autres à infléchir ce taux. Cependant, la situation est particulièrement préoccupante dans les États de Bihar, Jharkhand et Uttar Pradesh, où le taux initial de retard de croissance et le rythme de déclin de ce taux sont plus faibles qu'ailleurs.

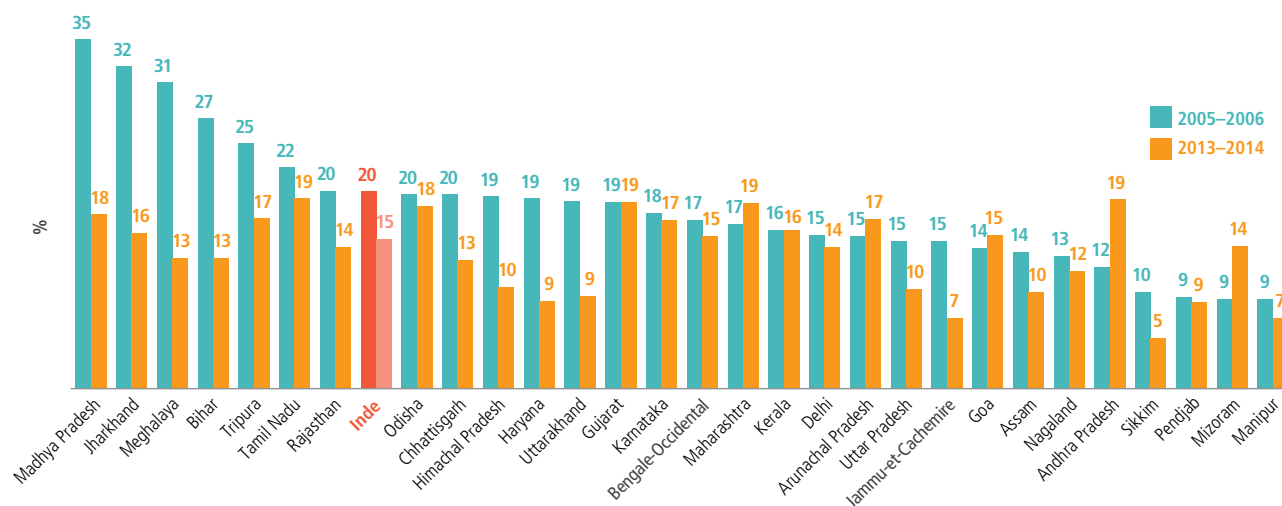
La Figure 2.11 compare les taux d'émaciation sur ces deux périodes. La plupart des États affichent un déclin sur

FIGURE 2.10 Taux de retard de croissance en 2005–2006 et taux de réduction annuel moyen entre 2005–2006 et 2013–2014, États indiens



Source : Auteurs, d'après les données du ministère indien de la Promotion de la femme et de l'enfant (2015). Tram actuel de retard de croissance (basé sur les estimations 2005–2006 et 2014)

FIGURE 2.11 Taux d'émaciation en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens

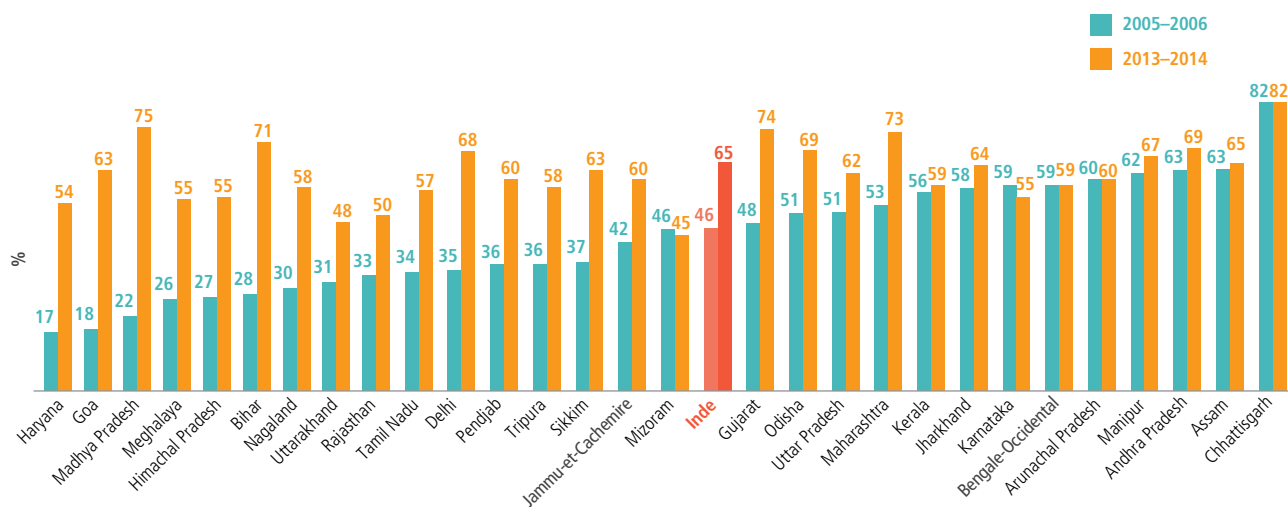


Source : Auteurs, d'après les données du ministère indien de la Promotion de la femme et de l'enfant (2015).

le front de l'émaciation, mais pas tous. Dans l'Arunachal Pradesh, le Maharashtra, l'Andhra Pradesh, Goa et Mizoram, l'émaciation enregistre une hausse, quoique marginale pour les deux premiers États. Il convient d'analyser ces chiffres avec prudence car les taux d'émaciation va-

rient en fonction de la saison, davantage encore que les taux de retard de croissance. De plus amples recherches permettront de comprendre pourquoi les progrès en matière de réduction de l'émaciation en Inde semblent si irréguliers.

FIGURE 2.12 Taux d'allaitement exclusif au sein en 2005–2006 et 2013–2014, dans 29 États indiens



Source : Auteurs, d'après les données du ministère indien de la Promotion de la femme et de l'enfant (2015).

La Figure 2.12 dresse un tableau positif des taux d'allaitement exclusif au sein en Inde. À l'échelle du pays, ce taux a augmenté de 34 % à 62 %. En 2005-2006, seuls quatre États présentaient un taux égal ou supérieur à 60 % ; aujourd'hui, le pays en compte 28. Autre aspect tout aussi important, les États présentant les taux les plus bas en 2005-2006 ont réussi à atteindre un taux de 60 à 70 %. L'État du Bihar, en queue de classement en 2005-2006, est parvenu à quadrupler son taux d'allaitement exclusif au sein et se place aujourd'hui devant 16 autres États.

PROGRÈS ACCOMPLIS PAR LES PAYS POUR ENRAYER LA HAUSSE DU DIABÈTE ET DE L'OBÉSITÉ

Le Cadre de suivi pour les maladies non transmissibles de l'AMS comprend neuf cibles mondiales pour 2025, dont la cible n°7 « Stopper la hausse du diabète et de l'obésité » (OMS 2014b). Trois indicateurs permettent de suivre cette cible : 1) prévalence, normalisée selon l'âge, de glycémie ou de diabète élevé chez les personnes de 18 ans et plus, ou chez les personnes traitées pour une augmentation du taux de glycémie, 2) prévalence, normalisée selon l'âge, du surpoids et de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus, et 3) prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adolescents.

En se basant sur les dernières estimations de la prévalence¹¹ du surpoids et de l'obésité (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 25), de l'obésité (IMC ≥ 30) et du diabète (taux de glycémie élevé) (OMS 2014b) des adultes,

nous examinons les progrès accomplis par les pays pour enrayer la hausse du surpoids et de l'obésité, de l'obésité seule et du diabète chez les adultes d'ici 2025 par rapport à l'année de référence 2010. (À l'heure actuelle, l'OMC ne compile pas les statistiques nationales pour le troisième indicateur de la cible mondiale n°7 : surpoids et obésité chez les adolescents.)

SURPOIDS ET OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES (IMC ≥ 25)

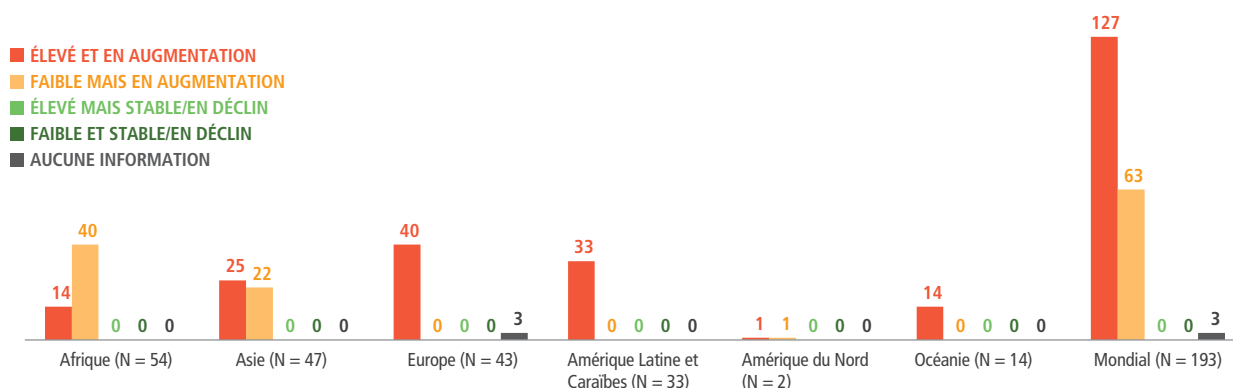
Concernant la surcharge pondérale et l'obésité, nous évaluons les progrès sur la base de la prévalence de référence et son évolution, en catégorisant le surpoids et l'obésité des adultes dans les pays comme « faible et stable/en baisse », « faible mais en augmentation », « élevée mais stable/en baisse », ou « élevée et en augmentation » (Tableau 2.10).

TABLEAU 2.10 Règles permettant d'établir les progrès réalisés par les pays pour enrayer la hausse des taux de surpoids et d'obésité chez les adultes

| Évolution de la prévalence | Catégorie de progrès | |
|----------------------------|---|---|
| | Prévalence de référence du surpoids et de l'obésité chez les adultes < 35 % (inférieure à la moyenne) | Prévalence de référence du surpoids et de l'obésité chez les adultes ≥ 35 % (supérieure à la moyenne) |
| Ni augmentation ni déclin | Faible et stable/en baisse | Élevée mais stable/en baisse |
| Augmentation | Faible mais en augmentation | Élevée et en augmentation |

Source : Auteurs.

FIGURE 2.13 Progrès réalisés par les pays pour enrayer la hausse du surpoids et de l'obésité chez les adultes (nombre de pays dans chaque région de l'ONU)



Sources : Auteurs, d'après l'OMS (2014b, 2015f).

Note : Une prévalence élevée du surpoids et de l'obésité (IMC ≥ 25) se définit comme supérieure ou égale à 35 % ; une faible prévalence, comme inférieure à 35 %. Les évaluations « en augmentation », « en déclin » et « stable » sont basées sur l'évolution de la prévalence entre 2010 et 2014..

Puisqu'il n'existe aucun seuil approuvé à partir duquel la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité est considérée comme un problème de santé publique, nous avons utilisé le taux de 35 % comme ligne de séparation entre les groupes de pays dont la prévalence de référence est élevée et ceux dont la prévalence de référence est faible. Nous avons choisi ce seuil car, en 2008, l'OMS avait estimé que 35 % des adultes âgés de 20 ans et plus étaient en surpoids ou obèses à l'échelle mondiale (IMC ≥ 25) (OMS, 2015I).¹² Nous avons également utilisé ce seuil dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* pour analyser la concomitance de différentes formes de malnutrition. Concernant la prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) et du diabète, la catégorie « en bonne voie » implique un déclin ou une stagnation, tandis que la catégorie « en mauvaise voie » implique une augmentation de ces taux de prévalence entre 2010 et 2014.¹³

Entre 2010 et 2014, aucun pays n'a observé de déclin de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes (IMC ≥ 25) (Figure 2.13). Les pays se distinguent les uns des autres par rapport à leur prévalence de référence, mais non par rapport à leur évolution : 127 pays présentent des taux « élevés et en augmentation », et 63 pays des taux « faibles mais en augmentation ». Sur l'ensemble des pays, l'augmentation de la prévalence s'étend de 0,2 à 4,3 %, avec une augmentation moyenne de 2,3 % entre 2010 et 2014.

OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES

La prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30) parmi les adultes des deux sexes a augmenté dans tous les pays entre 2010 et 2014. Cette augmentation varie de 0,2 à 4,2 %, avec une moyenne de 1,8 % entre 2010 et 2014. Seul un pays,

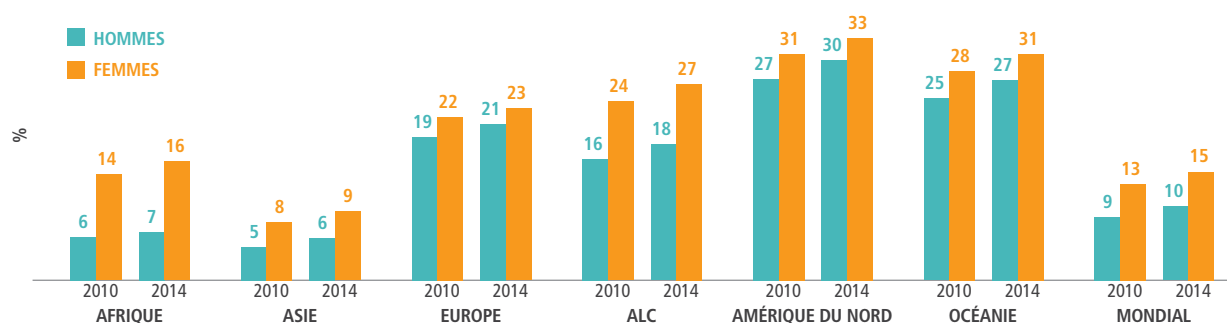
Nauru, présente un léger déclin de la prévalence de l'obésité chez les hommes, de l'ordre de 0,2 point de pourcentage, passant de 39,9 à 39,7 %.

Dans cette base de données, les différences entre les sexes sont nettes en matière d'obésité (Figure 2.14). La prévalence mondiale moyenne normalisée selon l'âge et pondérée en fonction de la population est de 15 % chez les femmes, et de 10 % chez les hommes ; les chiffres correspondants englobant à la fois le surpoids et l'obésité (IMC ≥ 25) sont de 39 % et 37 %, respectivement. Tandis que la cible de l'AMS pour l'obésité inclut l'ensemble des adultes de 18 ans et plus (sur lesquels porte la présente analyse), les risques sanitaires liés à l'obésité sont particulièrement élevés pour les femmes âgées de 20 à 49 ans, en âge de procréer (Black et coll. 2013). L'obésité maternelle est un facteur de risque et de complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum ; les mères obèses sont également plus susceptibles de développer un diabète gestationnel que les femmes présentant un IMC normal. Les enfants nés d'une mère obèse présentent un risque plus élevé de surcharge pondérale au cours de l'enfance, de l'adolescence et des premières années de l'âge adulte (Black et coll. 2013).¹⁴

DIABÈTE CHEZ LES ADULTES

Dans la grande majorité des pays, le taux de diabète chez les adultes est en augmentation (Tableau 2.11). Seuls cinq pays (Djibouti, Islande, Malte, Nauru et Venezuela) ont connu une stagnation, voire un léger recul de la prévalence du diabète chez les deux sexes ; sur ces cinq pays, on observe toutefois une hausse chez les hommes en Islande et au Venezuela. Dans treize pays, le taux de diabète chez

FIGURE 2.14 Prévalence moyenne de l'obésité chez les hommes et les femmes adultes, par région de l'ONU, 2010 et 2014



Source : OMS (2014b) ; les données démographiques proviennent des Nations Unies (2013b).

Note : L'obésité se définit comme un IMC ≥ 30 . Les données correspondent à la prévalence moyenne normalisée selon l'âge et pondérée en fonction de la population pour les hommes et les femmes âgés de 18 ans et plus, dans 190 pays. Les calculs de ce rapport peuvent différer légèrement des calculs de l'OMS en raison des différences de catégorisation régionale. ALC = Amérique latine et Caraïbes

les femmes a cessé d'augmenter ;¹⁵ on dénombre parmi ceux-ci trois pays dans lesquels ce taux a également cessé d'augmenter chez les hommes, et cinq dans lesquels il a cessé d'augmenter pour les deux sexes. Dans huit de ces treize pays (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Japon, Lettonie, Monténégro, Norvège, Singapour et Ukraine), seul le taux de diabète chez les femmes a cessé d'augmenter. Toutefois, les reculs observés sont de faible ampleur : moins de 0,5 %. Il n'existe aucun pays dans lequel le taux de diabète a cessé d'augmenter pour les hommes, mais pas pour les femmes.

RÉSUMÉ DES AVANCÉES ENREGISTRÉES PAR RAPPORT À LA CIBLE MONDIALE N°7

Dans l'ensemble, la performance des pays est déplorable en matière de contrôle à la fois de la surcharge pondérale et de l'obésité, de l'obésité seule et du diabète chez les deux sexes. Sur 193 pays, 185 sont « en mauvaise voie » pour chacun des trois indicateurs. Cinq pays sont en bonne voie sur un

seul indicateur (Djibouti, Islande, Malte, Nauru et le Venezuela sont tous en bonne voie pour le taux de diabète), mais aucun pays n'est en bonne voie sur plus d'un indicateur. Enfin, trois pays ne disposent d'aucune donnée sur chacun de ces trois indicateurs (Liechtenstein, Monaco et Saint-Marin).

PROROGATION DES CIBLES MONDIALES DE NUTRITION DE L'AMS JUSQU'À 2030

Les cibles de l'AMS ont été fixées en 2011-2012, bien avant que ne commencent les discussions sur les objectifs de développement durable (ODD). Leur date de réalisation a été fixée à 2025 tandis que la date de réalisation des ODD est 2030. En utilisant l'AMS comme base scientifique crédible et base politique légitime, quelles devraient être les cibles pour 2030 ? Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* appelait à faire preuve d'ambition par rapport aux cibles de 2030,

TABLEAU 2.11 Progrès réalisés par les pays pour contrôler les taux de diabète chez les adultes

| Situation du pays | Hommes et femmes | Hommes | Femmes |
|--|--|----------------------------|------------|
| Augmentation du taux (en mauvaise voie) | 185 | 187 | 177 |
| Baisse du taux/stabilité (en bonne voie) | 5 (Djibouti, Islande, Malte, Nauru et Venezuela) | 3 (Djibouti, Malte, Nauru) | 13 |
| Aucune donnée | 3 | 3 | 3 |
| Total | 193 | 193 | 193 |

Source : Auteurs.

Note : l'indicateur utilisé est le taux de glycémie élevé.

TABLEAU 2.12 Justification des cibles nutritionnelles mondiales proposées par l'OMS pour 2030

| Indicateur AMS | Cible AMS pour 2025 | Cible mondiale proposée par l'OMS pour 2030 | Justification apportée par l'OMS |
|---|---|---|--|
| Retard de croissance chez les -5 ans | Réduction de 164 millions en 2012 à 102 millions en 2025 (une réduction de 40 %) | 86 millions | « Grâce à des efforts concertés à l'échelle mondiale pour infléchir la prévalence du retard de croissance, par exemple via le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), combinés à une réduction du taux de croissance de la population (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, 2013), il devrait être possible de poursuivre, voire d'accélérer ce taux d'amélioration pendant cinq années supplémentaires. En projetant le même TRAM de 3,9 % jusqu'à 2030, le nombre estimatif d'enfants souffrant d'un retard de croissance à cette échéance ne devrait pas excéder les 86 millions. » |
| Anémie chez les femmes en âge de procréer | Réduction de moitié de la prévalence entre 2012 (29,4 %) et 2025 (14,7 %) | 14,7 % | « À l'heure actuelle, aucun pays n'enregistre d'avancées au rythme requis à l'échelle mondiale en vue d'atteindre la cible de 2025. » |
| Surpoids chez les -5 ans | Maintenir le taux à 6,7 %, le niveau de référence de 2012 | < 5 % | « La prévalence mondiale des enfants en surpoids est passée de 5,2 % à 6,7 % en 12 ans, entre 2000 et 2012 (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2013). Grâce à une meilleure compréhension des causes de l'obésité chez les enfants et à la mise en œuvre de stratégies ayant fait leurs preuves pour prévenir ce phénomène, il devrait être possible de revenir à un taux semblable de 5 % à une échéance de 18 ans. » |
| Émaciation chez les -5 ans | Réduction à un taux inférieur à 5 % par rapport au taux de référence de 6,7 % en 2012 | < 4% | « Bien qu'en matière d'émaciation, les taux d'amélioration passés sont restés relativement modérés à l'échelle mondiale, l'augmentation des investissements dans des solutions éprouvées peut continuer de réduire les taux d'émaciation jusqu'en 2030. La poursuite de la baisse annuelle de 3,3 % jusqu'en 2030 aboutirait à un taux mondial de prévalence situé autour des 4 %. » |
| Allaitement exclusif au sein | Augmentation du taux à un niveau ≥ 50 % relativement au taux de référence de 37 % en 2012 (le TRAAM requis pour atteindre cette cible est de 2,3 %) | > 55 % | « Un certain nombre de pays ont documenté des améliorations importantes en matière d'allaitement exclusif au cours d'une période relativement courte, au cours de laquelle une volonté politique concertée et des ressources avaient été identifiées (UNICEF 2013). Grâce à une augmentation des ressources consacrées à la promotion, à la protection et au soutien de l'allaitement au sein, on devrait pouvoir observer des améliorations continues à l'échelle mondiale. En projetant la même augmentation annuelle en points de pourcentage jusqu'en 2030, la prévalence cible serait de 55 %. » |
| Insuffisance pondérale à la naissance | Réduction à 10 % en 2025 par rapport au taux de référence de 15 % en 2012 (taux de réduction de 30 %) | 9 % | « Grâce à un engagement mondial continu, la poursuite du TRAM de 2,7 % pendant cinq années supplémentaires aboutirait à une réduction de 40 % de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance d'ici 2030. Cela représenterait alors une prévalence de 9 % de l'insuffisance pondérale à la naissance, un niveau déjà atteint dans une majorité de pays (OMS et UNICEF 2004). » |

Source : Branca et coll. (2015). Pour consulter les références complètes des citations incluses dans le tableau, reportez-vous à Branca et coll. (2015).

arguant que la base de la formulation des cibles en 2015 était plus optimiste qu'en 2010. En effet, l'engagement est plus fort (par exemple, le Mouvement pour le renforcement de la nutrition - SUN), les financements sont plus nombreux (par exemple, les engagements de financement du projet Nutrition pour la croissance) et le consensus est plus vaste sur les actions à mener (par exemple, la série de documents sur la nutrition maternelle et infantile et la série de documents sur l'obésité publiés dans *The Lancet* en 2013 et en 2015, respectivement).

Le département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS a émis un ensemble de propositions pour la cible de 2030, publié dans *SCN News* (Branca et coll. 2015), et résumé ici dans le Tableau 2.12. Quatre des cibles de 2030 (retard de croissance et émaciation chez les

enfants de moins de 5 ans, allaitement exclusif au sein et insuffisance pondérale à la naissance) sont définies par une simple extension des objectifs de 2025 selon un scénario du statu quo. Cela signifie que les cibles de 2030 ne modifient aucunement le rythme de progrès supposé nécessaire pour atteindre les cibles de 2025. En revanche, la cible de 2030 relative aux enfants de moins de 5 ans en surpoids est plus ambitieuse que celle de 2025, mais la cible de 2030 pour l'anémie est moins ambitieuse en raison du manque d'avancées sur cet indicateur.

Ces cibles proposées pour 2030 constituent une base utile pour engager des discussions. Selon les différentes informations reçues par l'équipe du rapport, il semble évident qu'aucun consensus n'a encore émergé sur la forme que devraient revêtir les cibles de 2030. Il est donc

nécessaire d'approfondir les discussions pour résoudre les questions sous-jacentes fondamentales et incorporer de nouvelles données importantes avant que les cibles de 2030 ne soient établies d'ici mars 2016, date à laquelle les cibles et indicateurs des ODD seront également finalisés.

L'Enquête rapide sur les enfants (*Rapid Survey on Children – RSOC*) réalisée en Inde en 2013-2014 apporte des données nouvelles importantes, bien que les résultats de cette enquête soient toujours préliminaires. Ces données préliminaires suggèrent que l'Inde a accéléré le rythme de ses progrès en matière de retard de croissance, d'émaciation et d'allaitement exclusif au sein par rapport aux résultats des deux enquêtes précédentes. Comme l'Inde porte une part importante du fardeau mondial de la sous-alimentation, il conviendra de réviser les cibles de 2030, une fois que les données finales de l'enquête RSOC seront disponibles.

RETARD DE CROISSANCE ET ÉMACIATION : COMBIEN D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS Y ÉCHAPPENT ?

En règle générale, les progrès en matière de réduction de la malnutrition sont rapportés indicateur par indicateur. Mais cette méthode ne minimise-t-elle pas l'ampleur de la malnutrition ? L'Encadré 2.1 présente une analyse d'enquêtes nationales récemment menées dans cinq grands pays durement touchés par la sous-alimentation. Dans chacun de ces pays, les enfants qui ne souffrent ni de retard de croissance ni d'émaciation représentent une minorité : de 48,5 % au Bangladesh à 42,5 % au Pakistan.

Selon les prévisions, la pauvreté extrême devrait davantage se concentrer dans les États fragiles (Burt et coll. 2014) et, compte tenu du fait que la prévalence du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale est liée au niveau de revenu, on peut supposer que le taux de sous-alimentation sera également plus concentré dans ces régions. Si ce scénario se produit, on pourrait observer une augmentation de l'incidence simultanée du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants. Cette concomitance pourrait également avoir des répercussions en matière de programmation, comme le suggère l'Encadré 2.1, bien que de plus amples recherches s'imposent pour évaluer leur portée. Il conviendrait de communiquer plus fréquemment les données sur la proportion des enfants qui ne souffrent ni de retard de croissance ni d'émaciation afin de fournir une justification supplémentaire à l'investissement dans la nutrition, en particulier dans les contextes fragiles où ces deux types d'entrave à la croissance des enfants sont susceptibles d'être observés.

ACTIONS RECOMMANDÉES

1. Les **cabinets des présidents et des premiers ministres** des pays en mauvaise voie d'atteindre les cibles mondiales de l'AMS visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant devraient organiser des consultations interministérielles et multipartites impliquant différents acteurs, afin de débattre des obstacles à la réalisation de ces cibles mondiales, des corrections de cap à apporter et de l'assistance dont ils ont besoin. Les conclusions de ces consultations devraient être rapportées à l'occasion du Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G) de 2016, qui se déroulera à Rio de Janeiro sous l'égide du gouvernement du Brésil, ainsi qu'à toute autre manifestation régionale ou mondiale équivalente.
2. Les **États** devraient collaborer avec l'**OMS** et l'**UNICEF** à l'alimentation des bases de données mondiales avec un plus grand nombre de données existantes (y compris toute nouvelle analyse requise en raison de la mauvaise qualité des données), ainsi qu'à l'alignement de leurs structures de production de rapports afin qu'il soit plus facile à l'avenir d'y inclure des données. En 2016, les bailleurs devraient soutenir l'OMS, l'UNICEF et les gouvernements d'au moins 20 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire pour que leurs données soient intégrées aux bases de données mondiales. Les données d'un minimum de 10 pays à revenu élevé relatives à au moins un indicateur de l'AMS devraient être ajoutées aux bases de données de l'OMS/UNICEF afin qu'elles soient intégrées à temps pour la publication du *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. L'intégration aux bases de données d'un plus grand nombre de données sur l'allaitement exclusif au sein (pour les pays de tous niveaux de revenu) constitue une priorité.
3. L'**UNICEF** et l'**OMS** devraient terminer leurs travaux actuels de collecte et d'analyse des données relatives à l'insuffisance pondérale à la naissance afin que le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* puisse évaluer les progrès des pays par rapport aux cibles mondiales. L'UNICEF et l'OMS devraient également finaliser en temps opportun leurs règles de production de rapports sur les progrès de l'ensemble des indicateurs nutritionnels de l'AMS, y compris l'allaitement exclusif, afin de pouvoir les utiliser dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*.
4. D'ici fin 2015, les **agences de l'ONU** devraient avoir achevé une consultation structurée avec la communauté de la nutrition au sens large afin de s'accorder sur un ensemble de cibles mondiales pour 2030 sur les indicateurs

ENCADRÉ 2.1 SIMULTANÉITÉ DE L'ÉMACIATION ET DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ L'ENFANT

CARMEL DOLAN, MARTHA MWANGOME ET TANYA KHARA

En règle générale, le fardeau de la malnutrition infantile fait l'objet de rapports séparés pour l'émaciation, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et les carences en micronutriments.¹ Les enfants peuvent toutefois souffrir simultanément de plusieurs carences (Khara et Dolan 2014 ; McDonald et coll. 2013). Dans quelle mesure sont-elles simultanées et quelles en sont les répercussions sur la mortalité et l'élaboration des programmes ?

Le tableau ci-dessous décrit le fardeau simultané du retard de croissance et de l'émaciation chez l'enfant en s'appuyant sur les bases de données de cinq enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées récemment dans des pays durement touchés par la sous-alimentation (Black et coll. 2013).²

Dans ces cinq pays, les enfants présentant une courbe de croissance saine sont une minorité. Par exemple, au Pakistan, seuls 42,5 % des enfants ont échappé aux problèmes de retard de croissance ou d'émaciation (colonne 1). De plus, la concomitance de l'émaciation et du retard

de croissance (la somme des colonnes 6 à 9) s'étend de 2,9 % des enfants en République démocratique du Congo à 7,5 % au Bangladesh.

Quelles sont les implications de ces chiffres ? L'analyse conclut que le risque de mortalité liée à une émaciation sévère (colonnes 5 + 8 + 9) s'élève à 11,63 (Olofin et coll. 2013). De plus, elle signale qu'un enfant souffrant simultanément de retard de croissance, d'émaciation et d'insuffisance pondérale présente un risque de mortalité 12,3 fois plus élevé qu'un enfant sans carences nutritionnelles (McDonald et coll. 2013). Cependant, il n'existe aucune estimation des conséquences en matière de mortalité lorsque l'émaciation et le retard de croissance sont concomitants, mais que cette émaciation n'est pas sévère (colonnes 6 + 7). Cette omission n'est pas sans poser problème, compte tenu du fait que cette population est nombreuse (de 1,9 % de la population des enfants de moins de 5 ans en RDC à 6,0 % au Bangladesh), et n'est pas prise en compte par les programmes ciblant uniquement l'émaciation sévère, en

dépit du risque de mortalité potentiellement élevé de la concomitance de l'émaciation et du retard de croissance.

Pour mieux connaître la portée et les incidences de cet enjeu, nous avons besoin :

- d'une analyse plus poussée des bases de données transversales nationales afin de quantifier l'ampleur du double déficit de l'émaciation et du retard de croissance à l'échelle mondiale ;
- d'une analyse plus poussée des données existantes sur les risques de mortalité afin d'établir la distinction entre les enfants souffrant d'un déficit simple ou simultané d'émaciation et de retard de croissance ;
- d'une investigation établissant si les services qui effectuent actuellement des mesures à l'échelle communautaire (en particulier, périmètre brachial et poids pour l'âge) identifient les enfants souffrant simultanément d'émaciation et de retard de croissance.

| Enquête démographique et de santé | Prévalence (%) | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|---|---|--|--|
| | (1) Ni émaciation ni retard de croissance | (2) Pas d'émaciation, retard de croissance modéré | (3) Pas d'émaciation, retard de croissance sévère, | (4) Émaciation modérée, sans retard de croissance | (5) Émaciation sévère, sans retard de croissance | (6) Émaciation modérée, retard de croissance modéré | (7) Émaciation modérée, retard de croissance sévère | (8) Émaciation sévère, retard de croissance modéré | (9) Émaciation sévère, retard de croissance sévère |
| Bangladesh (2011) | 48,4 | 21,5 | 13,8 | 5,9 | 2,9 | 3,5 | 2,5 | 0,8 | 0,7 |
| Éthiopie (2011) | 46,5 | 21,1 | 20,6 | 4,6 | 2,1 | 1,6 | 2,2 | 0,6 | 0,8 |
| Nigeria (2013) | 47,7 | 13,9 | 20,7 | 5,6 | 6,7 | 1,1 | 1,6 | 1,0 | 1,6 |
| Pakistan (2012–2013) | 42,5 | 16,0 | 29,3 | 3,1 | 3,1 | 1,2 | 1,9 | 0,6 | 2,2 |
| République démocratique du Congo (2013–2014) | 46,7 | 20,7 | 24,2 | 2,9 | 2,6 | 0,7 | 1,2 | 0,4 | 0,6 |

Source : Enquêtes démographiques et de santé : NIPORT, Mitra and Associates et ICF International (2013) ; MPSMRM, MSP et ICF International (2014) ; Office central de statistique de l'Éthiopie et ICF International (2012) ; NIPS et ICF International (2013) ; NPC et ICF International (2013).

de la sous-alimentation de l'AMS, en vue de les soumettre à la Commission de statistique des Nations Unies, qui travaille sur les indicateurs et les cibles des ODD.

5. Les **experts de l'obésité**, y compris les experts de l'OMS, doivent expliquer le manque apparent de lien entre les tendances du surpoids et de l'obésité observées chez les adultes et celles observées chez les enfants de moins de 5 ans, en vue d'alimenter également le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2016.
6. Les **analystes** travaillant sur de nouvelles enquêtes nationales devraient présenter des statistiques d'enquêtes

nutritionnelles relatives à la prévalence des enfants de moins de 5 ans grandissant en bonne santé, c'est-à-dire échappant aux problèmes de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids.

7. Des recherches plus poussées s'imposent pour expliquer la variabilité de la performance des pays dans l'atteinte des cibles liées aux indicateurs de l'AMS et pour interpréter et comprendre l'évolution des taux d'émaciation. Les **bailleurs de fonds de la recherche** devraient formuler des appels pour ce type de recherche en 2016.



3 AVANCÉES PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS EN FAVEUR DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE

L'ANNÉE 2013 A MARQUÉ UN TOURNANT DÉCISIF DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION. Au sommet « Nutrition pour la croissance (N4G) » de Londres, gouvernements, agences des Nations Unies, organisations de la société civile, entreprises, bailleurs de fonds et autres organisations ont étudié les moyens d'améliorer la nutrition dans le monde. En signant le Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance, 90 parties prenantes se sont engagées publiquement à prendre des mesures concrètes de lutte contre la malnutrition. Cette dynamique s'est prolongée

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Le taux de réponse aux demandes de compte-rendu sur les progrès accomplis dans les engagements N4G était de 83 % en 2015, contre 92 % en 2014.
2. Les résultats 2015 en matière de progrès sont comparables à ceux de 2014. Quelque 44 % des engagements pris lors du sommet N4G sont jugés « en bonne voie » en 2015, contre 42 % en 2014. Tandis que 10 % sont jugés « en mauvaise voie » en 2015, contre 9 % en 2014.
3. Il est plus facile de demander des comptes aux signataires lorsque leurs engagements sont spécifiques, mesurables et limités dans le temps. Seuls 30 % des engagements pris au N4G répondent à ces critères.
4. La majorité des objectifs en matière de retard de croissance fixés par les signataires du N4G sont moins ambitieux que ceux résultant de l'application des cibles mondiales de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) à l'échelle des pays.

avec l'engagement de 20 autres intervenants après l'élaboration du pacte et sa publication. Au printemps 2015, soit deux ans après le sommet, nous avons invité ces intervenants à dresser un bilan des progrès réalisés dans leurs engagements. Ce chapitre évalue la mesure dans laquelle ils ont répondu à notre invitation, si leurs réponses ont été précises, et s'ils sont en bonne voie d'honorer leurs engagements dans le cadre du programme N4G.

Les chapitres suivants décrivent la méthodologie utilisée pour mesurer leurs progrès. Comme pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, les 110 intervenants ont été divisés en six groupes : gouvernements, agences des Nations Unies, organisations de la société civile, entreprises, bailleurs de fonds et un groupe d'organisations qui n'entraient dans aucune des cinq autres catégories. Chaque signataire devait faire état des progrès accomplis depuis le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* en utilisant un modèle adapté à son groupe. Nous nous sommes chargés du suivi auprès des participants qui avaient besoin d'éclaircissements, et avons consigné les réponses dans des tableaux de suivi détaillé des engagements du sommet N4G, accessibles en ligne.

Une équipe de quatre personnes – Meghan Arakelian, Jessica Fanzo, Lawrence Haddad et Corinna Hawkes – a passé en revue les tableaux de suivi détaillé du N4G pour chaque signataire et réalisé une évaluation indépendante, avant de réunir leurs analyses et de synthétiser les quatre évaluations indépendantes. Ces dernières s'appuyaient autant que possible sur des critères objectifs – par exemple, le rapport du signataire a-t-il atteint un objectif tangible ? –, mais faisaient aussi inévitablement appel à des évaluations subjectives. Une échelle d'évaluation et un processus de classement uniques ont été appliqués à tous les signataires. Le statut « engagement honoré » a été attribué lorsque les progrès rapportés pour 2014-2015 concrétisaient l'en-

gagement de 2020. Les rapports présentant des progrès suffisants se sont vus attribuer le statut « en bonne voie », ceux présentant de toute évidence une absence de progrès ont été jugés « en mauvaise voie », et ceux qui ne faisaient pas état de progrès manifestes se sont vu attribuer le statut « pas clair ».

Une série de tableaux résumant les progrès de chaque signataire a été compilée sur cette base. Les signataires qui n'ont pas envoyé les données demandées à la date requise, ou qui n'ont pris aucun engagement dans certains domaines, sont également répertoriés. Notre évaluation s'est fondée sur des éléments de preuve disponibles dans les tableaux de suivi détaillé accessibles en ligne (www.globalnutritionreport.org). Les lecteurs souhaitant effectuer leur propre évaluation de certains signataires sont invités à consulter les rapports des tableaux de suivi en ligne pour juger des progrès rapportés par chacun d'eux.

Quelle est la différence entre le processus d'évaluation de cette année et celui du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* ?

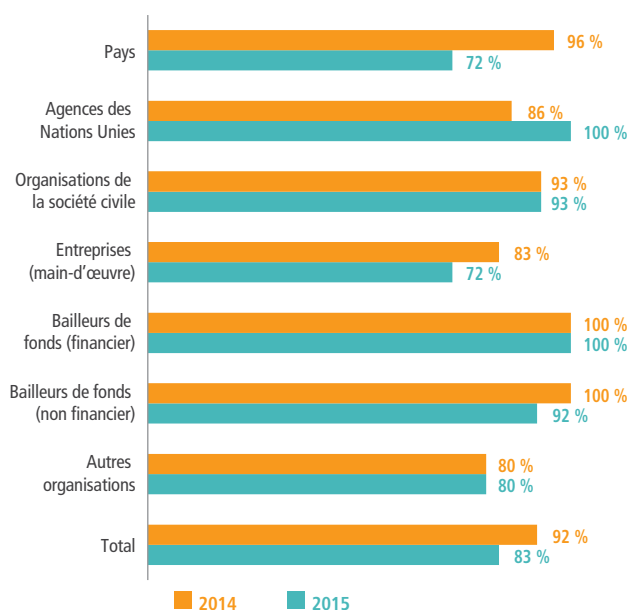
Nous débutons par une première évaluation des engagements financiers des principaux bailleurs de fonds par rapport à leurs engagements en faveur de la nutrition pour la croissance. Cette évaluation n'a pu être faite pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* car les données disponibles étaient celles de 2012, antérieures à la période d'engagement du N4G (2013 à 2020). Ensuite, pour avoir une vision plus complète des progrès accomplis, nous comparons ceux réalisés en 2014 par tous les signataires (données de 2012) à ceux de 2015 (données de 2013). Puis, nous ajoutons une catégorie « engagement honoré » pour les signataires ayant déjà concrétisé leurs engagements pour 2020. Nous faisons ensuite état des engagements N4G de leurs entreprises hors main-d'œuvre, contrairement à 2014 où nous avons seulement retenu

TABLEAU 3.1 Taux de réponse des signataires du N4G, 2015

| Groupe des signataires du N4G | Nombre de demandes de compte-rendu émises depuis janvier 2015 | Nombre de réponses reçues de janvier à juin 2015 | Taux de réponse (%) |
|------------------------------------|---|--|---------------------|
| Pays | 25 | 18 | 72 |
| Agences des Nations Unies | 7 | 7 | 100 |
| Organisations de la société civile | 15 | 14 | 93 |
| Entreprises – main-d'œuvre | 29 | 21 | 72 |
| Bailleurs de fonds – financier | 10 | 10 | 100 |
| Bailleurs de fonds – non financier | 12 | 11 | 92 |
| Autres organisations | 5 | 4 | 80 |
| Total | 103 | 85 | 83 |

Source : Auteurs.

FIGURE 3.1 Taux de réponse des signataires du N4G



Source : Auteurs.

leurs engagements en matière de main-d'œuvre. Enfin, de nouveaux engagements et de nouveaux progrès nous ont été rapportés : de nouveaux engagements des signataires, ou des engagements d'acteurs qui n'ont pas pris part au N4G. Ces engagements ont été intégrés dans les tableaux de suivi détaillé en ligne, mais n'ont pas fait l'objet d'une évaluation parce qu'ils n'avaient pas été sollicités. Nous accueillons volontiers la présentation de nouveaux engagements et d'évaluations autodéclarées. Pour le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*, nous mettrons en place un processus de sollicitation inclusif et systématique des nouvelles contributions annoncées.

ÉVALUATION DES PROGRÈS PAR RAPPORT AUX ENGAGEMENTS EN FAVEUR DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE

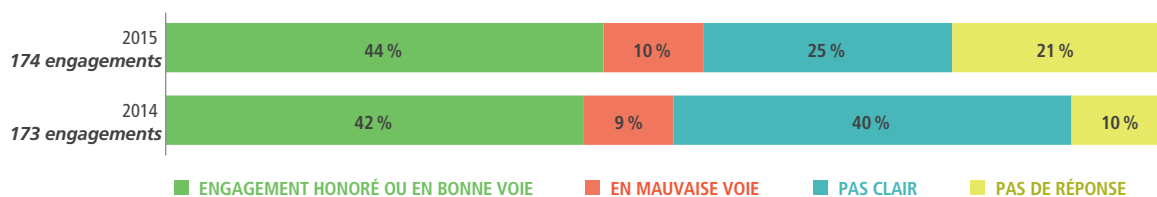
Nous avons demandé aux signataires, à partir de janvier 2015, de nous adresser un compte-rendu des progrès accomplis, à nous renvoyer jusqu'au 9 juin 2015 (Tableau 3.1). Le taux de réponse en 2015 (83 %) était inférieur à celui de 2014 (92 %) (cf. Figure 3.1). Cette année, il a fallu relancer plusieurs fois les signataires pour obtenir des réponses. Certains pays n'ont pu répondre ou ont subi des revers imputables à des crises imprévues (conflit au Yémen) et à l'épidémie d'Ebola (Liberia et Sierra Leone). Les délais de production resserrés des rapports (date limite de contribution au *Rapport 2015* fixée dix mois seulement après la date limite du rapport 2014) et la lassitude occasionnée par les innombrables engagements et contributions annoncés expliquent en partie le faible taux de réponse. Les entreprises (engagements en matière de main-d'œuvre) et les bailleurs de fonds (engagements non financiers) n'ont pas pu répondre cette année comme en 2014.

L'absence de réponse équivaut à un manque de redevabilité. Nous exhortons les signataires du N4G à s'engager de nouveau à produire des rapports sur les promesses faites il y a un peu plus de deux ans. Le succès de la conférence de Rio 2016 sur la Nutrition pour la croissance dépendra de l'exhaustivité des rapports sur les engagements pris lors du N4G de 2013.

Les avancées effectivement enregistrées – à savoir, si les signataires sont en bonne ou en mauvaise voie d'atteindre leurs objectifs – étaient comparables en 2014 et 2015. Le pourcentage des évaluations « pas clair » ou « aucune réponse » a légèrement diminué, passant de 50 % en 2014 à 46 % en 2015 (Figure 3.2).

Sur les 204 engagements pris au sommet N4G et ayant fait l'objet d'un suivi, 44 % ont été jugés « en bonne voie »,

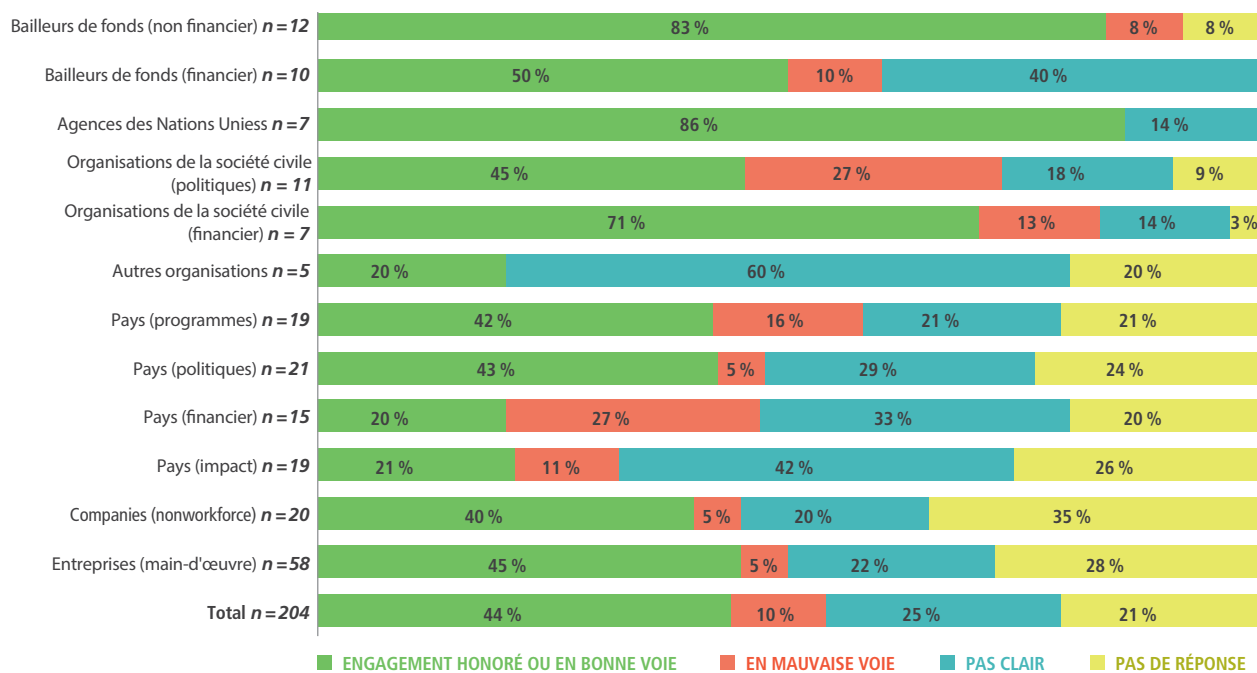
FIGURE 3.2 Avancées globales par rapport aux engagements N4G, 2014 et 2015



Source : Auteurs.

Note : En 2013, 204 engagements ont été pris, mais le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* n'indiquait que 173 d'entre eux parce que les entreprises n'avaient pas tous les éléments en main pour rendre compte de la totalité de leurs engagements en 2014. Les taux de réponse illustrés dans cette figure ne sont donnés que pour des engagements suivis à la fois en 2014 et 2015. Le nombre d'engagements est de 174 en 2015 contre 173 en 2014, parce que l'Éthiopie n'a distingué qu'en 2015 les composantes programmes et politiques de son engagement N4G.

FIGURE 3.3 Progrès réalisés par rapport aux engagements N4G par le groupe de signataires, 2015



Source : Auteurs, d'après les informations fournies par les signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance.

Note : n = nombre d'engagements pris par les signataires dans chaque catégorie.

10 % « en mauvaise voie », 25 % n'étaient « pas clair » par rapport à l'engagement, et 21 % n'ont pas fourni de réponse (Figure 3.3). Les pays ont eu des difficultés à garder le cap par rapport à leurs engagements d'impact et financiers, sans doute plus difficiles à tenir que les engagements en matière de politiques et de programmes. Les organisations de la société civile étaient plus susceptibles d'être jugées « en bonne voie » pour leurs engagements financiers que pour leurs engagements en matière de politiques. Les bailleurs de fonds ont eu plus de facilité à rendre compte de leurs engagements non financiers que de leurs engagements financiers. Concernant les entreprises, les engagements en matière de main-d'œuvre étaient légèrement plus faciles à respecter que les autres. Les agences des Nations Unies ont été jugées largement « en bonne voie » par rapport à leurs engagements, tandis que la catégorie « autres organisations » a eu des difficultés à présenter un compte-rendu clair des progrès accomplis.

PAYS

Vingt-cinq gouvernements signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance se sont engagés à réduire la sous-alimentation dans leur pays. Dix-huit d'entre eux ont soumis un rapport avant la date limite. Les engagements pris au sommet ont été classés dans les catégories suivantes : engagements d'impact/résultats (liés,

par exemple, aux cibles de l'Assemblée mondiale de la santé tels l'allaitement maternel exclusif ou les taux de retard de croissance), engagements financiers, engagements politiques et engagements en matière de programmes. Le Tableau 3.2 permet d'établir si les 18 pays sont « en bonne voie » ou « en mauvaise voie » en fonction des progrès signalés.

L'une des questions soulevées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* concernait la portée de certains engagements pris par les parties prenantes. Nous analysons ici les engagements délimités dans le temps pris par un certain nombre de pays pour réduire les retards de croissance. Ces engagements sont-ils plus ou moins ambitieux que la cible mondiale fixée par l'Assemblée mondiale de la santé ?

La Figure 3.4 montre le rythme auquel 20 pays devraient réduire le retard de croissance pour atteindre leurs propres objectifs par rapport au rythme prévu pour la cible mondiale de l'AMS, si celle-ci était appliquée au niveau des pays. Dans ce groupe de 20 pays, près des trois quarts des engagements à l'égard du retard de croissance pris lors du N4G sont moins ambitieux que ceux découlant de l'application des cibles mondiales de l'AMS au niveau des pays. Les futures cibles N4G en matière de retard de croissance devront correspondre à l'ambition des cibles mondiales.

TABLEAU 3.2 Évaluation des engagements des pays signataires du N4G

| Pays | Engagements en matière d'impact | Engagements financiers | Engagements en matière de politiques | Engagements en matière de programmes |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Bangladesh | Pas clair | En bonne voie | En bonne voie | En bonne voie |
| Bénin | Pas clair | Néant | Pas clair | En mauvaise voie |
| Burkina Faso | En bonne voie | Néant | Engagement honoré | En bonne voie |
| Burundi | Pas de réponse | Néant | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Côte d'Ivoire | Pas de réponse | Pas de réponse | Néant | Pas de réponse |
| Éthiopie | En bonne voie | En bonne voie | En bonne voie | En bonne voie |
| Gambie | Pas de réponse | Néant | Néant | Néant |
| Guatemala | En mauvaise voie | En mauvaise voie | En bonne voie | Pas clair |
| Indonésie | En mauvaise voie | Néant | En bonne voie | En bonne voie |
| Liberia | Néant | En mauvaise voie | Pas clair | Néant |
| Malawi | Néant | Pas clair | Pas clair | En bonne voie |
| Mali | Néant | Néant | Pas de réponse | Néant |
| Mauritanie | Pas de réponse | Néant | Pas de réponse | Néant |
| Namibie | Pas clair | Néant | Néant | En mauvaise voie |
| Niger | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Nigeria | En bonne voie | Pas clair | En bonne voie | En bonne voie |
| Ouganda | Pas clair | Néant | Pas clair | Pas clair |
| République démocratique du Congo | Néant | Pas clair | En bonne voie | En bonne voie |
| République unie de Tanzanie | En bonne voie | Néant | Engagement honoré | Néant |
| Sénégal | Pas clair | En bonne voie | Pas clair | En bonne voie |
| Sierra Leone | Pas clair | Pas clair | En mauvaise voie | En mauvaise voie |
| Sri Lanka | Pas clair | En mauvaise voie | Néant | Néant |
| Yémen | Néant | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Zambie | Pas clair | En mauvaise voie | En bonne voie | Pas clair |
| Zimbabwe | Néant | Pas clair | Pas clair | Pas clair |

Source : Les points focaux des pays SUN ont fourni des comptes-rendus de leurs progrès par rapport aux engagements, et Arakelian, Fanzo, Haddad et Hawkes ont réalisé des évaluations individuelles et collectives de ces progrès.

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès réalisés en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. En mauvaise voie = progrès insuffisants vers la concrétisation de l'engagement pris au sommet. Néant = aucun engagement n'a été pris lors du sommet. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = le pays n'a pas répondu aux demandes d'information.

BAILLEURS DE FONDS

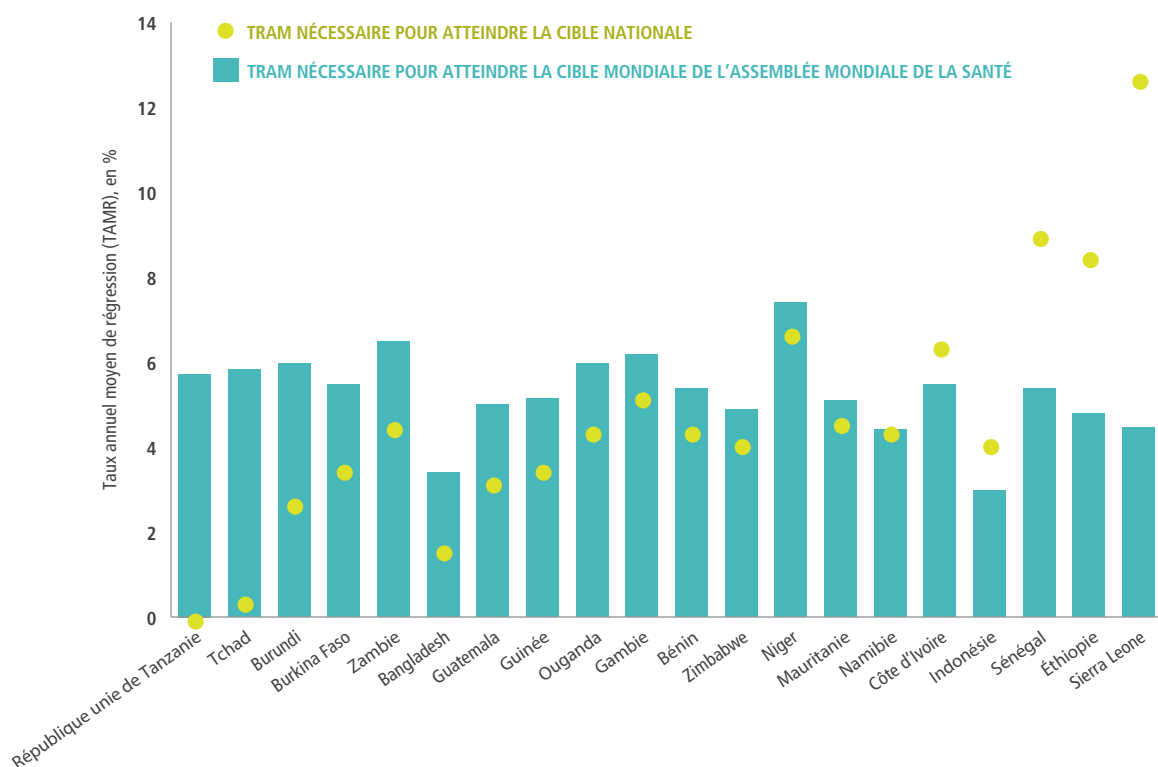
Parmi les 16 bailleurs de fonds signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance, 10 ont pris des engagements financiers et onze des engagements non financiers. Sept ont pris des engagements financiers et en matière de politiques/programmes, trois uniquement des engagements financiers, quatre uniquement des engagements en matière de politiques/programmes, et deux n'ont pris aucun nouvel engagement.

Le Chapitre 5 analyse les performances financières des bailleurs de fonds en matière de nutrition pour l'année

2013 dans un contexte plus large. Cette partie évalue les performances des bailleurs de fonds, résumées dans le Tableau 3.3, par rapport aux engagements financiers pris au N4G (cf. détail des performances des bailleurs de fonds et de la base de l'évaluation dans le Tableau annexe A2.1).

Les 10 bailleurs de fonds qui ont pris des engagements financiers au N4G ont présenté un compte-rendu des progrès accomplis. Cinq d'entre eux étaient « en bonne voie », contre deux « en mauvaise voie » (tout juste). Pour trois bailleurs de fonds, l'évaluation des progrès posait problème en raison d'un engagement peu clair, ou d'un

FIGURE 3.4 Cibles nationales en matière de retard de croissance par rapport aux cibles mondiales appliquées aux pays



Source : Auteurs ; le TRAM requis pour les cibles du pays est calculé par les auteurs en comparant les cibles et les taux de l'enquête la plus récente dans la base de données de l'OMS/UNICEF/Banque mondiale ; le TRAM nécessaire pour atteindre la cible mondiale est calculé par l'OMS et l'UNICEF en comparant les cibles de l'AMS appliquées au niveau des pays avec les hypothèses de base, comme indiqué au Chapitre 2. Les cibles des pays figurent dans les engagements pris lors du sommet N4G (Royaume-Uni 2013).

Note : cf. Tableau A2.1 en annexe pour des données complètes.

rapport de progrès imprécis, ou les deux. Ces évaluations sont globalement conformes à l'exercice des tableaux de bord Action entrepris plus tôt en 2015 (Action 2015), mais on observe quelques différences du fait qu'Action ne disposait pas de toutes les données de progrès financiers au moment de son évaluation. Les bailleurs de fonds devraient s'investir davantage dans la définition d'engagements SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps).

Douze bailleurs de fonds ont pris des engagements en matière de politiques et de programmes, parmi lesquels 11 ont répondu aux demandes de compte-rendu de progrès, et 10 ont été jugés en bonne voie (Tableau 3.3).

ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les auteurs du rapport se sont penchés sur leurs engagements financiers et en matière de politiques/programmes. Sur les 15 organisations approchées, 14 ont répondu (Tableau 3.4).

Comme indiqué en 2014, bon nombre des engagements N4G mettent l'accent sur des interventions contribuant à la nutrition et sur les liens entre la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'agriculture, et la santé. En analysant les progrès, on obtient un panorama édifiant du nombre de pays et de populations couverts par les organisations de la société civile dans le cadre de leurs engagements.

ENTREPRISES

Vingt-neuf entreprises se sont engagées à privilégier une nutrition de qualité sur leurs lieux de travail. Plus précisément, elles se sont fixé la date limite de juin 2016 pour : 1) introduire une politique alimentaire pour une main-d'œuvre productive et en bonne santé, 2) améliorer leurs politiques de santé maternelle, prévoyant notamment un appui aux mères allaitantes parmi leurs employés. Ces mesures visaient une amélioration de la nutrition, et par conséquent une productivité et une santé améliorées au

TABLEAU 3.3 Évaluation des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G

| Bailleurs de fonds | Engagements financiers | Engagements en matière de politiques/programmes |
|---|--------------------------------|---|
| Agence des normes alimentaires du Royaume-Uni | Néant | En mauvaise voie |
| Allemagne | Pas clair | Néant |
| Australie | Pas clair | En bonne voie |
| Banque mondiale | En bonne voie | En bonne voie |
| Brésil | Néant | Pas de réponse |
| Canada, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada | Néant | Néant |
| États-Unis | En mauvaise voie (mais proche) | En bonne voie |
| Finlande | Néant | Néant |
| Fondation Bill et Melinda Gates | En bonne voie | En bonne voie |
| Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant (CIFF) | En bonne voie | En bonne voie |
| Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant (CIFF) et Save the Children | — | En bonne voie |
| France | Néant | En bonne voie |
| Irlande | En bonne voie | En bonne voie |
| Japon | Néant | En bonne voie |
| Pays-Bas | En mauvaise voie (mais proche) | Néant |
| Royaume-Uni | En bonne voie | En bonne voie |
| Union européenne | Pas clair | Néant |

Source : Auteurs, d'après les données des bailleurs de fonds.

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès réalisés en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. En mauvaise voie = progrès insuffisants vers la concrétisation de l'engagement pris au sommet. Néant = aucun engagement non financier n'a été pris lors du sommet. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = le bailleur de fonds n'a pas répondu aux demandes d'information. Le symbole « — » signifie « sans objet »

TABLEAU 3.4 Évaluation des engagements des OSC signataires du N4G

| Organisations de la société civile (OSC) | Engagements financiers | Engagements en matière de politiques/programmes |
|---|-------------------------------|---|
| Action contre la faim (ACF) | En bonne voie | Engagement honoré |
| Agence catholique pour le développement outre-mer (CAFOD) | Néant | Pas clair |
| Alliance OSC – SUN de la Zambie | Néant | En bonne voie |
| Comic Relief | Pas clair | Néant |
| Concern Worldwide | En bonne voie | Néant |
| Conseil britannique de la recherche en biotechnologie et sciences biologiques | Néant | En mauvaise voie |
| Helen Keller International | Néant | En bonne voie |
| Initiative pour les micronutriments | En bonne voie | Engagement honoré |
| InterAction | En bonne voie | Néant |
| Mercy Corps | Néant | Pas clair |
| One Campaign | Néant | En mauvaise voie |
| Oxfam | Néant | Pas de réponse |
| Save the Children International | En mauvaise voie ^a | En bonne voie |
| Vegan Society | Néant | En mauvaise voie |
| Vision mondiale | En bonne voie | Néant |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par les OSC.

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. En mauvaise voie = progrès insuffisants vers la concrétisation de l'engagement pris au sommet. Néant = aucun engagement N4G n'a été pris. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = l'OSC n'a pas répondu aux demandes d'information. OSC = organisation de la société civile

^a Save the Children International a signalé des progrès significatifs par rapport à ses engagements très importants en matière de nutrition, mais a manqué la cible de peu, d'où cette notation obtenue à l'évaluation.

TABLEAU 3.5 Résumé des auto-évaluations des engagements pris au N4G par les entreprises

| Réponses | Nombre d'entreprises ayant fourni un compte-rendu sur leurs progrès | |
|---|--|---|
| | Introduire une politique nutritionnelle pour une main-d'œuvre productive et en bonne santé | Améliorer les politiques de santé maternelle, y compris l'appui aux mères allaitantes |
| 1 = peu ou pas de progrès | 1 | 2 |
| 2 = quelques progrès | 6 | 7 |
| 3 = progrès satisfaisants | 7 | 6 |
| 4 = stade de développement final | 5 | 4 |
| 5 = déploiement partiel | 3 | 3 |
| 6 = mise en œuvre complète | 0 | 0 |
| Total des réponses | 22 | 22 |
| Pas de réponse | 7 | 7 |
| Nombre total d'entreprises ayant pris des engagements en matière de main-d'œuvre | 29 | 29 |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par les entreprises.

profit de plus 1,2 million de personnes au sein de la population active dans plus de 80 pays.

Comme en 2014, nous avons travaillé en collaboration avec le Réseau d'entreprises SUN pour envoyer des demandes et recevoir des rapports sur ces engagements. Les entreprises devaient s'attribuer une note sur une échelle de 1 à 6, dans laquelle 1 correspond à « peu ou pas de progrès », 2 « quelques progrès », 3 « progrès satisfaisants », 4 « stade de développement final », 5 « déploiement partiel » et 6 « mise en œuvre complète ». Sur les 29 entreprises suivies, 22 ont rendu compte des progrès réalisés par rapport à leurs engagements en matière de main-d'œuvre (Tableau 3.5).

Comme en 2014, nous alignons les évaluations des entreprises sur celles des autres intervenants du N4G en classant les progrès des entreprises dans les catégories « en bonne voie » (note de 3 à 6), « en mauvaise voie » (note de 1), ou « pas clair » (note de 2). Les résultats sont présentés dans le Tableau 3.6.

Sur les engagements en matière de main-d'œuvre, 45 % (26 sur 58) sont « en bonne voie », soit une nette amélioration par rapport à 2014, où le taux correspondant était de 31 %. Le pourcentage des effectifs d'entreprise « en bonne voie » s'aligne ainsi sur les progrès réalisés par d'autres groupes de signataires du N4G (Figure 3.5).

Cette année, et pour les années à venir, nous nous joignons au Réseau d'entreprises SUN pour demander aux entreprises de fournir également des comptes-rendus sur les progrès réalisés par rapport à tous les engagements N4G : main-d'œuvre et hors main-d'œuvre (ces derniers sont résumés dans le Tableau 3.7). Sur les 20 entreprises ayant pris des engagements non liés à la main-d'œuvre,

nous avons reçu 13 réponses, dont huit « en bonne voie » (Tableau 3.7). Les entreprises ont déjà bénéficié d'une période de deux ans pour préparer le rapport sur leurs engagements hors main-d'œuvre, et nous nous attendons à un meilleur taux de réponse en 2016.

AGENCES DES NATIONS UNIES

Les sept agences des Nations Unies qui ont pris des engagements en matière de programmes et de politiques lors du N4G ont toutes répondu aux demandes de compte-rendu (Tableau 3.8).

La plupart des agences signataires se sont engagées à plusieurs niveaux. Les engagements étaient divers, et des preuves assez détaillées ont été fournies pour évaluer les progrès dans ces domaines. Six agences ont été jugées « en bonne voie », et une « pas clair ».

AUTRES ORGANISATIONS

Nous avons reçu des réponses de quatre organisations sur les cinq restantes. Les réponses reçues sont relativement exhaustives, mais ne correspondent pas toujours aux engagements pris, ce qui a rendu difficile l'établissement de leurs progrès en bonne ou en mauvaise voie. Celles qui ont obtenu le statut « pas clair » doivent veiller à être plus précises dans leurs réponses sur les engagements pris (Tableau 3.9).

COMPARAISON DES ÉVALUATIONS DE 2014 ET 2015

Entre 2014 et 2015, les pays ont amélioré leurs capacités à rendre compte de leurs engagements (Figure 3.5) de manière précise. En 2014, 40 % des engagements des

TABLEAU 3.6 Évaluation des engagements des entreprises signataires du N4G en matière de main-d'œuvre

| Entreprises | Introduire une politique nutritionnelle pour une main-d'œuvre productive et en bonne santé | Taille des effectifs concernés (main-d'œuvre en bonne santé) | Améliorer les politiques de santé maternelle, y compris l'appui aux mères allaitantes | Taille des effectifs concernés (mères allaitantes) |
|--|--|--|---|--|
| Acciona | En bonne voie (5) | 33 000 | En bonne voie (5) | 4 200 |
| Ajinomoto | En bonne voie (3) | 28 000 | En bonne voie (3) | 3 000 |
| Anglo American | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Aslan Group | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Associated British Foods | Pas clair (2) | 106 000 | Pas clair (2) | Non applicable |
| Barclays | En bonne voie (3) | 140 000 | En bonne voie (3) | Non applicable |
| BASF | En bonne voie (4) | 110 000 | En bonne voie (5) | Non applicable |
| Bayer Crop Science | En bonne voie (4) | 19 700 | Pas clair (2) | Non applicable |
| BP | Pas clair (2) | 80 000 | Pas clair (2) | Non applicable |
| Britannia Industries | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Cargill | En bonne voie (3) | 25 000 | En bonne voie (3) | Non applicable |
| DSM | En bonne voie (3) | 23 000 | Pas clair (2) | Non applicable |
| Gallup | En bonne voie (5) | 2 400 | En bonne voie (5) | 100 |
| GlaxoSmithKline | Pas clair (2) | 100 000 | En bonne voie (4) | Non applicable |
| Gujarat Cooperative Milk Marketing Federation Ltd (Amul) | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| GUTS Agro Industry | En bonne voie (4) ^a | 300 | En bonne voie (4) | 100 |
| Indofood | Pas clair (2) | 2 700 | En bonne voie (3) | Non applicable |
| Infosys | En mauvaise voie (1) | 150 000 | En mauvaise voie (1) | Non applicable |
| KPMG | En bonne voie (3) | 12 000 | Pas clair (2) | Non applicable |
| Lozane Farms | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Malawi Mangoes | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Marks and Spencer | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse | Pas de réponse |
| Netafim | Pas de réponse | 2 000 | Pas de réponse | Non applicable |
| Rab Processors | En bonne voie (4) | 1 500 | En bonne voie (4) | Non applicable |
| Shambani | Pas clair (2) | 27 | En bonne voie (3) | 15 |
| Syngenta | En bonne voie (3) | 27 000 | En bonne voie (3) | Non applicable |
| Tanseed | Pas clair (2) | 12 | En mauvaise voie (1) | Non applicable |
| Unilever | En bonne voie (3) | 50 000 | Pas clair (2) | Non applicable |
| Waitrose | En bonne voie (5) | 47 000 | Pas clair (2) | Non applicable |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par le Réseau d'entreprises SUN et les entreprises.

Note : Les codes ont les significations suivantes : 1 = peu ou pas de progrès ; 2 = quelques progrès ; 3 = progrès satisfaisants ; 4 = stade de développement final ; 5 = déploiement partiel ; 6 = mise en œuvre complète. Non applicable = les entreprises qui se sont classées entre 1 et 4 n'ont pas été invitées à indiquer la taille de la main-d'œuvre concernée. Pas de réponse = l'entreprise n'a pas répondu. Les auteurs du rapport ont classé la réponse 1 dans « En mauvaise voie », la réponse 2 dans « pas clair », et les réponses 3 et plus dans « en bonne voie. »

^a La réponse est passée de 5 en 2014 à 4 en 2015..

pays pouvaient être jugés en bonne ou en mauvaise voie, comparativement à 2015 où cette proportion a progressé à 46 %. Il en va de même pour les entreprises et leurs engagements en matière de main-d'œuvre : en 2014, 40 % des engagements ont été jugés en bonne ou mauvaise voie, contre 50 % en 2015. Pour les organisations de la société civile, ce pourcentage s'est fermement maintenu à 78 %,

avec toutefois une composition différente. Par rapport à 2015, une proportion plus importante de ces 78 % représentait des engagements « en bonne voie » en 2014. Il convient de souligner ici que les données de 2015 tiennent compte des engagements financiers des bailleurs de fonds et des engagements hors main-d'œuvre des entreprises, ce qui n'est pas le cas pour les données de 2014.

TABLEAU 3.7 Évaluation des engagements hors main-d'œuvre des entreprises signataires du N4G

| Entreprises | Résumé des engagements hors main-d'œuvre | Engagements hors main-d'œuvre |
|--|--|-------------------------------|
| Ajinomoto | Améliorer la nutrition de 200 000 enfants sevrés, 100 000 femmes enceintes et allaitantes, et 250 000 enfants d'âge scolaire avec le complément Koko Plus (Projet d'amélioration de la nutrition au Ghana). | En bonne voie |
| BASF | Permettre, chaque année, à 60 millions de personnes d'accéder à une alimentation de base et à une nutrition enrichies ; mener des recherches pour développer de nouvelles solutions en matière de nutrition. | En bonne voie |
| Britannia | Mettre des biscuits enrichis en fer à la disposition de 50 000 enfants à travers un partenariat public-privé avec East Delhi Municipal. | Pas de réponse |
| Cargill | Toucher 200 petites et moyennes entreprises en Afrique subsaharienne à travers Partners in Food Solutions ; mettre en œuvre l'initiative Nutriendo el Futuro (Nourrir l'avenir) en Amérique centrale ; promouvoir l'enrichissement de la farine en micronutriments (Programme d'enrichissement de la farine). | En bonne voie |
| Clifford Chance | Fournir des services juridiques bénévoles à hauteur de 1 million de livres sterling au CIFF et à ses partenaires, ainsi qu'aux gouvernements, ONG et acteurs du secteur privé ; fournir des conseils sur les questions juridiques spécifiques liées à la mise en œuvre du programme du Sommet de la nutrition pour la croissance. | Pas de réponse |
| Del Agua | Permettre à 9 millions de personnes au Rwanda d'accéder à l'eau potable. | En bonne voie |
| DSM | Contribuer à l'amélioration de la nutrition de 50 millions de bénéficiaires (en particulier pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 2 ans) par an d'ici 2020 ; offrir un accès aux produits du Programme d'amélioration de la nutrition du Groupe DSM aux partenaires africains et du secteur privé basés en Afrique du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance et aux signataires du Réseau d'entreprises SUN et leurs fournisseurs. | En bonne voie |
| Gallup | Toucher 160 000 répondants dans le cadre de la recherche en nutrition dans 150 pays (Projet Voices of the Hungry). | Pas de réponse |
| GlaxoSmithKline | Accroître l'accès à une variante abordable de Horlicks (du lait malté produit par l'entreprise contenant 12 vitamines et minéraux essentiels) par l'introduction et la vente de 300 millions de sachets de moins de 10 roupies en Afrique et en Inde ; un don de 400 millions par an à l'OMS consacré aux traitements à l'albendazole pour lutter contre les vers intestinaux chez les enfants d'âge scolaire ; poursuivre la mise en œuvre du Programme de formation à l'assainissement et l'hygiène personnelle (PHASE). | En bonne voie |
| GSMA | Envoyer des messages sur les téléphones cellulaires pour promouvoir les changements de comportement en matière de nutrition et d'agriculture (mNutrition) ; établir des partenariats avec les opérateurs de réseaux mobiles pour la réalisation des objectifs mNutrition. | En bonne voie |
| Gujarat Cooperative Milk Marketing Federation Ltd (Amul) | Accroître l'accès à des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et à des aliments pour traiter la dénutrition, et réduire le coût du traitement. | Pas clair |
| GUTS Agro Industry | Investir 1,5 million de dollars EU dans la construction d'une chaîne de fabrication d'une capacité de 3 000 tonnes pour la production de produits à base de pois chiches de haute qualité, à faible coût en Éthiopie. | En mauvaise voie |
| Mount Meru | Enrichir en vitamines A et D toute l'huile comestible au Rwanda, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie ; soutenir 500 000 agriculteurs pendant sept ans par la promotion de la création de marchés et la viabilité économique. | Pas de réponse |
| Nirmal Seeds | Fournir des variétés de cultures biofortifiées à des millions d'agriculteurs. | Pas de réponse |
| Rab Processors | Fournir à l'Alliance nationale d'enrichissement des prémélanges de vitamines pour enrichir la farine de maïs à l'intention de tous les petits meuniers du Malawi. | Pas clair |
| SeedCo Zambia | Distribuer des semences enrichies à 25 000 petits agriculteurs. | Pas de réponse |
| Sina Gerard | Doubler la production et la commercialisation de biscuits Golden Power, un produit qui remplace 45 % de la farine de blé par de la patate douce à chair orange, d'ici la fin de l'année 2014 ; augmenter les ventes d'autres produits de boulangerie à base de patate douce à chair orange. | Pas de réponse |
| Tanseed International | Élaborer des produits biofortifiés et améliorer les moyens de subsistance de 7 250 ménages agricoles ; conclure des contrats avec 1 813 petits agriculteurs et leur offrir une formation. | Pas clair |
| UBS Optimus Foundation | En collaboration avec la CIFF et le DFID, mobiliser jusqu'à 25 millions de francs suisses d'ici 2020 auprès de clients d'UBS, fonds auxquels d'autres bailleurs de fonds partenaires apporteront une contrepartie pour atteindre 50 millions de francs suisses pour la nutrition des enfants. La Optimus Foundation garantira 10 millions de francs suisses dans le cadre de cet objectif. | En bonne voie |
| Unilever | Exécuter le projet Laser Beam visant à améliorer la nutrition au profit de 500 000 enfants, une formation à l'hygiène dans les écoles à l'intention de 1 million d'enfants scolarisés et des moyens de subsistance améliorés au profit de 3 000 femmes ; modifier les comportements de 1 milliard de consommateurs en matière d'hygiène ; atteindre 2,5 millions de personnes à travers des programmes néonataux de lavage des mains. | Pas clair |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par le Réseau d'entreprises SUN et les entreprises.

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. En mauvaise voie = progrès insuffisants vers la concrétisation de l'engagement pris au sommet. Néant = aucun engagement N4G n'a été pris. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = l'entreprise n'a pas répondu aux demandes d'information.

TABLEAU 3.8 Évaluation des engagements des agences des Nations Unies signataires du N4G

| Agence des Nations Unies | Engagements en matière de politiques/programmes |
|---|---|
| Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) | En bonne voie |
| Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) | En bonne voie |
| Fonds international de développement agricole (FIDA) | Pas clair |
| Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) | En bonne voie |
| Organisation mondiale de la santé (OMS) | En bonne voie |
| Programme alimentaire mondial (PAM) | En bonne voie |
| Réseau des Nations Unies | En bonne voie |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par les points focaux nutrition des Nations Unies.

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. En mauvaise voie = progrès insuffisants vers la concrétisation de l'engagement pris au sommet. Néant = aucun engagement N4G n'a été pris. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = l'agence des Nations Unies n'a pas répondu aux demandes d'information.

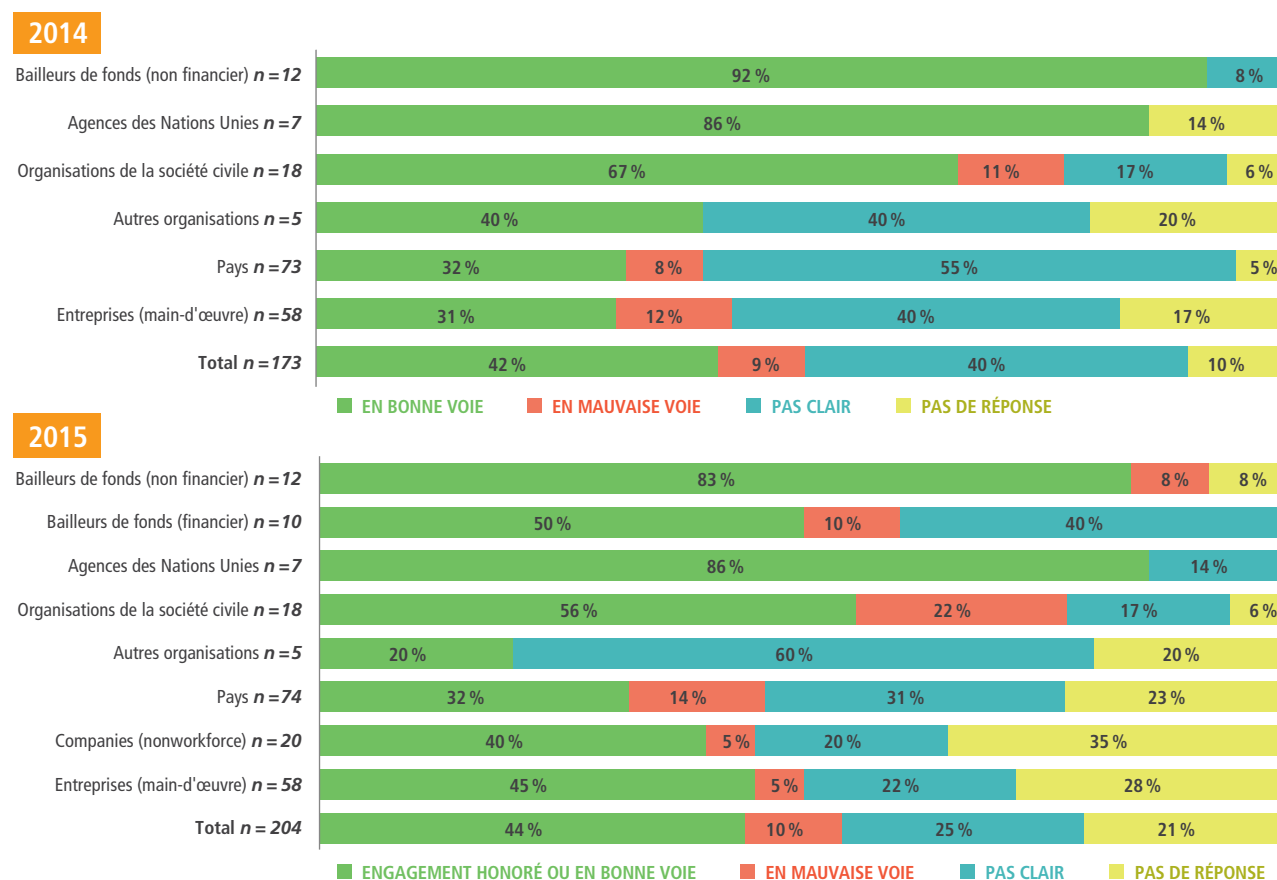
TABLEAU 3.9 Évaluation des engagements des autres organisations signataires du N4G

| Organisations | Engagements en matière de politiques/programmes |
|--|---|
| Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) | En bonne voie |
| CABI | Pas clair |
| CGIAR | Pas clair |
| Grand Challenges Canada | Pas clair |
| Naandi Foundation | Pas de réponse |

Source : Auteurs, d'après les informations fournies par les « autres organisations ».

Note : Engagement honoré = cible 2020 de l'engagement N4G atteinte. En bonne voie = progrès en bonne voie d'atteindre la cible de l'engagement pris lors du sommet. Pas clair = l'engagement était trop vague pour évaluer les progrès réalisés, ou les éléments de preuve rapportés sur les progrès étaient trop vagues, ou ont fait l'objet d'un rapport partiel. Pas de réponse = l'organisation n'a pas répondu aux demandes d'information.

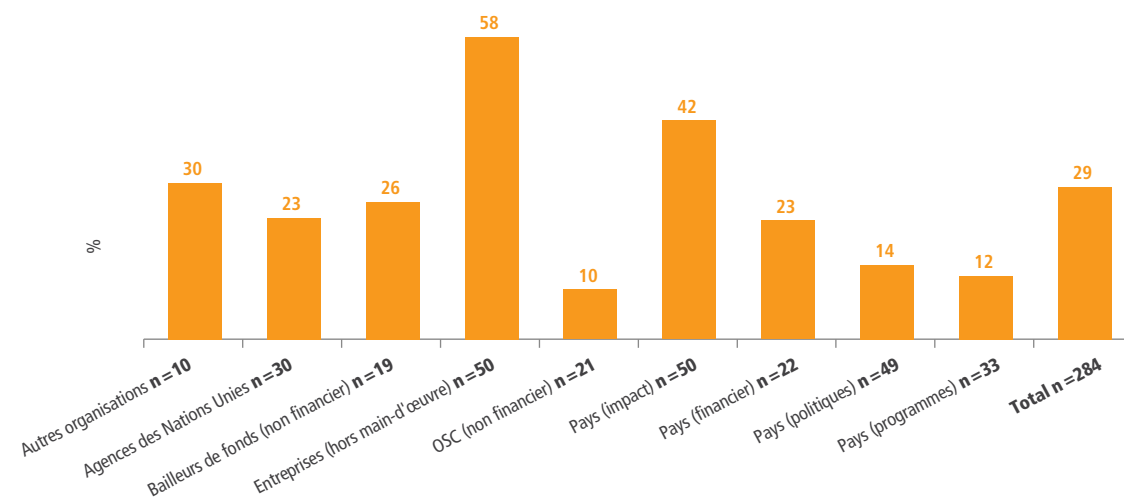
FIGURE 3.5 Synthèse des progrès par rapport aux engagements pris au N4G, 2014 et 2015



Source : Auteurs.

Note : n = nombre d'engagements pris par les signataires dans chaque catégorie. En outre, nous précisons que le nombre des engagements des pays est de 74 en 2015 contre 73 en 2014. Cela est dû au fait que l'Éthiopie n'a distingué qu'en 2015 les composantes programmes et politiques de son engagement N4G.

FIGURE 3.6 Pourcentage des engagements N4G de 2013 jugés conformes aux principes SMART



Source : Auteurs.

Note : n = nombre d'engagements pris lors du Sommet de la nutrition pour la croissance de Londres. SMART = spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps.

ENSEIGNEMENTS POUR LE SOMMET DE LA NUTRITION POUR LA CROISSANCE 2016 À RIO

Le suivi du sommet 2013 Nutrition pour la croissance de Londres aura lieu à Rio de Janeiro, Brésil, en août 2016. Le sommet de Rio sera une occasion importante d'obtenir des engagements significatifs en matière de nutrition. Comment exploiter au mieux cette opportunité ? Cette partie formule cinq recommandations à l'intention des signataires actuels et potentiels quant à la façon de renforcer la redevabilité par rapport aux engagements pris, sur la base des deux phases d'évaluation des avancées enregistrées par rapport aux engagements de 2013.

1. Les engagements du sommet N4G de Rio doivent être SMART, c'est-à-dire, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps. Nous avons analysé tous les engagements pris lors du sommet de Londres 2013 dans le but de déterminer ceux qui sont spécifiques (qui ciblent un domaine spécifique d'amélioration), mesurables (qui quantifient ou au moins proposent un indicateur de progrès), atteignables (qui précisent qui s'en chargera), réalistes (qui indiquent les résultats qui peuvent raisonnablement être atteints compte tenu des ressources disponibles), et limités dans le temps (qui précisent quand le résultat peut être atteint) (Doran, 1981). Nous avons accordé un intérêt tout particulier au caractère spécifique, mesurable et limité dans le temps de ces engagements, étant donné que

le caractère atteignable est relativement clair pour les signataires et qu'il n'est pas aisé d'évaluer le réalisme de ces engagements de l'extérieur. Les deux auteurs de ce chapitre ont entrepris à titre individuel une évaluation indépendante de chaque engagement sur la base de ces critères et ont ensuite rassemblé toutes les différences observées. Pour un trop grand nombre d'engagements pris à Londres, les résultats obtenus restent vagues. Seuls 30 % des engagements pris au sommet N4G peuvent être qualifiés de spécifiques, mesurables et limités dans le temps (Figure 3.6).

Afin de garantir la redevabilité des parties prenantes par rapport à leurs engagements pris à Rio, il ne s'agira plus désormais de se contenter de déclarer, par exemple, « l'Agence X œuvrera à la réduction de la malnutrition » ou « le pays Y s'engage à mettre en œuvre la Déclaration de Rome et son cadre d'actions ». Les engagements devront au contraire être définis sur la base des principes SMART, par exemple « le pays X réduira de X % d'ici l'année XXXX le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids ».

2. La volonté d'agir va de pair avec la volonté d'informer. L'absence de rapport sur les engagements constitue une entrave à la redevabilité. En 2015, le nombre de rapports des intervenants sur leurs engagements au sommet N4G a baissé par rapport à 2014. Ce constat est pour le moins décevant. Tandis que nous nous efforçons d'établir si le processus de présentation de comptes-rendus que nous avons mis en place a un effet dissuasif sur leur production, il

importe que les signataires du N4G fassent preuve d'une meilleure volonté pour rendre compte de leurs engagements.

3. **Les rapports doivent être élaborés en tenant compte des engagements pris.** Le manque de clarté sur les progrès rapportés représente un échec au niveau, non seulement de la formulation des engagements selon les principes SMART, mais aussi du bilan des avancées enregistrées par rapport à ces engagements. Trop souvent, les signataires ont rapporté des progrès généraux sans se référer aux engagements pris au sommet de 2013, en dépit du fait qu'ils leurs avaient été clairement rappelés.
4. **Les engagements doivent être raisonnablement ambitieux.** Nombre d'engagements pris au sommet N4G de Londres étaient limités dans leur ambition. Il s'agissait notamment de déclarations annonçant que le signataire consacrerait « à hauteur » d'un certain montant, d'ici une échéance précise, ou qu'il « maintiendrait son engagement » auprès d'un autre signataire pendant une période donnée. Les engagements doivent être réalistes afin de conserver des chances raisonnables d'être honorés. Toutefois, leur ampleur ne doit pas être limitée au point de les rendre quasiment inutiles.
5. **L'origine de chaque engagement pris au Sommet de la nutrition pour la croissance ne doit souffrir aucune ambiguïté.** Quelques signataires ont affirmé ignorer si l'engagement pris lors du sommet de Londres 2013 provenait de leur pays ou de leur organisation. De toute évidence, cela nuit à l'engagement du signataire et partant, à sa redevabilité. L'origine de l'engagement doit être clairement documentée pour les engagements du sommet de Rio.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Les signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance, adopté en 2013, devraient honorer leurs engagements et soumettre des rapports complets sur leurs progrès à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* pour publication en 2016. À l'occasion du Sommet de la nutrition pour la croissance de Rio en 2016, **un plus grand nombre de gouvernements, d'agences internationales, de bailleurs de fonds externes, d'organisations de la société civile et d'entreprises** devraient prendre des engagements ambitieux spécifiques,

mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps (SMART). Les engagements des signataires actuels et nouveaux devraient viser à atteindre les cibles mondiales de l'AMS pour la nutrition d'ici 2025, et s'aligner sur les ODD ciblant l'élimination de la malnutrition d'ici 2030.

1. **Tous les signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance** devraient présenter des rapports sur la mise en œuvre de leurs engagements à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale*. En 2015, les signataires ont été moins nombreux à répondre aux demandes de compte-rendu sur leurs engagements. La proportion des signataires « en bonne voie » d'honorer leurs engagements demeure inférieure à 50 %.
2. **Les signataires actuels du Sommet de la nutrition pour la croissance** devraient chercher à élargir le cercle d'engagement du sommet en invitant d'autres gouvernements, agences internationales, bailleurs de fonds externes, organisations de la société civile et entreprises à prendre des engagements ambitieux selon les principes SMART au sommet de 2016. À l'heure actuelle, le Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance ne compte que 110 signataires, dont la quasi-totalité cible la sous-alimentation plutôt que la malnutrition sous toutes ses formes.
3. **Les organisations de la société civile** devraient jouer un rôle prépondérant dans l'élaboration d'un « guide et modèle d'engagement efficace » pour le sommet de 2016. Ce document aidera **les signataires, actuels et nouveaux, du sommet N4G** à « rendre leurs engagements plus SMART ». Seuls 30 % des engagements actuels obéissent aux principes SMART. Le modèle intégrera les principes SMART et servira à évaluer les projets d'engagements au Sommet de la nutrition pour la croissance de 2016.
4. **Le Groupe des intervenants du rapport sur la nutrition mondiale** devrait charger un **organisme indépendant** de procéder à une évaluation ponctuelle du processus afin de dresser un bilan des engagements pris au sommet et de formuler des recommandations publiques pour le renforcer. Les méthodes actuelles sont limitées, car elles reposent sur l'auto-évaluation des signataires et sur un examen indépendant des co-présidents et du Secrétariat du *Rapport sur la nutrition mondiale*.



4 SUIVI DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. La lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes requiert une combinaison de mesures spécifiques à chaque pays visant à créer un environnement politique propice à l'action, à tirer profit d'autres secteurs pour aborder les facteurs sous-jacents de la nutrition et à cibler les interventions en faveur de la nutrition afin de prévenir ou de traiter les facteurs directs de la malnutrition. Les pays progressent lorsque des actions à différents niveaux convergent et se renforcent mutuellement au sein d'un cercle vertueux.
2. La protection sociale est devenue une plateforme fondamentale qui peut être mise à profit pour agir sur les facteurs qui sous-tendent la sous-alimentation. L'un des défis consiste à s'assurer que les programmes de protection sociale remaniés ne se contentent pas de promouvoir une consommation plus importante de calories, mais encouragent plutôt les personnes à adopter des régimes alimentaires plus sains.
3. De plus en plus de pays mettent en œuvre des politiques visant l'ensemble des populations pour modifier l'environnement alimentaire, de façon à promouvoir des régimes alimentaires plus sains. Pourtant, les progrès sont inégaux et dominés par une poignée de politiques dans des pays à revenu élevé.
4. Les données permettant de suivre la couverture des interventions spécifiques ciblant les facteurs immédiats de la sous-alimentation restent limitées.
5. Bien que les capacités à suivre les actions nutritionnelles s'améliorent, les efforts en ce sens sont un projet en construction. À tous les niveaux, les déficits de mesures, de données et d'outils de suivi acceptés par tous sont un obstacle majeur à la compréhension de ce qui est mis en œuvre, où, pourquoi, quand et pour qui.
6. Des possibilités d'« actions à double fonction » existent, qui peuvent aider à lutter à la fois contre la sous-alimentation et les régimes alimentaires malsains en mettant en avant une croissance plus saine au cours des 1 000 premiers jours de vie, des environnements alimentaires plus sains, des systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition et des environnements politiques plus propices.

POUR AMENER LES ÉTATS ET LES AUTRES ACTEURS NATIONAUX À RENDRE DES COMPTES SUR LEURS INITIATIVES EN FAVEUR DE LA NUTRITION, IL EST ESSENTIEL DE SUIVRE LEURS PROGRÈS QUANT À LA MISE EN ŒUVRE DE LEURS INTERVENTIONS, PROGRAMMES ET POLITIQUES.

Ce chapitre examine la mesure dans laquelle ces acteurs ont mis en œuvre des interventions pour réduire la malnutrition sous toutes ses formes, et passe en revue quelques outils disponibles pour le suivi de leur exécution.

Ce chapitre met l'accent sur trois niveaux d'intervention contre la malnutrition :

1. Création d'un environnement politique propice afin de motiver et ouvrir la voie à l'action ;
2. Mise à profit des politiques et programmes d'autres secteurs afin d'agir sur les facteurs à l'origine de la malnutrition ;
3. Des interventions ciblées et focalisées visant à prévenir ou traiter les causes immédiates de la malnutrition chez ceux qui en ont le plus besoin.

Ces catégories utilisées dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* pour suivre les progrès des interventions contre la sous-alimentation ont été reprises dans le rapport 2015 afin d'élargir le champ d'examen de ces actions et d'inclure les aspects nutritionnels de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à la nutrition.

CRÉER UN ENVIRONNEMENT PLUS PROPICE À DES ACTIONS EFFICACES

L'OMS décrit les actions visant à créer un environnement propice comme des systèmes en arrière-plan sur lesquels s'appuient les politiques, programmes et interventions nutritionnels visibles (OMS, 2012b). Des recherches ont démontré que les actions requises pour créer des environnements politiques propices sont identiques, que l'objectif soit de réduire la sous-alimentation ou l'obésité (Gillespie et coll., 2013 ; Huang et coll., 2015). Elles consistent à améliorer la gouvernance et l'économie politique, à renforcer les capacités et les ressources, à fournir des données probantes et à définir les enjeux de façon irréfutable (Figure 4.1).

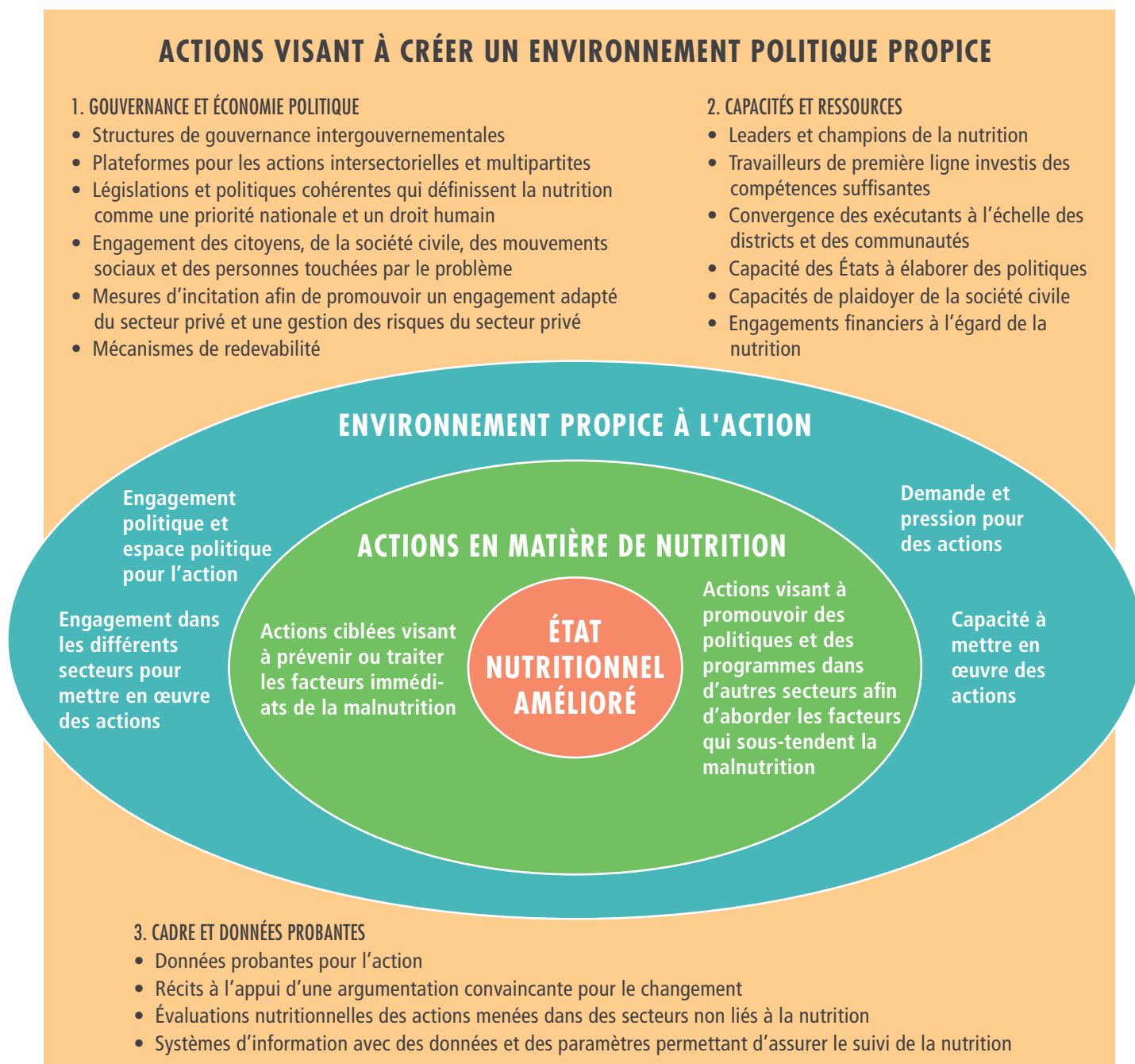
En novembre 2014, le Cadre d'action de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) a fourni quelques recommandations précises sur la mise en place d'un environnement propice à des actions efficaces. Mais, si c'est une chose de savoir comment créer un environnement politique propice, encore faut-il y parvenir. Les milieux engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA ont réussi

à créer un environnement politique propice au changement en faisant valoir le droit humain à bénéficier d'un traitement et en impliquant des personnes touchées par le problème dans la recherche de solutions. L'Encadré 4.1 fournit un aperçu des expériences avec le VIH/SIDA dont le monde de la nutrition peut s'inspirer.

Si les composantes d'un environnement politique propice — et les mesures nécessaires pour les mettre en place — sont assez bien définies, qu'en est-il des efforts pour suivre ces actions ? Ces dernières années, des agences, des instituts de recherche et des ONG d'envergure internationale ont mis au point des initiatives précisément à cette fin. Quelques exemples sont énumérés dans le Tableau 4.1. Les étapes nécessaires à l'établissement d'un environnement propice ont beau être similaires, que l'objectif soit de réduire la sous-alimentation ou de partir en campagne contre les régimes alimentaires malsains, l'obésité et les maladies non transmissibles, la plupart des initiatives de suivi se focalisent soit sur la sous-alimentation soit sur la suralimentation, mais rarement sur les deux. Comme le montre également le Tableau 4.1, différentes initiatives utilisent une panoplie d'indicateurs variés pour suivre l'évolution des environnements politiques propices ; ces indicateurs sont souvent semblables, mais il existe un potentiel pour des synergies plus importantes. Les indicateurs employés dans ces initiatives, ainsi que ceux suggérés par la nouvelle « Série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant » de l'OMS (OMS, 2015), fournissent une base utile pour l'élaboration d'une définition consensuelle d'indicateurs de suivi plus précis pour l'avenir.

Qu'est-ce que le suivi de ces indicateurs a montré jusqu'à présent ? Pour la sous-alimentation, l'Indice d'engagement pour la lutte contre la faim et la malnutrition (*Hunger and Nutrition Commitment Index – HANCI*) montre que l'engagement politique est très variable d'un pays à l'autre (et Lintelo et coll., 2014). Au fil du temps, certains pays ayant des niveaux de malnutrition très élevés ont manifesté un engagement accru, tandis que d'autres ont réduit leurs efforts. Les résultats en matière

FIGURE 4.1 Actions visant à créer un environnement politique propice à la promotion de la nutrition



Source : Adapté de Gillespie et coll. (2013) et Huang et coll. (2015) par Lawrence Haddad, Boyd Swinburn et Corinna Hawkes.

de transformation institutionnelle compilés par le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), tirés d'une auto-évaluation par 37 pays sur une échelle de quatre marqueurs de progrès, indiquent que, malgré les efforts importants déployés actuellement pour coordonner les multiples parties prenantes et élaborer des lois et des politiques, il reste encore beaucoup à faire pour tra-

duire ces progrès en autant de mesures convenablement gérées et suivies. Pour l'obésité, le seul pays pour lequel l'Index des politiques relatives à un environnement alimentaire sain (Food EPI – *Government Healthy Food Environment Policy Index*) a été renseigné (Nouvelle-Zélande) présente des variations entre les indicateurs, mais des niveaux insuffisants de coordination et d'appui politique

ENCADRÉ 4.1 QU'EST-CE QUE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA PEUT NOUS ENSEIGNER SUR LA CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE PROPICE ?

MAURICE A. BLOEM

Depuis 2001, le nombre d'infections au VIH déclarées chaque année a diminué globalement de 38 %, et de 58 % chez les enfants (ONUSIDA 2014). ONUSIDA souligne que bon nombre de victoires contre le VIH ont été liées aux droits de l'homme, et remportées grâce à des initiatives de plaidoyer et de militantisme, et des actions en justice (ONUSIDA). Quelles leçons les milieux de la nutrition peuvent-ils tirer de la lutte contre le VIH/SIDA pour la création d'un environnement propice au changement ?

Premièrement, recourir activement aux droits de l'homme. Le principe du GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV – implication accrue des personnes vivant avec le VIH) a été décisif dans les démarches engagées par la communauté du VIH/SIDA pour établir le droit au traitement, au terme de nombreuses années de pression, de protestations et de batailles judiciaires (Novogrodsky 2009 ; ONU-SIDA 1999) ; ce principe a abouti à des politiques et des programmes de prévention de la propagation des infections au VIH. Ce droit au traitement n'existe pas actuellement pour garantir, par exemple, la disponibilité et l'abordabilité d'aliments complémentaires appropriés à des enfants exposés à un risque de sous-alimentation (Bloem et de Pee 2013).

Deuxièmement, considérer les personnes vulnérables comme une partie de

la solution, et pas simplement comme des victimes. L'engagement actif des personnes vivant avec le VIH/SIDA renforce la redevabilité directe et peut favoriser la mise en œuvre d'initiatives durables. Le gouvernement du Bangladesh a été l'un des premiers à aller dans ce sens en élaborant une politique et une stratégie via un processus impliquant de multiples parties prenantes (Bangladesh, ministère de la Santé et du Bien-être familial 2000). Les leçons tirées des programmes d'intervention auprès des travailleurs du sexe (ONUSIDA 2000), dont certains impliquaient leur participation dans la recherche coopérative (Bloem et coll. 1999), ont été intégrées dans ce processus.

Que peuvent faire les acteurs de la nutrition pour impliquer davantage les personnes les plus exposées à la malnutrition ? Pouvons-nous, par exemple, travailler plus efficacement avec les adolescentes dans les écoles et les groupes communautaires ? Pouvons-nous fournir des efforts supplémentaires pour unir le pouvoir des populations touchées par la sous-alimentation à celles touchées par l'obésité et les MNT liées à la nutrition afin d'étendre la portée des alliances citoyennes ? Les approches de redevabilité sociale telles que les jurys citoyens, les fiches d'évaluation par les communautés et la budgétisation participative peuvent fournir aux personnes les plus

vulnérables une plateforme d'expression, leur permettre de modifier la dynamique du pouvoir et d'orienter, voire de hâter, le changement. L'ouverture intentionnelle d'un espace politique où peuvent s'exprimer les personnes les plus vulnérables à la malnutrition, à savoir les femmes, est un pas dans la bonne direction. La Commission de la condition de la femme fournit ce type de plateforme – un nombre record d'organisations de la société civile (OSC) a assisté aux réunions 2015 de la Commission –, et les milieux de la nutrition pourraient déployer plus d'efforts pour participer à ce forum.

Enfin, il est nécessaire de maintenir la vigilance à l'échelon national. Les communautés touchées par le SIDA sont parvenues à s'unir autour de « Trois principes » : un cadre national pour l'action, une autorité de coordination et un système de suivi et évaluation unique et approuvé conjointement (ONUSIDA 2005). Les 54 États membres du Mouvement SUN (SUN 2011) s'efforcent d'agir aussi dans ce sens, mais d'autres pays doivent les rejoindre, sachant notamment que la nature de la malnutrition devient plus complexe avec l'incidence accrue des doubles fardeaux de la sous-alimentation et du surpoids-obésité.

visibles (Swinburn et coll., 2014). En ce qui concerne les maladies non transmissibles, une enquête de l'OMS de 2010 révèle que, si 89 % des pays ont signalé s'être dotés d'une unité, d'une division ou d'un département au sein de leur ministère de la Santé dédié aux MNT, la

mise en œuvre des politiques reste insuffisante (OMS, 2012a). La *Global Nutrition Policy Review 2009-2010* de l'OMS a confirmé ces conclusions et encore souligné l'insuffisance des capacités nationales de mise en œuvre (OMS, 2013c).

TABLEAU 4.1 Exemples d'initiatives de suivi des environnements politiques propices à la nutrition

| Initiative | Description | Exemples d'indicateurs utilisés |
|--|--|--|
| Applicables à toutes les formes de malnutrition | | |
| Système d'information sur le paysage nutritionnel (Nutrition Landscape Information System – NLIS) Dirigée par l'OMS (OMS 2010) | Rassemble des données sur la nutrition accessibles au public sous une forme normalisée. Comprend certains indicateurs d'environnements politiques propices. La couverture des données varie selon les pays et les indicateurs, mais comprend également des données historiques (remontant à 1960), dans les cas où de telles données sont disponibles, et les estimations les plus récentes. | Influence de la nutrition dans le Cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement (UNDAF achevés, site Internet du Groupe de développement des Nations Unies) Influence de la nutrition dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (GINA) |
| Application nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Dirigée par l'UNICEF (UNICEF 2011) | En 2014, 170 pays ont adhéré aux réglementations adoptées sur toutes les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé. | Des réglementations nationales ont été adoptées sur toutes les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et sur les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé. |
| Base de données mondiale sur la mise en œuvre des actions en faveur de la nutrition (GINA) Dirigée par l'OMS (OMS 2015e) | Informations standardisées sur les politiques et les actions nutritionnelles. Comprend des informations sur 1 419 politiques de 184 pays et sur 2 561 actions menées dans 137 pays. | Document de politique nationale sectorielle comprenant une composante nutritionnelle (p. ex. stratégie en matière de santé, plan de sécurité alimentaire) |
| Sous-alimentation primaire | | |
| Scores de la transformation institutionnelle SUN Dirigée par le Secrétariat du Mouvement SUN au nom des pays SUN (SUN 2014) | Auto-évaluation. Suit les progrès annuels des pays dans quatre processus : réunir les personnes dans un espace commun pour l'action, garantir une politique cohérente et un cadre juridique, aligner les actions autour d'un cadre commun de résultats et assurer le suivi financier et la mobilisation des ressources. | Indicateurs repris dans les profils nutritionnels nationaux du Rapport sur la nutrition mondiale |
| Hunger and Nutrition Commitment Index – HANCI Dirigée par l'Institut des études pour le développement (HANCI 2015) | 5 pays en développement, 22 indicateurs obtenus auprès de sources secondaires utilisant les données les plus récentes de la période 2003 à 2013. Assure le suivi des engagements financiers, des législations qui font de la faim/nutrition une priorité nationale et des politiques qui créent un espace pour l'action. L'indice HANCI a été calculé deux fois (2012 et 2013). | Politique, plan ou stratégie du pays en matière de nutrition Mécanisme de coordination multisectorielle et multipartite (données provenant des fiches SUN/ documents nationaux et des documents pays non publiés du Mouvement SUN) |
| Régimes essentiellement malsains, obésité et maladies non transmissibles | | |
| Enquête sur la capacité des pays à lutter contre les MNT Dirigée par l'OMS (OMS 2012a) | Enquête auprès des pays où des interrogations surgissent quant aux capacités à prévenir et lutter contre les MNT. L'enquête a été réalisée en 2000, 2005, 2010 et 2013, et une enquête est programmée pour 2015. | Mécanisme multisectoriel formel pour la coordination des politiques en matière de MNT (données de l'enquête) Politique, stratégie ou plan d'action pour la réduction des régimes alimentaires peu équilibrés liés aux MNT (données de l'enquête) |
| Healthy Food Environment Policy Index des États (Food EPI) Dirigée par INFORMAS (Swinburn et coll. 2014) | Environ 40 indicateurs couvrant les politiques (principalement les politiques contribuant à la nutrition) et des infrastructures. Cette initiative se base sur la conjugaison de collectes de données secondaires sur la mise en œuvre, et d'une phase de séminaires durant laquelle un certain nombre de parties prenantes évaluent la qualité des données recueillies. | Puissant appui politique visible (notations des parties prenantes) Impacts des accords commerciaux sur les régimes peu équilibrés (collecte de données secondaires) |
| Compte à rebours MNT 2025 Dirigée par le Groupe d'action MNT du Lancet (Beaglehole et coll. 2014) | Initiative conçue pour assurer le suivi des actions menées au niveau des pays en conformité avec les indicateurs du Cadre mondial de suivi de l'OMS, avec une attention particulière sur les résultats. | Unité MNT opérationnelle ou division équivalente dans le ministère de la Santé Cibles MNT nationales quantifiées pour 2025 |

Sources : Indiquées dans le tableau.

Note : INFORMAS = *International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring, and Action Support* – Réseau international pour l'aide à la recherche, au suivi et à l'action sur l'alimentation et l'obésité/les maladies non transmissibles.

ACTIONS VISANT À TIRER PROFIT DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DANS D'AUTRES SECTEURS POUR RÉALISER LES OBJECTIFS NUTRITIONNELS

Il est clairement établi que de nombreux secteurs autres que la nutrition influent sur les résultats nutritionnels. La question est donc la suivante : quelles mesures s'imposent pour exploiter l'influence de ces secteurs au profit de la lutte contre la malnutrition ? Ici, nous abordons séparément : 1) les actions visant à mettre à profit les programmes et politiques de développement pour lutter contre la sous-alimentation, et 2) les politiques axées sur l'amélioration des environnements alimentaires pour remédier au problème des régimes alimentaires malsains.

SOUS-ALIMENTATION

Il existe plusieurs façons de sensibiliser les différents secteurs aux problèmes de la sous-alimentation (cf. résumé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*). Les systèmes agricoles et alimentaires peuvent influencer sur la nutrition, notamment à travers le choix des cultures par les agriculteurs. Les régimes de protection sociale peuvent utiliser des transferts monétaires conditionnels pour agir sur les choix nutritionnels. Les programmes sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène peuvent créer des environnements d'assainissement plus sûrs pour les femmes et les nourrissons. Les services de santé peuvent offrir une formation sur la nutrition et les soins à apporter aux nourrissons et aux jeunes enfants. Enfin, l'éducation peut former les filles et les garçons à devenir des aidants.

Par ailleurs, des données factuelles substantielles laissent à penser que ces secteurs peuvent contribuer à la réduction de la sous-alimentation (Smith et Haddad, 2015 ; Headey, 2014). La Colombie représente un exemple utile d'expérience nationale. En 2010, ce pays était le seul en bonne voie dans quatre indicateurs de l'Assemblée mondiale de la Santé (IFPRI, 2014a). Comme décrit dans l'Encadré 4.2, cette performance a résulté de la convergence entre une forte réduction de la pauvreté, des programmes de protection sociale efficacement orientés vers la nutrition, une série exhaustive de politiques nutritionnelles et des interventions spécifiques ciblant les facteurs immédiats de la sous-alimentation, dont les mauvais régimes alimentaires et les infections. Toutefois, la Colombie est aujourd'hui confrontée à un problème d'obésité croissant, et son défi consiste à adopter des programmes et des politiques efficaces pour réduire ce phénomène, sans pour autant oublier la sous-alimentation.

L'expérience de la Colombie montre que la protection sociale, entre autres facteurs, joue un rôle majeur. Le *Rap-*

port sur la nutrition mondiale 2014 a constaté que la protection sociale était le seul poste de dépenses publiques en expansion dans une grande partie du monde (IFPRI, 2014a, Figure 6.7). Par conséquent, nous mettons ici en exergue deux initiatives notables visant à amener la protection sociale à contribuer davantage à la nutrition. La première provient d'une étude récente de la protection sociale au Bangladesh (Save the Children, 2015a). Ses caractéristiques essentielles sont la diffusion de recommandations visant à inclure les hommes dans ses messages incitant à changer de comportement sur les plans de la consommation alimentaire et des soins prénatals, et l'utilisation de la protection sociale comme plateforme d'orientation vers l'utilisation des services de santé (Tableau 4.2).

Le deuxième exemple se rapporte aux changements effectivement apportés au Programme de filet de sécurité productif (PSNP – *Productive Safety Net Programme*) en Éthiopie, l'un des plus vastes programmes de ce type en Afrique, qui subit une transformation majeure pour contribuer davantage à la nutrition (Tableau 4.3). L'Encadré 4.3 décrit le parcours politique entamé dans ce sens. La mise en œuvre posera de nombreux défis. La transition repose sur une collaboration plus étroite entre les travailleurs du système de santé et le personnel du programme, une formation plus solide de ces deux groupes sur les nouvelles procédures, et des investissements dans le système de santé pour répondre efficacement aux nouvelles demandes. Les incitations nécessaires pour stimuler un changement de comportement au niveau du personnel sont encore en cours de perfectionnement. Une évaluation d'impact sera effectuée afin de mesurer l'efficacité des mesures du PSNP qui contribuent à la nutrition.

Les efforts déployés pour estimer la mesure dans laquelle des politiques et programmes nationaux tiennent compte des enjeux nutritionnels sont balbutiants, et il n'existe pas de mesures ou de sources de données communément reconnues. Le suivi des allocations budgétaires et des décaissements des bailleurs de fonds et des États en faveur de la nutrition (décrit au Chapitre 5) commence seulement à combler ce déficit. Le Chapitre 7 contribue aux efforts en cours visant à mettre en place des outils d'évaluation des politiques en matière de systèmes alimentaires. Les bases de données de politiques existantes fournissent également un point d'appui, notamment celles répertoriées dans le Tableau 4.1 ou dans les bases de données de la FAO qui suivent les politiques alimentaires et agricoles (la base de données législative FAOLEX, le Programme d'analyse des décisions en matière de politiques alimentaires et agricoles [*Food and Agriculture Policy Decision Analysis program* – FAPDA], et le Programme de suivi et d'analyse des politiques agricoles et alimentaires en

ENCADRÉ 4.2 LE SUCCÈS DE LA COLOMBIE SUR LE FRONT DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION EST FAVORISÉ PAR L'ÉCONOMIE ET LA POLITIQUE, MENACÉ PAR L'OBÉSITÉ

DIANA PARRA ET LAWRENCE HADDAD

Dans une certaine mesure, la Colombie a remporté des succès exceptionnels dans l'amélioration de la nutrition au cours de ces dernières années. Elle est le seul pays sur la voie de l'amélioration des quatre indicateurs identifiés par l'Assemblée mondiale de la santé : retard de croissance, émaciation et surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, et anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP). Ces améliorations se sont produites dans un contexte de plus en plus favorable à la nutrition, selon une récente analyse économique approfondie de la Colombie réalisée par la Banque mondiale (2014) :

- Les conflits ont diminué au cours des 10 dernières années, d'après les résultats d'un certain nombre de mesures (bien qu'ils demeurent importants et que les enfants restent particulièrement vulnérables).
- La croissance du PIB par habitant a été rapide et généralisée au cours de la dernière décennie.
- L'extrême pauvreté a diminué de moitié au cours de la dernière décennie, en milieu rural comme urbain. Les trois quarts de cette diminution résultent de la croissance économique et un quart des politiques de redistribution.
- L'inégalité des revenus, même si elle reste élevée, a diminué de manière significative grâce aux transferts ciblés en faveur des pauvres.
- Le programme de protection sociale Familias en Acción (Familles en action), qui a contribué efficacement à réduire le retard de croissance et l'émaciation, a été étendu.
- L'assurance maladie universelle a rapidement renforcé l'accès des personnes

aux services de santé dans toutes les régions.

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater des progrès dans les résultats de santé, y compris parmi les populations les moins riches, dont les taux de retard de croissance pour 1990-2011 ont enregistré la baisse la plus rapide (Bredenkamp et coll. 2014). La Colombie dispose également d'une vaste série de politiques et d'interventions en matière de nutrition – telles que décrites dans le Plan national 2012-2019 pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle – qui sont intersectorielles, ont une orientation holistique axée sur le bien-être et mettent l'accent sur la prévention (Sarmiento et coll. 2014).

Toutefois, des problèmes subsistent : des inégalités significatives dans l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'éducation, liées principalement à l'éducation parentale et au lieu de résidence, une économie rurale léthargique, un système de protection sociale fragmenté, avec de nombreux goulets d'étranglement et des déficits de couverture.

En outre, une analyse approfondie (Parra et coll. 2015) des données de l'Enquête démographique et de santé révèle d'autres sujets de préoccupation :

- Bien que les taux de surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans soient en deçà du seuil de 7 %, ils augmentent rapidement.
- Il existe de grandes disparités régionales dans les résultats nutritionnels. Par exemple, le double fardeau de la malnutrition (à savoir, une mère obèse/ en surpoids âgée de 18 à 49 ans et un retard de croissance des enfants de moins de 5 ans, à l'échelle des ménages) affecte 15,1 % des ménages dans l'État septentrional de La Guajira,

ce qui représente une prévalence trois fois plus élevée que celle observée à l'échelle nationale.

- Les ménages autochtones sont plus vulnérables à l'insuffisance pondérale, le surpoids et au double fardeau, compte tenu des facteurs de confusion potentiels.

Les progrès de la Colombie peuvent-ils se prolonger sur la durée ? Sur le plan économique, cela dépendra beaucoup des prix mondiaux des produits de base exportés par la Colombie : le pétrole et le charbon. Dans le même temps, l'économie rurale peut potentiellement obtenir de meilleurs résultats et le système de protection sociale peut être plus favorable aux pauvres. Au niveau de la politique nutritionnelle, un certain nombre de difficultés ont été soulevées (Sarmiento et coll. 2014). Les politiques, en particulier celles relatives à l'obésité, ne sont pas mises en œuvre de manière appropriée. Les efforts visant à traiter la sous-alimentation et la suralimentation ne sont pas bien coordonnés, ce qui augmente le potentiel de conséquences indésirables, par exemple, lorsque les transferts en faveur des femmes pauvres conduisent à une obésité accrue (Forde et coll. 2012). Trop peu d'interventions font l'objet d'évaluations de leur impact, qui permettraient aux praticiens d'en tirer des enseignements et de réorienter leurs efforts. Enfin, les politiques doivent être plus inclusives et atteindre les plus marginalisés.

La performance de la Colombie sur le front de la réduction de la malnutrition a été impressionnante. Toutefois, pour maintenir ce cap, les résultats de la croissance économique doivent se traduire par une réduction généralisée de la pauvreté et être canalisés dans la pleine mise en œuvre et évaluation des politiques nutritionnelles actuelles.

TABLEAU 4.2 Comment la protection sociale peut-elle davantage contribuer à la nutrition ? Une analyse provenant du Bangladesh

| Voie vers une nutrition améliorée | Retombées des politiques et des conceptions sur les programmes de protection sociale du Bangladesh |
|--|--|
| Généralités | Renforcer les objectifs de nutrition des programmes sur la base d'une analyse causale. Concevoir des programmes ciblant des groupes et des périodes vulnérables sur le plan nutritionnel (par exemple, les 1 000 premiers jours de vie des enfants). Garantir que les systèmes de suivi et évaluation mesurent effectivement l'impact sur la nutrition. |
| Accès garanti à une alimentation suffisante et de qualité appropriée permettant de mener une vie saine et active. | Envisager l'utilisation des transferts monétaires pour permettre aux ménages d'acheter les aliments d'un régime nutritif. Effectuer des transferts monétaires suffisamment importants et les adapter aux différences de prix régionales et aux différences de prix entre les milieux urbains et ruraux. Influencer la consommation des ménages, cibler la sensibilisation et la communication axées sur le changement des comportements aussi bien à l'intention des hommes que des femmes. |
| Soins et soutien de haute qualité pendant la grossesse et l'allaitement | Intégrer l'approche des 1 000 premiers jours – c'est-à-dire l'attention axée sur les femmes enceintes et allaitantes et les enfants âgés de moins de deux ans – dans les programmes. Renforcer les activités axées sur le changement des comportements et la sensibilisation à la nutrition. Impliquer les hommes en plus des femmes, ainsi que d'autres membres influents du ménage, telles les belles-mères. Cibler des programmes de protection sociale pour inclure l'adolescence, en particulier les filles, et promouvoir l'accès à l'éducation. |
| Exposition réduite des enfants aux pathogènes et utilisation accrue de soins de santé préventifs et thérapeutiques | Utiliser les régimes de protection sociale pour promouvoir l'accès aux services de santé via, par exemple, une assurance maladie, des renvois de référence et/ou une sensibilisation accrue, conjointement à une augmentation des investissements dans les systèmes de santé. |

Source : Adapté de Save the Children (2015a, 78–79).

Afrique [MAFAP]). Les données recueillies pour suivre les progrès réalisés sur les indicateurs de « mise en œuvre » des ODD représentent également une source potentielle d'information.

DES ENVIRONNEMENTS ALIMENTAIRES PROPICES À DES RÉGIMES ALIMENTAIRES SAINS

Les environnements alimentaires de la population — autrement dit, les aliments disponibles, abordables et acceptables pour les individus dans leurs foyers et leurs communautés — sont un facteur sous-jacent essentiel de leur nourriture (Swinburn et coll., 2011). Ces environnements ont un impact direct sur les choix alimentaires des personnes en créant un univers des possibles à partir duquel elles feront leurs choix. Ils ont aussi un impact à plus long terme sur les préférences et les habitudes de la population (Hawkes et coll., 2015). Les habitudes et préférences alimentaires se constituent au cours des 1 000 premiers jours de la vie, tout au long d'un processus qui se poursuit au cours de l'enfance et de l'adolescence. Tout en restant malléables, ces préférences et habitudes peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et se transmettre à la génération suivante, les nourrissons et les enfants étant exposés aux comportements alimentaires de leurs parents et tuteurs, et aux environnements alimentaires malsains dans leurs foyers et communautés.

Ainsi, les environnements alimentaires ont une influence cruciale sur le régime alimentaire des individus, des

ménages et des communautés exposés à la malnutrition sous toutes ses formes — sous-alimentation, mais aussi obésité et maladies non transmissibles liées à la nutrition. Cependant, les politiques conçues à ce jour pour agir sur les environnements alimentaires ont essentiellement porté sur l'obésité et les MNT.

Les politiques visant à améliorer l'environnement alimentaire ont généralement été menées par des entités gouvernementales chargées de la nutrition, en vue de promouvoir une alimentation plus saine. Mais ces politiques sont confrontées à un défi majeur de mise en œuvre : elles doivent généralement être exécutées par d'autres ministères et d'autres secteurs exerçant une influence sur les environnements alimentaires.

Ces dix dernières années, un consensus s'est dégagé sur les domaines fondamentaux dans lesquels des politiques doivent être mises en place pour créer des environnements alimentaires sains. Comme indiqué dans le Plan d'action mondial 2013-2020 de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des MNT (OMS, 2013b), le Cadre d'action de la CIN2 (FAO/OMS, 2014), de nombreuses stratégies et cadres d'action nationaux proposés par des chercheurs et des ONG (FMRC, 2015 ; INFORMAS, 2015), ces domaines sont : 1) l'étiquetage nutritionnel, 2) le marketing, 3) les outils économiques, 4) les aliments proposés dans des contextes spécifiques, 5) la qualité nutritionnelle des aliments produits par les entreprises de transformation alimentaire, 6) la vente de produits alimentaires, et 7)

TABLEAU 4.3 Composantes contribuant à la nutrition du dernier Programme de filet de sécurité productif de l'Éthiopie (PSNP)

| Nouvelle composante contribuant à la nutrition | Facteur nutritionnel soutenu par la composante | Valeur ajoutée |
|--|--|--|
| <p>Quand un centre de santé confirme qu'une femme est enceinte, cette dernière peut passer des travaux publics au soutien direct, une transition dont elle continuera à bénéficier pendant une année après la naissance.</p> <p>Des coresponsabilités mettront les femmes en rapport avec des services de communication axés sur le changement des comportements et les services de santé additionnels disponibles dans leur région.</p> <p>Les femmes engagées dans les travaux publics auront des charges de travail allégées.</p> | Santé maternelle | Ces composantes favorisent une collaboration plus étroite entre les secteurs de l'agriculture et de la santé, créent une demande pour les services de santé et contribuent à réduire la mortalité maternelle parmi les populations les plus vulnérables. |
| <p>Une option de coresponsabilité pour la communication axée sur le changement des comportements concernant les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants peut se substituer à la participation aux travaux publics.</p> | Pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants | Pour de meilleurs résultats, la communication axée sur le changement des comportements et relative aux pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants peut concerner aussi bien les hommes que les femmes enceintes et allaitantes. |
| <p>Les travaux publics seront utilisés pour aménager des jardins dans les propriétés familiales et dans les écoles.</p> <p>Les participants recevront des paniers alimentaires contenant des légumineuses et des céréales enrichies ou une augmentation équivalente du transfert monétaire.</p> <p>L'appui aux moyens de subsistance aidera les agriculteurs à diversifier leurs cultures.</p> | Diversité alimentaire | Ces composantes favorisent l'harmonisation par les ministères de l'Éducation et de l'Agriculture des activités liées à la nutrition. L'aménagement de jardins dans les propriétés familiales représente un appui aux moyens de subsistance pour les ménages dirigés par des femmes qui ne trouvent pas (assez) de travail. |
| <p>Le renforcement des capacités et les activités génératrices de revenus s'adresseront aux femmes, y compris aux ménages dirigés par des femmes.</p> <p>Des activités seront menées en vue de renforcer le contrôle par les femmes de l'utilisation des transferts monétaires ou alimentaires.</p> | Autonomisation des femmes. | Inclusion ciblée des travaux des femmes afin d'améliorer la sensibilisation aux services de santé connexes et d'augmenter la demande de ces services ; les résultats nutritionnels chez les femmes et les enfants ont tendance à s'améliorer lorsque les femmes contrôlent davantage les ressources du ménage. |
| <p>Les participants auront la coresponsabilité d'assister aux communications axées sur le changement des comportements et concernant la santé, la nutrition, l'assainissement et la planification familiale.</p> <p>Les travaux publics seront utilisés pour construire des latrines sanitaires et des puits améliorés.</p> | Eau, assainissement et hygiène | Le fait de permettre aux hommes et aux femmes ayant des enfants plus âgés, ainsi qu'aux femmes enceintes et allaitantes, d'assister aux communications axées sur le changement des comportements plutôt que de prendre part aux travaux publics pourrait conduire à un changement au niveau des communautés. |

Source : Obtenu auprès du ministère de l'Agriculture, Éthiopie (2014b).

l'agriculture et les systèmes alimentaires. Chacun de ces domaines inclut une gamme d'options politiques envisageables (Tableau 4.4).

Les politiques dans ces domaines peuvent se traduire par des lois, des réglementations obligatoires, des directives officielles en vue d'une adoption volontaire, ou des incitations structurées pour encourager les initiatives des parties prenantes. Elles peuvent être développées et mises en œuvre au niveau national, régional (par des groupes de pays), local ou infranational.

Plusieurs initiatives s'efforcent de suivre les politiques influant sur l'environnement alimentaire, notamment la Base de données mondiale sur la mise en œuvre des

actions en faveur de la nutrition (*Global Database on the Implementation of Nutrition Action – GINA*) de l'OMS, et la Base de données NOURISHING du Fonds mondial de recherche contre le cancer et INFORMAS. Il existe également des initiatives régionales de suivi (telles que la Base de données européenne relative à la nutrition, l'obésité et l'activité physique de l'OMS), ainsi que des initiatives focalisées sur les États-Unis (comme la Base de données du Centre Rudd pour la politique alimentaire et l'obésité de l'Université du Connecticut) et le Canada (tel le Répertoire des politiques de prévention).

Le Tableau 4.4 dresse le bilan de la mesure dans laquelle les pays concernés ont mis en œuvre des po-

ENCADRÉ 4.3 ÉTHIOPIE : DU PROGRAMME DE FILET DE SÉCURITÉ PRODUCTIF VERS UNE SENSIBILISATION ACCRUE À LA NUTRITION

ANDREA WARREN

Le Programme de filet de sécurité productif (Productive Safety Net Programme – PSNP) de l'Éthiopie est l'un des programmes de filets de protection sociale les plus importants d'Afrique. En 2012, il avait touché plus de 7,6 millions de personnes et devrait être étendu à 8,3 millions de personnes et soutenir 1,7 million de clients transitoires dans les prochaines années (Éthiopie, ministère de l'Agriculture, 2014a). Le PSNP, coordonné par le ministère de l'Agriculture, a commencé en 2005 à renforcer la sécurité alimentaire des ménages ruraux vulnérables et à empêcher une perte des actifs des familles durant des crises. Depuis lors, le programme a achevé trois phases.

Dans sa quatrième phase, débutée en 2015, le PSNP cessera d'être un programme indépendant et sera intégré aux politiques de nutrition, de protection sociale, de gestion des risques de catastrophes et d'économie respectueuse de l'environnement et résiliente face au changement climatique (Éthiopie, ministère de l'Agriculture 2014b). Le gouvernement éthiopien et d'autres parties prenantes ont donc révisé le programme afin d'intégrer la nutrition à ses composantes et de concevoir une programmation qui contribue à la nutrition. Parmi les nombreuses nouvelles dispositions, les changements liés à la nutrition comprennent la reformulation

du ciblage et des transferts, l'introduction d'une communication sur le changement des comportements et des « coresponsabilités » axés sur les communautés, des liens renforcés entre le PSNP et les services de santé existants, un appui amélioré aux moyens de subsistance, et des travaux publics contribuant à la nutrition (Voir Tableau 4.3).

L'évolution de la réflexion sur la nutrition en Éthiopie est allée de pair avec l'effort mondial visant à reconnaître la sous-alimentation comme un fardeau significatif pour tous les pays, au début des années 2000. Le gouvernement éthiopien a répondu en développant sa Stratégie nationale pour la nutrition en 2005 et le Programme national de nutrition (PNN) en 2008, qui est devenu l'actuel PNN multisectoriel (Éthiopie, ministère de la Santé 2013).

À l'origine, le PSNP n'était pas destiné à traiter la nutrition, mais les parties prenantes ont reconnu le potentiel que représentaient l'incorporation d'approches contribuant à la nutrition dans ses activités régulières, et l'utilisation du PSNP comme plateforme de soutien à d'autres initiatives nutritionnelles. La troisième phase du PSNP (2011-2015) comprenait certains aspects optionnels contribuant à la nutrition, bien qu'ils n'aient pas été largement exécutés ou étendus (Berthane et coll. 2013). Avec la mise en œuvre de la quatrième

phase du PSNP (PSNP4) en juillet 2015, le gouvernement a exploré activement les synergies potentielles entre le PNN et le PSNP, et envisagé des moyens pour que le PSNP contribue explicitement à la nutrition (Éthiopie, ministère de l'Agriculture 2014b). Les bailleurs de fonds, les concepteurs et les organes d'exécution du programme ont exprimé la nécessité de disposer de puissantes capacités et fonctionnalités en termes de redevabilité, de suivi et de mise en œuvre, d'une communication et d'une participation à de multiples niveaux et d'une collaboration entre les secteurs. Le document de conception du PSNP4 et le PNN reconnaissent tous deux ces problèmes et s'engagent à les résoudre.

Malgré les difficultés potentielles, les parties prenantes reconnaissent massivement que les changements liés à la nutrition introduits dans le PSNP sont bienvenus et essentiels, ambitieux et réalisables. Lors de sa création, il était difficile de concevoir un programme ayant l'envergure, la portée et le succès de l'itération actuelle du PSNP. La dynamique soutenue en Éthiopie au cours de la dernière décennie et la volonté manifeste de renforcer les capacités à partir de la base sont porteuses d'optimisme et laissent présager que ce programme contribuera de manière significative à l'amélioration de la nutrition au cours de la prochaine décennie.

littiques dans ces sept domaines. Il montre que, si un nombre considérable de mesures politiques existent effectivement, dans la plupart des pays, des lacunes ont été observées quant à cette mise en œuvre. Par exemple, malgré l'existence de la série de recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, peu de restrictions sur la publicité et la promotion des produits

alimentaires auprès des enfants ont été mises en place dans le monde. Quelques rares mesures ont été prises au niveau des systèmes agricoles et alimentaires pour lutter contre l'obésité et les MNT liées à la nutrition. Les actions les plus fréquemment mises en œuvre sont l'étiquetage nutritionnel obligatoire et les programmes de distribution de fruits et légumes à l'école — reflet du déploiement de ce type de programmes dans l'Europe des 28. Il y a égale-

TABLEAU 4.4 Exemples et preuves d'actions politiques mises en œuvre dans le monde afin d'améliorer les environnements alimentaires dans le contexte de l'obésité, 2004–2015

| Domaine | Données probantes tirées de la littérature publiée sur les effets obtenus | Exemples de politiques adoptées par les pays | Exemples de pays qui ont mis en œuvre des politiques | Exemples nationaux |
|-------------------------|--|---|---|--|
| Étiquetage nutritionnel | Les listes de nutriments et les étiquettes d'interprétation et de calories sont efficaces pour améliorer la consommation alimentaire des groupes de population désireux de faire des choix plus sains, et qui trouvent dans les étiquettes des informations inconnues auparavant ou mal comprises. Les étiquettes d'interprétation et de calories sont plus visibles et plus faciles à comprendre que les listes de nutriments. Peu d'éléments probants permettent de soutenir que les étiquettes ont un effet significatif sur les personnes peu désireuses d'adopter une alimentation saine. | Listes de nutriments obligatoires figurant sur les aliments emballés ou sur certaines catégories d'aliments emballés. | Australie et Nouvelle-Zélande, Canada, Chili, Chine, États-Unis, Europe des 28 (application à partir de décembre 2016), Hong Kong RAS, Israël, Malaisie, Mexique, pays d'Amérique centrale (Costa Rica, Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua), pays du MERCOSUR (Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay, Venezuela), République de Corée | En Malaisie, le Guide sur la déclaration et l'étiquetage nutritionnels exige que la liste de nutriments soit fournie pour certaines catégories d'aliments emballés, parmi lesquels le pain, les produits laitiers, les conserves, les jus de fruits, les sauces pour salade et les boissons gazeuses (réglementation appliquée à partir de 2010). |
| | | Étiquettes d'interprétation ou d'avertissement (obligatoires ou directives gouvernementales pour l'application volontaire) | Australie, Équateur, Finlande, pays nordiques (Danemark, Islande, Norvège, Suède), République de Corée, Royaume-Uni, Singapour, Thaïlande | En Équateur, une réglementation du ministère de la Santé publique exige que figure sur les aliments emballés un « feu de signalisation » indiquant les taux de graisses, de sucres et de sel en rouge (teneur élevée), orange (teneur moyenne) ou vert (teneur faible) (réglementation appliquée à partir de 2014). |
| | | Étiquettes de calories (obligatoires ou directives gouvernementales pour l'application volontaire) | Certains États et territoires australiens, République de Corée, États-Unis | La législation applicable dans plusieurs États et territoires australiens exige que les chaînes de restaurants affichent la valeur énergétique en kilojoules des produits alimentaires figurant dans leurs menus (diverses dates d'entrée en vigueur). |
| Marketing | Les données probantes issues des approches obligatoires et volontaires suggèrent que les restrictions appliquées à la publicité alimentaire ciblant les enfants réduisent la quantité d'annonces publicitaires sur la chaîne appliquant ces restrictions. Toutefois, étant donné que les restrictions mises en œuvre jusqu'à présent ne sont pas exhaustives, cela n'aboutit pas nécessairement à des diminutions globales de l'exposition des enfants à l'ensemble du marketing mix. | Restrictions obligatoires sur la publicité s'adressant aux enfants et portant sur des aliments riches en graisses, sucres et sel. | Irlande, Mexique, République de Corée, Royaume-Uni | En République de Corée, la publicité télévisée ciblant les enfants de moins de 18 ans est interdite pour certaines catégories d'aliments avant, pendant et après les émissions diffusées entre 17 h et 19 h et pendant les autres émissions destinées aux enfants. La restriction s'applique également à la publicité télévisée, radiophonique et sur Internet qui comprend des incitations « gratuites » à l'achat telles que des jouets gratuits (restriction appliquée à partir de 2010). |
| | | Restrictions obligatoires sur l'utilisation de canaux de communication et de techniques de marketing spécifiques pour les aliments riches en graisses, sucres et sel. | Mexique (restrictions durant la diffusion de certains films dans les cinémas) ; République de Corée (restrictions applicables à la publicité sur Internet avec des incitations à l'achat) ; Irlande (restrictions relatives à l'utilisation de célébrités) ; Royaume-Uni (restrictions applicables au placement de produits et au parrainage de programmes de télévision) | |
| | | Obligation d'accompagner les publicités d'un message sur la santé. | France | |
| Outils économiques | Les taxes réduisent la consommation du produit taxé, tandis que les coupons, les incitations financières et les caisses de fruits et légumes augmentent la consommation des produits ciblés parmi les familles à faible revenu. | Taxes alimentaires liées à la santé | Berkeley (USA), Chili, Finlande, France, Hongrie, Maurice, Mexique, Polynésie française, Samoa, Tonga | Au Mexique, des droits d'accise de 1 peso (0,80 \$ EU) par litre sont appliqués aux boissons sucrées et un impôt ad valorem de 8 % s'applique aux aliments à forte densité calorique, c'est-à-dire aux aliments dont l'apport calorique est égal ou supérieur à 275 calories par 100 grammes (réglementation appliquée à partir de 2014). |
| | | Programmes gouvernementaux de subvention aux aliments sains destinés aux groupes à plus faible revenu | États-Unis, Royaume-Uni | Aux États-Unis, le programme spécial WIC de supplémentation nutritionnelle pour les femmes, les nourrissons et les enfants fournit des bons alimentaires aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes à faible revenu, et aux nourrissons et enfants âgés de moins de 5 ans. Le groupe de produits alimentaires que les femmes peuvent acheter avec les bons a été modifié en 2009 afin d'incorporer des aliments plus nutritifs. Les femmes reçoivent également une formation à la nutrition (programme original mis en œuvre en 1972, catégorie de produits alimentaires révisée en 2009). |

À suivre

Tableau 4.4 (suite)

| Domaine | Données probantes tirées de la littérature publiée sur les effets obtenus | Exemples de politiques adoptées par les pays | Exemples de pays qui ont mis en œuvre des politiques | Exemples nationaux |
|--|---|---|--|---|
| Agriculture et systèmes alimentaires | Les données probantes sur l'impact sur les régimes alimentaires sains sont encore en train de nous parvenir, mais il existe des éléments provenant des États-Unis qui permettent d'affirmer dans une certaine mesure que la production agricole locale peut améliorer les connaissances, les attitudes et les apports en matière d'alimentation. | Programmes d'alimentation scolaires basés sur des « produits locaux » (les écoles achètent les aliments destinés aux repas scolaires directement auprès des agriculteurs) | Brésil ^a | Une loi brésilienne exige que 30 % du budget national destiné aux aliments servis dans les cantines scolaires soient consacrés à des produits alimentaires provenant d'exploitations agricoles familiales, avec une priorité aux aliments produits grâce à des méthodes agro-écologiques (législation appliquée à partir de 2010). |
| Aliments offerts dans des environnements spécifiques | Les normes alimentaires scolaires réduisent l'apport en calories et augmentent la consommation de produits alimentaires sains dans les écoles. Les programmes scolaires de fruits et légumes ont un impact modéré, mais significatif sur l'augmentation de la consommation quotidienne de légumes, et en particulier de fruits, parmi les écoliers, y compris parmi les enfants issus de groupes socio-économiques défavorisés. | Normes obligatoires pour les aliments disponibles dans les écoles | Australie, Bermudes, Brésil, Bulgarie, Costa Rica, Émirats arabes unis, Estonie, États-Unis, Fidji, Finlande, France, Hongrie, Iran, Jordanie, Koweït, Lettonie, Lituanie, Maurice, Mexique, Roumanie, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni, Uruguay, Vanuatu | Au Costa Rica, le décret exécutif N° 36910-MEP-S autorise les écoles à vendre uniquement les aliments et les boissons conformes à des critères nutritionnels spécifiques (décret appliqué à partir de 2012). En 2008, les ministères iraniens de l'Éducation et de la Santé ont élaboré les Directives pour des régimes alimentaires et des repas scolaires sains. En 2013, la partie des directives faisant référence à la nutrition a été mise à jour. Les directives classent les produits alimentaires en fonction de leur teneur en sucres, en graisses, en sel et en additifs. |
| | | Restrictions obligatoires spécifiques aux distributeurs automatiques installés dans les écoles | Bermudes, France, Slovaquie, certains États américains | En 2010, la Slovaquie a imposé une interdiction d'installer des distributeurs automatiques dans les locaux scolaires (réglementation qui a depuis lors été intégrée dans la Loi de 2013 relative à la nutrition). Cette interdiction visait non seulement à réduire la consommation des aliments riches en graisses, en sucres et en sel, mais aussi à supprimer l'espace de marketing sur la partie externe des distributeurs automatiques. |
| | | Programmes gouvernementaux pour la livraison de fruits et légumes dans les écoles | Certains États australiens, le Canada, les États-Unis, l'Europe des 28, la Norvège | Le Programme européen en faveur de la consommation de fruits à l'école fournit un financement à 26 pays de l'UE pour distribuer des fruits et légumes aux écoliers âgés de 6 à 10 ans. Pour bénéficier de ce financement, les écoles sont aussi tenues d'appliquer des « mesures d'accompagnement », telles que des programmes éducatifs (réglementation appliquée à partir de 2009). |

À suivre

ment un nombre relativement important de programmes volontaires pour reformuler les aliments transformés, qui reflètent le développement d'initiatives de réduction de la consommation de sel dans les pays à revenu élevé et moyen supérieur, ainsi qu'une intensification des mesures contre les acides gras trans.

La grande majorité des politiques ont été élaborées et mises en œuvre dans les pays à revenu élevé. Sur les 67 pays ayant mis en œuvre des politiques répertoriées au Tableau 4.4, 63 % sont des pays à revenu élevé, 27 % à

revenu moyen supérieur et 10 % à revenu moyen inférieur. On ne compte aucun pays à faible revenu. Les pays à revenu moyen supérieur imposent plus que les pays à revenu élevé des limites contraignantes sur la teneur en sel et plus de taxes alimentaires liées à la santé.

Ces progrès contrastés mettent en lumière les difficultés de mise en œuvre de ces politiques (Roberto et coll., 2015). Non seulement le défi consiste à engager d'autres ministères et secteurs dans l'exécution, mais en plus, les acteurs économiques résistent souvent au changement

Tableau 4.4 (suite)

| Domaine | Données probantes tirées de la littérature publiée sur les effets obtenus | Exemples de politiques adoptées par les pays | Exemples de pays qui ont mis en œuvre des politiques | Exemples nationaux |
|---|--|---|---|---|
| Qualité nutritionnelle des aliments traités par les entreprises de transformation alimentaire | Des données probantes issues d'approches volontaires suggèrent régulièrement que les stratégies de réduction de la teneur en sel mènent à une baisse de la consommation de sodium (les objectifs obligatoires en matière de sel n'ont pas été appliqués suffisamment récemment pour être évalués). | Programmes volontaires dirigés par les autorités gouvernementales en vue de la révision de la composition des aliments | Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, Croatie, Espagne, États-Unis, Équateur, France, Hongrie, Irlande, Italie, Koweït, Mexique, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République de Corée, République tchèque, Royaume-Uni, Suisse, Uruguay | En 2011, le gouvernement chilien et les boulangers ont établi ensemble un objectif volontaire de teneur en sel dans le pain de 600 mg/100 g. |
| | Les réglementations sur les limites maximales conduisent à des réductions des acides gras trans réels et déclarés dans les aliments et encouragent les producteurs alimentaires à réviser la composition de leurs produits. | Limites obligatoires des niveaux de sel dans certains aliments | Afrique du Sud, Argentine, Belgique, Bulgarie, Grèce, Iran, Paraguay, Portugal | En 2013, le ministère de la Santé de l'Afrique du Sud a adopté des objectifs obligatoires pour la réduction du sel dans 13 catégories de produits alimentaires (entrée en vigueur progressive exigée d'ici à 2016-2019). |
| | | Suppression obligatoire des gras trans | Argentine, Autriche, Danemark, États-Unis, Hongrie, Iran, Islande, Suisse | En 2010, le Code alimentaire argentin a été modifié afin de limiter la teneur en gras trans à un niveau inférieur à 2 % du total des graisses végétales dans les huiles et les margarines et à 5 % des graisses totales entrant dans la composition d'autres aliments (réglementation appliquée à partir de 2014). |
| Vente de produits alimentaires | La base de données probantes est encore en cours de constitution. | Initiatives visant à augmenter la disponibilité d'aliments plus sains dans les magasins et les établissements de services alimentaires et à réduire la disponibilité des aliments moins bons pour la santé. | États-Unis, France, Mexique, Singapour, Royaume-Uni | À Singapour, le Conseil pour la promotion de la santé a créé le programme Healthier Hawker afin d'encourager les vendeurs ambulants de produits alimentaires à utiliser des ingrédients plus sains (tels que des huiles à teneur réduite en graisses, des nouilles enrichies en fibres, du riz brun, du lait écrémé au lieu de lait de coco, du sel à teneur en sodium réduite et des boissons à faible teneur en sucre). Le gouvernement prend en charge une partie des coûts correspondants à l'utilisation d'ingrédients plus sains et les vendeurs participants peuvent afficher des labels attestant la certification du gouvernement, par exemple « J'utilise une huile plus saine pour la cuisson » (réglementation appliquée à partir de 2011). |

Source : Les domaines politiques proviennent de l'OMS (2013) ; les exemples spécifiques de politiques mises en œuvre par les pays et les exemples nationaux sont tirés de www.wcrf.org/NOURISHING, les évaluations des données probantes ont été obtenues auprès de Sa et Lock (2008) ; Van Cauwenberghe et coll. (2010) ; Chriqui et coll. (2014) ; Driessen et coll. (2014) ; Waters et coll. (2011) ; Hoelscher et coll. (2013) ; van Stralen et coll. (2011) ; Eyles et coll. (2012) ; Epstein et coll. (2012) ; Thow et coll. (2014) ; Verrotti et coll. (2014) ; Fédération mondiale pour la prévention de l'obésité (2014) ; An (2013) ; Black et coll. (2012) ; Campos et coll. (2011) ; Grunert et coll. (2010) ; Hersey et coll. (2013) ; Kiszko et coll. (2014) ; Mozaffarian et coll. (2012) ; Hendry et coll. (2015) ; Downs et coll. (2013).

^a De nombreux pays ont des programmes d'alimentation scolaire développés au niveau national, mais on ne dispose pas de données claires sur l'existence éventuelle de politiques nationales mises en œuvre pour résoudre les problèmes liés à des régimes alimentaires nuisibles à la santé, à l'obésité et aux MNT liées à la nutrition.

(Roberto et coll., 2015) et la demande citoyenne en faveur d'une évolution des politiques est balbutiante (Huang et coll., 2015).

Des éléments de preuve de plus en plus nombreux révèlent cependant que ces politiques peuvent être efficaces, via divers mécanismes, et améliorer les régimes alimentaires de certains groupes de population (Hawkes et coll., 2015). Le Tableau 4.4 résume les éléments de preuve disponibles à ce jour. Outre le fait qu'elles visent directement à influencer les choix des consommateurs,

les mesures politiques peuvent également avoir un impact indirect sur les décisions prises par les acteurs du système alimentaire (par exemple, les exigences sur l'étiquetage nutritionnel peuvent pousser les entreprises de transformation à reformuler leurs produits alimentaires), ce qui à son tour peut renforcer les améliorations des environnements alimentaires. Ces politiques sont donc susceptibles de créer des incitations à rendre les systèmes alimentaires plus favorables à la nutrition, comme le décrit le Chapitre 7 sur les systèmes alimentaires.

INTERVENTIONS CIBLÉES POUR PRÉVENIR OU TRAITER LES CAUSES IMMÉDIATES DE LA MALNUTRITION

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES CONTRE LA SOUS-ALIMENTATION

Les interventions spécifiques contre la sous-alimentation ciblent les facteurs immédiats de la sous-alimentation avec l'objectif principal d'améliorer l'état nutritionnel de la population. En 2013, l'OMS a publié un résumé des orientations sur les interventions nutritionnelles ciblant les 1 000 premiers jours de vie, comprenant 24 « actions essentielles en nutrition » (OMS, 2013a). La même année, Bhutta et coll. (2013) identifiait 12 interventions dont l'utilité a été démontrée dans la prévention et le traitement de la sous-alimentation dans la série de *The Lancet* consacrée à la nutrition maternelle et infantile.

Nous nous attachons ici au suivi des 12 interventions identifiées par Bhutta et coll. (2013), énumérées au Tableau 4.5. Ces interventions portent essentiellement sur la lutte contre les maladies et l'insuffisance des apports alimentaires, la promotion de l'allaitement maternel et le traitement de la malnutrition aiguë. Si la plupart des interventions concernent exclusivement la sous-alimentation, les interventions de promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire au cours des 1 000 premiers jours de vie sont pertinentes pour la malnutrition sous toutes ses formes. Il convient de préciser ici que les 12 interventions ne couvrent pas la période de l'adolescence. Des recherches récentes ont démontré l'importance de la nutrition des adolescentes pour l'issue des grossesses et la nutrition tout au long du cycle de vie (Dominguez-Salas et coll., 2014). Il est par conséquent plus urgent que jamais, d'élaborer à l'avenir des interventions efficaces sur la période préconceptionnelle de l'adolescence.

Il est difficile d'évaluer la mesure dans laquelle les pays mettent en œuvre ces 12 interventions et les appliquent à grande échelle. Le simple fait d'avoir une politique ou un programme pour assurer ces interventions ne garantit pas que les personnes les utilisent si, par exemple, elles n'ont pas les moyens de les payer, ne peuvent y avoir accès ou ne connaissent pas leurs bienfaits. Compte tenu de ces éléments, nous utilisons la notion de « couverture » — c'est-à-dire le pourcentage de personnes ayant besoin d'un service ou d'une intervention et qui y ont effectivement accès — comme indicateur de mise en œuvre. Les indicateurs de couverture sont une bonne mesure du succès ou de la portée des programmes, car ils s'adaptent rapidement en réponse à leur évolution.

On ne dispose pas de données pour suivre la couverture de l'ensemble de ces 12 interventions éprouvées. Des indicateurs de couverture sont disponibles pour trois interventions : l'iodation universelle du sel, la supplémentation en vitamine A et le traitement au zinc de la diarrhée. Les données de couverture disponibles sur la supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse peuvent être utilisées comme variable de remplacement pour la supplémentation en micronutriments multiples au cours de la grossesse. Des indicateurs de couverture de remplacement sont également disponibles pour la promotion de l'allaitement maternel (avec trois indicateurs) et de l'alimentation complémentaire (avec deux indicateurs). Ces neuf indicateurs, couvrant six interventions, sont analysés ci-après. Toutefois six autres interventions ont des données comparables sur la couverture, non adaptées pour les raisons énumérées au Tableau 4.5. Il s'agit de la supplémentation ou l'enrichissement en acide folique pour la période pré-conception, la supplémentation énergétique/protéique équilibrée, la supplémentation en calcium, les suppléments alimentaires pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM), l'alimentation thérapeutique pour les enfants souffrant d'émaciation sévère, et la supplémentation préventive en zinc.

Que nous indiquent donc ces indicateurs de couverture sur la façon dont les pays mettent en place des interventions spécifiques à la nutrition éprouvées auprès de ceux qui en ont besoin ? Selon les résultats des pays disposant de données (Tableau 4.6), la couverture pour l'ensemble des neuf indicateurs présentés varie considérablement d'un pays à l'autre. Cependant, en moyenne, la poursuite de l'allaitement maternel enregistre l'un des niveaux de couverture les plus élevés (couverture médiane de 80 %). Pourtant, les performances sont très diverses : un pays avait un taux d'à peine 12 %, et un autre de 97 %. La couverture est beaucoup plus faible pour l'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de moins de 6 mois et la mise au sein précoce.

En ce qui concerne les programmes de supplémentation et d'enrichissement nutritionnels, les pays obtiennent les meilleurs résultats sur la supplémentation en vitamine A, avec une couverture médiane de 87 %, suivie de l'iodation universelle du sel (57 %). En revanche, la couverture médiane de la supplémentation en fer et en acide folique chez les femmes enceintes est faible, avec 29 %, et seulement 28 pays à même de fournir des données sur cet indicateur.

Pour les interventions sur l'alimentation complémentaire des enfants âgés de 6 à 23 mois, deux variables de remplacement sont utilisées, qui reflètent un taux de couverture faible. Le taux médian des enfants obtenant une

TABLEAU 4.5 Disponibilité de données de couverture sur les interventions éprouvées recommandées pour pallier la sous-alimentation chez la mère et l'enfant

| Période | Intervention et population cible | Disponibilité de données comparables à l'échelle internationale sur les indicateurs de couverture des interventions | Commentaires |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Avant la conception | <p>1. Supplémentation ou enrichissement en acide folique (p. ex., vitamine B9 dans les céréales de base)^a</p> <p>Population cible : L'ensemble de la population (l'objectif principal est de garantir que les femmes entament leur grossesse avec des niveaux suffisants d'acide folique pendant les 30 premiers jours, afin de prévenir les anomalies du tube neural)</p> | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage de la population consommant de l'acide folique ou de la vitamine B9. | Des données sur la situation de supplémentation en acide folique d'un pays déterminé sont disponibles auprès du FFI et apparaissent dans les profils pays du Rapport sur la nutrition mondiale. Toutefois, ces données ne sont pas intégrées dans l'analyse de couverture réalisée dans ce chapitre, étant donné qu'elles font référence à l'existence d'efforts d'un pays déterminé en termes d'enrichissement nutritionnel (planification, caractère obligatoire, absence d'enrichissement), mais ne reflètent pas la couverture de la population. |
| | <p>2. Iodation universelle du sel^a</p> <p>Population cible : Tous les sujets de plus d'un an (les enfants de moins d'un an sont censés recevoir suffisamment d'iode via l'allaitement maternel ou les préparations pour nourrissons). L'objectif principal est de garantir que les femmes entament leur grossesse avec des niveaux d'iode adéquats pour prévenir le crétinisme, un développement cognitif déficient, l'accouchement d'un mort-né et les fausses couches.</p> | Des données sont disponibles sur le pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé. Les données sont disponibles dans la base de données mondiale de l'UNICEF (data.unicef.org). Cet indicateur est utilisé dans l'analyse de la couverture réalisée dans ce chapitre. | Compte tenu de la mauvaise qualité des données pour la plupart des estimations, il est possible que les estimations ne puissent pas être comparables au fil du temps. |
| Grossesse | <p>3. Supplémentation énergétique-protéique équilibrée</p> <p>Population cible : Femmes enceintes à risque, femmes vivant en situation d'extrême pauvreté</p> | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage de femmes enceintes à risque ou de femmes vivant en situation d'extrême pauvreté qui bénéficient d'une supplémentation énergétique-protéique équilibrée. | Certains pays ont mis en œuvre des programmes qui fournissent de l'argent ou des coupons aux femmes à risque. Des données comparatives ne sont pas disponibles étant donné qu'il n'existe actuellement aucun indicateur standard commun pour le suivi et que la plupart des pays ne disposent pas de programmes nationaux pour permettre une évaluation de la couverture nationale. |
| | <p>4. Supplémentation en calcium^b</p> <p>Population cible : Les femmes enceintes (même si les programmes de supplémentation ciblent l'ensemble de la population, un des objectifs clés est de veiller à ce que les femmes entament leur grossesse avec des niveaux suffisants de calcium afin d'être bien protégées contre l'hypertension)</p> | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage des femmes enceintes ou des femmes en âge de procréer qui bénéficient d'une supplémentation en calcium. | Il existe peu de programmes nationaux dans ce domaine. Une orientation à l'échelle mondiale et un indicateur standard commun ne sont pas encore disponibles. |
| | <p>5. Supplémentation en micronutriments multiples</p> <p>Population cible : Femmes enceintes</p> | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'une supplémentation en micronutriments multiples. Les données disponibles qui se rapprochent le plus de cette intervention concernent le pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié d'une supplémentation en fer et acide folique pendant plus de 90 jours. Ces données sont tirées des Enquêtes démographiques et de santé réalisées depuis 2003. Cet indicateur est utilisé dans l'analyse de la couverture réalisée dans ce chapitre. | Il n'existe actuellement aucun programme national bien que la supplémentation en micronutriments soit pratiquée dans les pays à revenu élevé et soit disponible via des marchés privés dans de nombreux autres pays. Certains pays appliquent le programme de supplémentation en fer et acide folique recommandé par l'OMS. Des indicateurs standards internationaux et communs n'ont pas encore été mis au point pour contrôler la mise en œuvre de tels programmes de sorte que des données comparables ne sont pas disponibles. |
| Après la naissance et petite enfance | <p>6. Promotion de l'allaitement maternel^a</p> <p>Population cible : Mères</p> | Des données sont disponibles sur le passage précoce à l'allaitement (pourcentage d'enfants allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance), sur le pourcentage de nourrissons âgés de moins de 6 mois alimentés exclusivement au lait maternel, sur le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 15 mois alimentés au lait maternel et sur le pourcentage d'enfants âgés de 20 à 23 mois alimentés au lait maternel. Ces données sont des indicateurs approximatifs de la couverture, puisqu'elles correspondent au pourcentage de mères pratiquant l'allaitement maternel qui peut être influencé par les activités de promotion. Des données sont disponibles dans la base de données mondiale de l'UNICEF (data.unicef.org). Ces indicateurs sont utilisés dans l'analyse de la couverture réalisée dans ce chapitre, à l'exception de l'indicateur concernant les enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont allaités. | Dans le contexte du suivi des progrès obtenus dans le cadre de l'atteinte des cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la santé, un groupe consultatif a été créé pour mettre au point des indicateurs standard permettant de contrôler les programmes d'appui à l'allaitement maternel. Les enquêtes sur les établissements de santé pourraient inclure des modules visant à collecter des données sur l'Initiative Hôpital Ami des bébés. Davantage d'efforts doivent être déployés afin d'intégrer d'autres indicateurs sur la nutrition dans les évaluations des établissements de santé. |

À suivre

Tableau 4.5 (suite)

| Période | Intervention et population cible | Disponibilité de données comparables à l'échelle internationale sur les indicateurs de couverture des interventions | Commentaires |
|---------|---|--|---|
| Enfance | 7. Promotion de programmes d'alimentation complémentaire pour les populations en situation de sécurité alimentaire et d'insécurité alimentaire^a Population cible : Enfants âgés de 6 à 23 mois | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui bénéficient d'interventions d'alimentation complémentaire appropriées. En tant qu'indicateur de remplacement des interventions visant à promouvoir une alimentation complémentaire, des données sont disponibles sur le régime minimal acceptable (MAD) pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et sur la diversité alimentaire minimale ^c (MDD) pour les enfants âgés de 6 à 23 mois. Des données sont disponibles dans la base de données mondiale de l'UNICEF (data.unicef.org). Ces indicateurs sont utilisés dans l'analyse de la couverture réalisée dans ce chapitre. | Davantage d'efforts de collecte de données sont nécessaires sur la couverture des programmes. |
| | 8. Alimentation destinée aux enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM)^a Population cible : Enfants âgés de 6 à 59 mois | Des données limitées sont disponibles sur le pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée qui bénéficient d'une alimentation spécifique. | Le Programme alimentaire mondial est chargé de résoudre le problème de la malnutrition aiguë modérée et possède des centres de distribution alimentaire dans 70 pays. Le Réseau de surveillance de la couverture s'efforce aussi d'améliorer la disponibilité de données dans ce domaine. |
| | 9. Alimentation thérapeutique destinée aux enfants souffrant d'émaciation sévère^a Population cible : Enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'émaciation sévère | Des données limitées sont disponibles sur le pourcentage d'enfants souffrant d'émaciation sévère qui bénéficient d'une alimentation thérapeutique. | Des données relatives à la couverture géographique sont disponibles, mais ont trait principalement à l'existence, et non pas à l'utilisation, de cliniques équipées pour fournir des services de ce type. L'UNICEF est chargée de résoudre le problème de la malnutrition aiguë sévère (MAS) dans les communautés et l'OMS est chargée de résoudre celui de la gestion de la malnutrition aiguë sévère au niveau des installations. |
| | 10. Couverture complète de la supplémentation en vitamine A (2 doses par an)^a Population cible : Enfants âgés de 6 à 59 mois | Des données sont disponibles sur le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui bénéficient d'une couverture complète de la supplémentation en vitamine A. Des données sont disponibles dans la base de données mondiale de l'UNICEF (data.unicef.org). L'indicateur est utilisé dans l'analyse de la couverture réalisé dans ce chapitre. | Des données sont disponibles pour 2005 dans les bases de données mondiales de l'UNICEF pour les pays considérés comme hautement prioritaires pour les programmes nationaux de supplémentation en vitamine A à dose élevée du fait de taux de mortalité élevés chez les enfants de moins de 5 ans et/ou de niveaux élevés de déficience en vitamine A. |
| | 11. Supplémentation préventive en zinc Population cible : Enfants âgés de 0 à 59 mois | Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui bénéficient d'une supplémentation préventive en zinc. | Il n'existe pas de programmes nationaux pour la supplémentation préventive en zinc. La supplémentation en zinc peut être assurée par le biais de programmes de supplémentation et de micronutriments à domicile, qui sont en cours d'extension dans certains pays. |
| | 12. Traitement au zinc de la diarrhée^a Population cible : Enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée | Des données sont disponibles auprès de la DHS pour 38 pays sur le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc. Des données sont disponibles grâce à une communication personnelle de L. Carvajal, UNICEF, 9 septembre 2014. L'indicateur est utilisé dans l'analyse de la couverture réalisée dans ce chapitre. | Parmi les 38 pays DHS, 31 présentent des niveaux de couverture inférieurs à 5 %. Les données sur les politiques relatives aux solutions de réhydratation orales (SRO) à faible osmolarité et au zinc pour la gestion de la diarrhée sont également disponibles pour de nombreux pays via l'enquête sur l'indicateur mondial des politiques de santé concernant les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, qui est réalisée par l'OMS deux fois par an. |

Source : Auteurs, d'après Bhutta et coll. (2013).

^a Recommandé par la Bibliothèque électronique de l'OMS sur les données relatives aux actions en matière de nutrition (eLENA) (<http://www.who.int/elena>).

^b Recommandé par l'OMS dans les populations où la consommation de calcium est faible (OMS 2013d).

^c Le régime minimal acceptable (MAD) est un indicateur composite calculé à partir de la proportion des enfants allaités et âgés de 6 à 23 mois qui ont bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas la veille de l'enquête et la proportion d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu au moins deux portions de lait et bénéficié au moins de la diversité alimentaire minimale, en dehors des portions de lait, et de la fréquence minimale des repas la veille de l'enquête. La diversité alimentaire minimale (MDD) est la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant des aliments d'au moins quatre groupes. Voir Note technique 1 pour le Rapport 2014 sur la nutrition mondiale sur www.globalnutritionreport.org.

TABLEAU 4.6 Les populations bénéficient-elles d'interventions spécifiques à la nutrition ?

| Indicateur de couverture des interventions | Nombre de pays disposant de données | % de personnes dans chaque pays qui ont besoin d'une intervention et qui en bénéficient (couverture) | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------------|---------------------|
| | | Médiane pour les pays disposant de données | Prévalence minimale | Prévalence maximale |
| Enfants âgés de 6 à 59 mois qui bénéficient d'une couverture complète en suppléments de vitamine A | 63 | 87,0 | 0,0 | 99,0 |
| Enfants âgés de 12 à 15 mois alimentés au lait maternel | 76 | 80,2 | 12,4 | 97,1 |
| Ménages consommant du sel adéquatement iodé | 40 | 56,7 | 7,3 | 96,8 |
| Passage précoce à l'allaitement maternel (proportion d'enfants allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance) | 86 | 51,2 | 14,4 | 94,5 |
| Nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au lait maternel | 84 | 34,5 | 2,8 | 84,9 |
| Proportion de femmes enceintes qui ont bénéficié d'une supplémentation en fer et acide folique pendant plus de 90 jours | 28 | 28,6 | 0,4 | 62,6 |
| Enfants âgés de 6 à 23 mois qui bénéficient d'une diversité alimentaire minimale | 41 | 29,0 | 5,0 | 90,0 |
| Enfants âgés de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime minimal acceptable | 39 | 14,0 | 3,0 | 72,0 |
| Enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant de diarrhée et bénéficiant d'un traitement au zinc | 27 | 1,1 | 0,1 | 49,1 |

Source : Supplémentation en vitamine A: UNICEF (2015c) ; indicateurs liés à l'allaitement maternel : UNICEF (2015a) ; consommation de sel iodé : UNICEF (2015b) ; supplémentation en fer et acide folique : Enquêtes démographiques et de santé depuis 2003 ; diversité alimentaire minimale et régime minimal acceptable : UNICEF (2015a) ; traitement au zinc de la diarrhée : communication personnelle de L. Carvajal, UNICEF, 9 septembre 9 2014.

Note : Les données sont tirées de l'enquête la plus récente disponible pour la période 2010–2014.

diversité alimentaire minimale est de 29 %, et de 14 % pour un régime minimal acceptable.

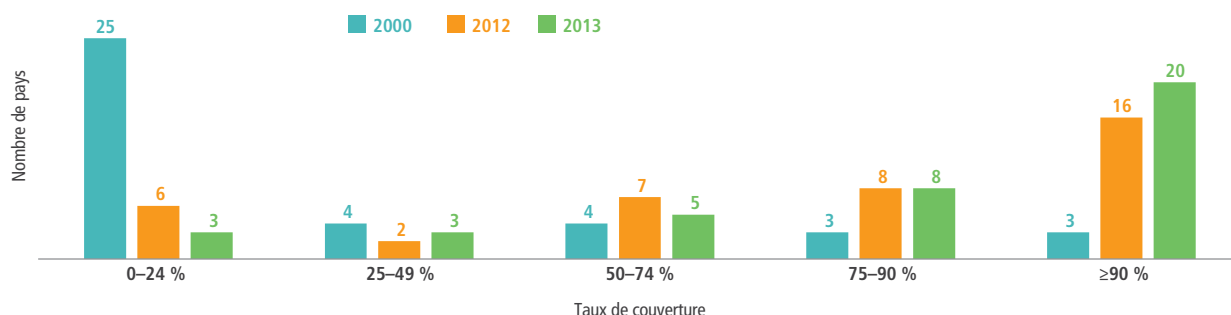
Les programmes de traitement au zinc de la diarrhée enregistrent le taux de couverture le plus faible, ce qui est digne de mention quand on sait que la diarrhée est l'une des principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

En ce qui a trait à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS), les données les plus récentes sur la couverture du traitement de la MAS sont présentées au Tableau annexe A10.1 (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes). Ces données hébergées par le Réseau de surveillance de couverture (CMN – Coverage Monitoring Network) reposent sur des mesures compilées de couverture du traitement utilisant des méthodologies bien établies de 19 pays très diversifiés. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* a traité des données de 22 pays fournies par le CMN. Quinze de ces pays sont examinés en 2014 et 2015. Quatre nouveaux pays sont entrés dans la base de données en 2015 (Bangladesh, République centrafricaine, Côte d'Ivoire et Yémen), et sept l'ont quittée (Angola, Mauritanie, Népal, Philippines, Rwanda, Sierra Leone et Somalie). Les évaluations de couverture ne sont pas disponibles pour tous les pays, car elles sont fonction de la demande. En 2015, la couverture du traitement

varie selon les endroits de 11 % à 75 %, avec des médianes d'observations multiples comprises entre 27 % et 51 %. Ces taux de couverture directs sont comparables à ceux évoqués dans le rapport 2014. Dans les régions où des données existent, la couverture du traitement de la MAS reste faible, ce qui est particulièrement alarmant étant donné le risque élevé de mortalité associé à la MAS (Black et coll., 2013). En outre, sur les 25 pays dont les taux de prévalence de la MAS sont supérieurs ou égaux à 3 % (OMS/UNICEF/Banque mondiale, 2015), les données de couverture du CMN ne sont disponibles que pour 8 pays. La couverture de la MAS reste donc bien en deçà des besoins, et les données la concernant restent rares.

Il est difficile de suivre les tendances de la couverture des interventions spécifiques à la nutrition à l'échelle mondiale, car, dans de nombreux pays, ces données ne sont pas enregistrées au fil du temps. La seule intervention spécifique à la nutrition pour laquelle une analyse des tendances limitée peut être réalisée est la couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois. Des données sur la couverture de cette intervention sont disponibles pour 39 pays, à trois moments différents — 2000, 2012 et 2013 ; elles révèlent une amélioration de la couverture dans ces pays avec le temps (Figure 4.2). Des points de données plus nombreux sur la couverture des

FIGURE 4.2 Couverture de la supplémentation en vitamine A dans 39 pays, 2000, 2012 et 2013



Source : Julia Krasevec, UNICEF, communication personnelle.

Note : Les données concernent les enfants âgés de 6 à 59 mois.

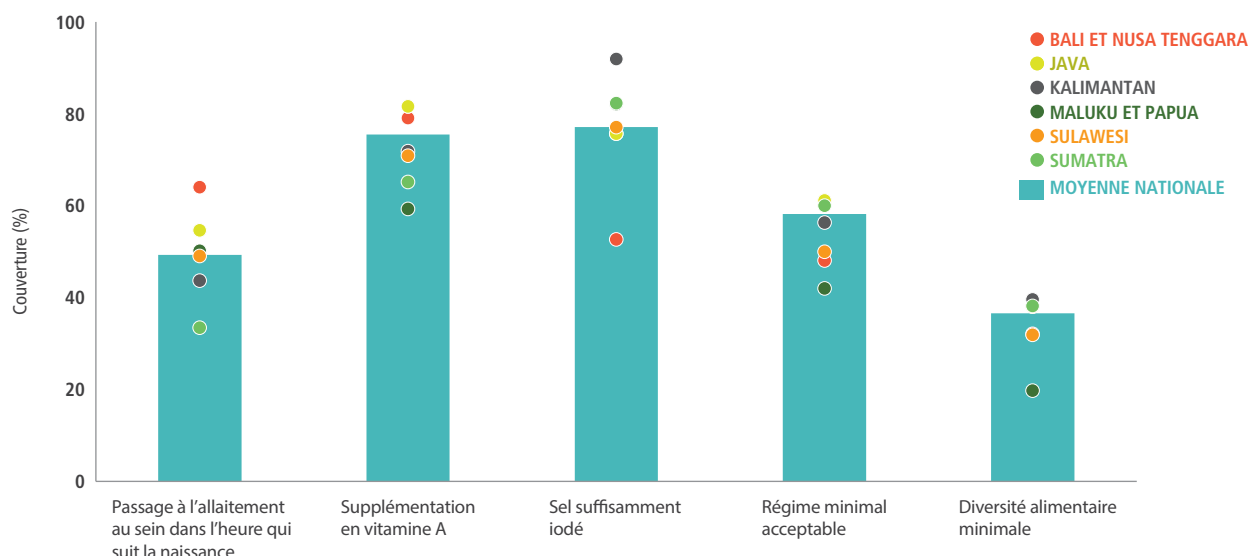
interventions spécifiques à la nutrition nous aideraient à mieux évaluer l'intensification des actions nutritionnelles.

Les estimations nationales de couverture masquent de grandes inégalités au sein des pays. Pour les aider à identifier et combler les lacunes de couverture, les décideurs ont besoin de données de couverture infranationales. Par exemple, la Figure 4.3 présente des données de couverture pour cinq interventions essentielles visant à lutter contre la sous-alimentation maternelle et infantile dans huit provinces d'Indonésie. Elle révèle à la fois de grandes variations de la couverture nationale entre les cinq interventions et des variations dans la couverture de ces interventions

entre les huit provinces. Au niveau national, par exemple, la couverture de la diversité alimentaire minimale et de la mise en place de l'allaitement maternel dans l'heure suivant l'accouchement est inférieure au seuil de 50 %, tandis que celle de la supplémentation en vitamine A et de l'iodation du sel dépasse 70 %.

Ce type de conclusions donne des indications utiles aux décideurs. Dans ce cas, les résultats montrent que l'Indonésie doit intensifier ses efforts pour accroître la diversité du régime alimentaire des enfants et permettre aux femmes de commencer à allaiter immédiatement après la naissance, tout en maintenant et en renforçant la réussite

FIGURE 4.3 Couverture de cinq interventions en Indonésie, moyenne nationale et huit provinces



Source : Passage à l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, régime minimal acceptable et diversité alimentaire minimale : Statistics Indonesia et coll. (2013) ; supplémentation en vitamine A et sel suffisamment iodé : Indonésie, ministère de la Santé (2013).

Note : Sel suffisamment iodé = la teneur en iode du sel est ≥ 30 portions par million KIO₃ (iode de potassium), sur la base des recommandations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ICCIDD (2007).

de ses programmes de supplémentation. La figure montre aussi que, si les provinces des Moluques et de Papouasie ont tendance à obtenir des résultats moins satisfaisants en général, aucune province n'a de bons résultats sur tous les indicateurs. Sulawesi, Bali et les Petites îles de la Sonde, Java et Kalimantan occupent à tour de rôle le premier rang.

Les données sur la couverture soulèvent deux questions de recherche. Tout d'abord, pourquoi la couverture des interventions éprouvées varie-t-elle autant d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays ? Pour commencer à répondre à cette question, nous avons établi des coefficients de corrélation de rang pour les 13 pays utilisant l'ensemble des neuf indicateurs de couverture pour la période 1994-2010. Cependant, nous n'avons trouvé que peu de corrélations significatives entre les classements de couverture par pays selon les différents indicateurs. En d'autres termes, un classement élevé pour un indicateur donné n'était pas un prédicteur de classement élevé pour les autres indicateurs dans ce pays. En outre, nous avons vérifié si les taux de couverture variaient en fonction d'autres indicateurs, notamment le PNB par habitant, le taux de scolarisation des filles dans le secondaire et certains des indicateurs composant le HANCI. Mais, nous n'avons pas trouvé non plus de covariables statistiquement significatives. Il n'apparaît pas clairement si cela est dû à la petite taille des échantillons ou à une mauvaise spécification de l'économétrie. Des recherches plus approfondies sur ces questions sont nécessaires.

Deuxièmement, pourquoi trouve-t-on si peu de données sur la couverture ? Sur les 12 interventions du Tableau 4.5, seules trois ont des données de couverture équivalentes, tandis que trois autres disposent de données de remplacement sur la couverture. Parmi celles-ci, comme le montre le Tableau 4.6, les données ne sont disponibles que pour une fraction des pays qui en ont besoin. En outre, une grande partie des données de couverture pour ces six interventions sont dépassées — 36 % des points de données les plus récents sur la couverture datent de 2009 ou avant. Seuls sept pays ont des données pour l'ensemble des neuf indicateurs correspondant aux six interventions entre 2010 et 2014. Quatre pays disposent de données pour un seul indicateur, et 83 n'ont aucune donnée entre 2010 et 2014. Sur les 193 pays, 52 ne fournissent aucune donnée. Comme semble le suggérer le Tableau 4.5, les causes de ces déficits de données sont différentes pour chaque intervention : soit le programme lui-même n'a pas été déployé à grande échelle, ou des indicateurs de couverture comparables à l'échelle internationale n'ont pas été développés, soit les enquêtes actuelles n'incluent pas les indicateurs s'ils

existent. La nature des obstacles à la collecte de données de couverture plus nombreuses est une question qui mérite un examen plus approfondi.

INTERVENTIONS DESTINÉES À DES INDIVIDUS DANS DES CONTEXTES SPÉCIFIQUES POUR PRÉVENIR OU PRENDRE EN CHARGE L'OBÉSITÉ

De nombreux types d'interventions peuvent cibler des individus dans des contextes variés afin de prévenir ou prendre en charge les régimes alimentaires malsains, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition. Elles comprennent les campagnes de marketing social dans des contextes communautaires, l'éducation nutritionnelle dans les écoles, les conseils sur les soins de santé primaires aux enfants souffrant d'une obésité légère et la chirurgie bariatrique.

La plupart des constats sur la prévention de l'obésité dans des contextes spécifiques proviennent des écoles. Une méta-analyse récente de plusieurs études révèle des preuves relativement solides de l'efficacité des interventions contre l'obésité des enfants en milieu scolaire (Wang et coll., 2015). De même, la plus récente analyse documentaire Cochrane des interventions contre l'obésité infantile (Waters et coll., 2011) a trouvé des preuves de l'efficacité des actions au niveau des écoles. Les mesures concernées comprenaient une formation continue pour les enseignants et d'autres membres du personnel afin de les préparer aux activités et stratégies de promotion de la santé, ainsi que le soutien aux parents pour qu'ils encouragent les enfants à être plus actifs, à consommer des aliments plus nutritifs et à passer moins de temps devant un écran à la maison.

Très peu d'informations sont disponibles sur la mise en œuvre de programmes de prise en charge de l'obésité dans le monde. Aux États-Unis, des directives sur la lutte contre l'obésité sont disponibles mais ne sont pas encore suffisamment appliquées. Les expériences de prévention et de traitement de l'obésité chez les enfants souffrant d'un retard de croissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont peu nombreuses (Dietz et coll., 2015).

CONVERGENCE DES ACTIONS À PLUSIEURS NIVEAUX

Ce chapitre fournit un aperçu des progrès sur trois séries de mesures distinctes, mais les preuves et les expériences montrent que les progrès réels viennent de la conjugaison des trois. Dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, les études de cas portant sur les efforts pour réduire la malnutrition au Bangladesh, au Brésil et dans l'État indien du Maharashtra ont démontré l'efficacité de la série de

ENCADRÉ 4.4 QUE CACHE LA FORTE BAISSÉ DU RETARD DE CROISSANCE INFANTILE EN TANZANIE ?

LAWRENCE HADDAD

Bien qu'ils soient encore élevés, les taux de retard de croissance chez les enfants en Tanzanie ont diminué de manière spectaculaire ces dernières années. Trois enquêtes nationales réalisées en 2004, 2009 et 2010 révélèrent un taux de retard de croissance statique de 44 à 43 %, alors que deux enquêtes réalisées ultérieurement, en 2011 et 2014, font apparaître des taux de 35 % (IFPRI 2014b). Le taux annuel moyen de réduction du retard de croissance de 2010 à 2014 est d'environ 5 %, soit un taux supérieur de près de 4 % au taux annuel requis pour atteindre la cible de l'Assemblée mondiale de la santé (IFPRI 2014c). À quoi est due cette diminution ? Malheureusement, il n'existe aucune analyse approfondie définitive des facteurs permettant d'expliquer cette amélioration de la croissance des enfants, mais nous disposons de plusieurs indices :

- Une étude réalisée en 2006 dans la région de Kagera, d'après les données de quatre séries d'enquêtes réalisées entre 1991 et 1994, a montré que la conjugaison de revenus plus élevés et d'interventions de programmes de santé avait contribué, à l'époque, à accélérer la diminution des taux de retard de croissance dans cette partie de la Tanzanie (Alderman et coll. 2006).

- L'Enquête nationale de la Tanzanie sur la nutrition de 2014 a mis en évidence quelques améliorations de la couverture des programmes et des résultats nutritionnels, même si elles ont été modestes (Tanzanie, ministère de la Santé et du Bien-être social 2014). De 2010 à 2014, la maigreur des FAP a diminué de 11 % à 6 %, les taux de supplémentation en vitamine A ont augmenté de 61 % à 72 % et la supplémentation en fer et en acide folique pendant la grossesse a augmenté de 3,5 % à 8,3 %. D'autre part, les taux d'allaitement maternel exclusif ont diminué de 50 % à 41 %, les taux de nourrissons et de jeunes enfants bénéficiant de régimes alimentaires minimaux acceptables stagnent à 20 % et le pourcentage des ménages utilisant du sel iodé est passé de 82 % à 64 %.

- Les taux de sous-alimentation ont diminué modérément, passant de 41 % en 2000 à 35 % en 2014. En 2012, l'accès à des installations améliorées d'eau et d'assainissement demeurait bas, à 53 % et 22 % respectivement, sans grande variation par rapport aux taux de 2000 (54 % et 15 %, respectivement) (IFPRI 2014b).

- Les taux de pauvreté (pourcentage de la population vivant avec 1,25 \$/jour

ont pratiquement diminué de moitié, passant de 85 % à 43 % entre 2000 et 2012 (Banque mondiale 2015c).

- Les dépenses de santé du gouvernement tanzanien ont augmenté de manière substantielle entre 2008 (383 millions de dollars EU) et 2014 (622 millions de dollars EU) (West Slevin et Dutta 2015).
- Les dépenses publiques consacrées à la nutrition augmentent elles aussi à un rythme rapide. La revue des dépenses publiques consacrées à la nutrition de 2014 montre que, entre 2010 et 2012, le budget total alloué à la nutrition, quoique limité, a pratiquement doublé et que la part du gouvernement dans ce budget, même si elle est assez basse à près de 30 %, est restée stable (Tanzanie, ministère des Finances 2014).

En conclusion, de fortes réductions de la pauvreté, conjuguées à des changements modérés au niveau des facteurs sous-jacents et de la couverture des programmes, soutenues par des engagements fermes du gouvernement et des partenaires externes – et matérialisés dans une augmentation des financements – peuvent expliquer les diminutions du retard de croissance. Naturellement, des études complémentaires s'imposent pour obtenir une réponse plus définitive.

mesures suivantes : extension d'interventions éprouvées pour réduire la malnutrition, bonne performance dans des domaines politiques fortement axés sur la nutrition tels que l'alimentation, la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation, l'autonomisation des femmes et la réduction de la pauvreté, et environnement politique dans lequel des dirigeants dotés d'une autorité reconnue s'engagent à réduire la malnutrition et sont tenus de rendre des comptes

sur leurs engagements. L'importance de cette combinaison se confirme également à l'aune des bons résultats obtenus récemment par la Colombie (Encadré 4.2) et la Tanzanie (Encadré 4.4).

De même, ces dernières années, certains éléments démontrent que plusieurs mesures simultanées doivent être mises en œuvre pour améliorer efficacement et durablement les régimes alimentaires. Les actions isolées ont peu

ENCADRÉ 4.5 AUSTRALIE : LA SANTÉ POUR TOUS DANS L'ÉTAT DE VICTORIA, UNE APPROCHE DE LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ

SHELLEY BOWEN

Doté d'une population de près de 6 millions d'habitants, l'État australien de Victoria a mis au point une approche à multiples niveaux et intégrale pour résoudre le problème de la surcharge pondérale et de l'obésité.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux dirige une initiative destinée à l'ensemble de la population appelée *Healthy Together Victoria* (HTV - La santé pour tous dans l'État de Victoria) qui fournit des cadres stratégiques, un éventail de réseaux de leadership et de pratique, des références de qualité pour la transition vers une culture alimentaire saine dans différents environnements, des stratégies de marketing social et de communication, et des événements visant à mobiliser l'action sur la nutrition et une alimentation saine. Cette initiative comprend également un soutien direct aux 14 administrations municipales locales, connues sous le nom de *Healthy Together Communities*. Les *Healthy Together Communities* atteignent 1,33 million de personnes dans l'État de Victoria.

L'initiative HTV vise à promouvoir l'action à plusieurs niveaux par le biais d'un programme complet d'interventions axées sur la modification du système. L'approche des systèmes utilisée dans l'initiative HTV

reconnaît que la prévention de l'obésité est complexe, requiert une action sur les multiples influences interconnectées du système alimentaire et des possibilités de choix pour les consommateurs. Cette approche comprend deux interventions essentielles. La première consiste en un groupe de travail composé de plus de 200 agents du changement, exerçant des fonctions au niveau de l'État et des communautés locales dans tout l'État de Victoria, qui pensent et agissent dans une perspective de « systèmes ». La seconde intervention est une stratégie de leadership pour le changement des systèmes, à laquelle participent des centaines d'autres personnes exerçant des fonctions de direction qui mettent en relation les communautés et les actions et s'attachent à développer une dynamique pour la bonne santé.

Comment l'essai se transforme-t-il en autant de mesures visant à bâtir un système alimentaire sain ? La Charte pour l'alimentation saine de l'État de Victoria oriente les politiques du système et les références de qualité pour une alimentation saine pour les jeunes enfants, les écoles, les entreprises et les hôpitaux. À l'échelon de l'État, plus de 40 acteurs du système alimentaire constituent

l'Entreprise de Victoria pour l'alimentation saine (*Victorian Healthy Eating Enterprise*) et s'attachent à produire un impact collectif via les établissements de services alimentaires, par exemple, en installant des distributeurs automatiques d'aliments sains dans les gares ferroviaires et les hôpitaux, et en établissant des politiques de restauration et d'achat saines pour les établissements du secteur public comme les parcs et les aires de loisirs et pour les organisations bénévoles et de restauration. Par exemple, le YMCA, un membre de l'Entreprise employant 6 300 personnes et recensant non moins de 70 000 membres, a mis en œuvre une politique de restauration qui exclut les boissons sucrées dans la totalité de ses 150 établissements de l'État de Victoria, une initiative inédite en Australie.

Les clés des efforts et des impacts sur les systèmes sont les principes d'expérimentation et la capacité à dimensionner l'adoption des mesures et leur portée. Ces efforts visent à intégrer l'alimentation saine dans les cœurs et les esprits des communautés et de leurs dirigeants. Il s'agit de considérer l'alimentation saine comme une norme sociale, et non pas comme une exception.

de chances d'atteindre tous les groupes de population (Butland et coll., 2007 ; Cecchini et coll., 2010 ; Hawkes et coll., 2015). Les stratégies nationales de lutte contre l'obésité visent de plus en plus à incorporer des stratégies multiples ciblant plusieurs secteurs, tant à l'échelle nationale que locale. Le gouvernement brésilien a publié la Stratégie intersectorielle pour la prévention et le contrôle de l'obésité en 2014. Au Mexique, l'Accord national sur la santé alimentaire : stratégie pour lutter contre le surpoids et l'obésité au Mexique (2010-2014) a donné lieu à l'adoption d'une palette de mesures diverses. La dimension infranationale a quant à elle fourni un terrain fertile pour mettre à l'essai des

approches plus exhaustives. La ville de New York est souvent citée pour avoir mis en œuvre l'approche réglementaire la plus exhaustive visant à améliorer la salubrité des environnements alimentaires, de la limitation des gras trans aux campagnes dans les médias (Swinburn et coll., 2015). Toujours à l'échelle infranationale, l'initiative *Healthy Together Victoria*, en Australie, s'efforce également d'inspirer des actions à niveaux multiples (Encadré 4.5).

L'écart à combler concerne l'élaboration et la mise en œuvre d'approches exhaustives, à plusieurs niveaux, couvrant toutes les formes de malnutrition. Les preuves

compilées dans la *Global Nutrition Policy Review* de l'OMS ont montré que les politiques nutritionnelles nationales ont tendance à ne pas intégrer adéquatement toutes les formes de malnutrition (OMS, 2013c). Au niveau international, le Cadre d'action de la CIN2 comble cette lacune en incorporant des mesures prenant en charge différentes formes de malnutrition (FAO et OMS, 2014).

Enfin, nous avons besoin de toute urgence d'une liste claire de mesures susceptibles d'avoir pour double fonction la lutte simultanée contre la sous-alimentation et l'obésité/les MNT. Même si les synergies entre les approches ont été débattues pendant plus de deux décennies (FAO et OMS, 1992 ; UNSCN, 2006b), des travaux plus poussés s'imposent pour fédérer les mesures luttant à la fois contre la dénutrition et les régimes alimentaires malsains dans le cadre d'un train d'actions convenu à l'échelle internationale. Les premiers éléments de cette liste se profilent déjà. L'analyse réalisée dans le présent chapitre et dans le Chapitre 7 sur les systèmes alimentaires met en relief quatre grands domaines dans lesquels des actions conjointes peuvent contribuer à prendre en charge les deux questions en parallèle :

1. mesures et stratégies politiques visant à motiver et favoriser l'amélioration de la nutrition ;
2. développement d'environnements alimentaires contribuant à un développement sain en offrant des régimes alimentaires diversifiés tout au long de la vie ;
3. actions portant sur les 1 000 premiers jours après la conception, et sur la période précédant la conception chez les futures mères ;
4. promotion de systèmes alimentaires favorables à la nutrition.

Les actions spécifiques à double fonction susceptibles de lutter contre la malnutrition et l'obésité/les MNT liées à la nutrition incluent l'information des femmes sur l'allaitement maternel et l'alimentation saine pendant la grossesse et la période précédant la conception ; la fourniture aux femmes défavorisées et vulnérables d'aliments nutritifs ou de subventions ciblées sur ces aliments ; la diffusion de recommandations diététiques basées sur l'approche alimentaire pour les nourrissons, les enfants et les adolescents ; la promotion de l'allaitement au sein et d'une alimentation complémentaire adéquate ; et le dépistage de la surcharge et de l'insuffisance pondérale chez les enfants, dans le cadre des évaluations de croissance (OMS, 2014a).

ACTIONS RECOMMANDÉES

Les États, agences internationales, organisations de la société civile et entreprises devraient mettre en œuvre le Cadre d'action CIN2, qui s'attaque à la malnutri-

tion sous toutes ses formes. Pour encourager les interventions, l'**Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'OMS** devraient, d'ici fin 2016, élaborer des indicateurs objectifs et vérifiables pour vérifier si le Cadre d'action est correctement mis en œuvre. Le **Comité de la sécurité alimentaire mondiale** devrait cerner des opportunités pour renforcer la cohérence des actions de nutrition entre les différents secteurs. **La société civile** devrait intensifier ses campagnes de sensibilisation et mobiliser les appuis à la mise en œuvre du cadre d'action, et mettre en lumière les domaines dans lesquels les progrès sont lents. Afin d'inciter à mettre l'accent sur la malnutrition sous toutes ses formes, les **chercheurs** devraient identifier les actions luttant en synergie contre la dénutrition et l'obésité/les maladies non transmissibles liées à la nutrition et préciser les facteurs susceptibles de créer un environnement propice à l'amélioration de la nutrition.

1. **L'OMS et la FAO** devraient élaborer, d'ici fin 2016, des indicateurs SMART objectifs et vérifiables quant aux progrès de mise en œuvre du Cadre d'action CIN2. Ces indicateurs SMART orienteront plus efficacement les actions, identifieront les domaines où il est nécessaire de renforcer les capacités et feront du Cadre d'action un outil plus utile.
2. **Les organisations de la société civile** préoccupées par la sous-alimentation, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition devraient travailler de concert pour mobiliser un soutien à la mise en œuvre de mesures de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes, y compris la Décennie d'action sur la nutrition envisagée par la Déclaration de Rome rédigée lors de la CIN2. Les organisations de la société civile chargées des différents aspects de la nutrition n'ont que récemment commencé à communiquer entre elles. La Décennie d'action sur la nutrition est une occasion décisive de se rassembler pour défendre une cause commune et susciter une dynamique d'action afin de réduire toutes les formes de malnutrition.
3. Les **chercheurs** travaillant sur toutes les formes de malnutrition devraient collaborer avec les **agences internationales** afin d'identifier les « actions à double fonction » susceptibles de lutter simultanément contre la sous-alimentation, mais aussi le surpoids, l'obésité et les MNT liées à la nutrition. Ils devraient faire état de leurs conclusions dans un rapport qui sera présenté à l'occasion du sommet de Rio N4G en 2016 et d'autres forums pertinents. Les mesures pour créer des environnements politiques propices, des environnements alimentaires plus sains et des systèmes alimentaires plus favorables à la nutrition, ainsi que pour promouvoir la nutrition au cours des 1 000 premiers jours de la vie de

l'enfant sont autant d'occasions de s'atteler en synergie aux deux types de malnutrition.

4. Les **chercheurs** devraient travailler avec des **champions nationaux de la nutrition** pour documenter, analyser, contrôler et évaluer les efforts visant à créer des environnements propices à la mise en œuvre des actions nutritionnelles. En combinant les leçons tirées de la lutte contre la sous-alimentation, l'obésité et les MNT liées à la nutrition, y compris les récentes séries du *Lancet* sur ces questions, ils devraient rassembler ces résultats pour en tirer des enseignements orientés vers l'action et les présenter dans une revue internatio-

nale d'ici 2018. Pour ce faire, les chercheurs devront 1) identifier les actions à suivre, 2) développer des outils de mesure, des méthodes et bases de données afin de suivre la progression de ces actions, 3) analyser l'efficacité des actions et les facteurs de leur réussite et 4) en tirer les enseignements et les partager entre les pays.

5. À l'occasion du Sommet humanitaire mondial de mai 2016, les **États** devraient fixer des objectifs de couverture pour les interventions visant à lutter contre la malnutrition aiguë sévère (MAS). **Les États et les bailleurs de fonds** devraient ensuite s'engager à suivre les avancées relativement à ces objectifs.



5

AUGMENTER LES RESSOURCES FINANCIÈRES ET LES CAPACITÉS EN FAVEUR DE LA NUTRITION

LE RENFORCEMENT DES ACTIONS ET INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA NUTRITION EXIGE DES RESSOURCES FINANCIÈRES ÉTAYÉES PAR DES CAPACITÉS INDIVIDUELLES, ORGANISATIONNELLES ET SYSTÉMIQUES, POUR PLANIFIER L'IMPACT, AFFINER LES INTERVENTIONS ET ÉTENDRE LA COUVERTURE TOUT EN MAINTENANT LA QUALITÉ. Ce chapitre porte sur ces questions importantes et étroitement liées, et en particulier sur la réduction de la sous-alimentation.¹

Un montant de quel ordre faut-il mobiliser pour produire un impact réel sur la nutrition? En 2010, la Banque mondiale a estimé à 10,3 milliards de dollars EU l'investissement public des pays et des organismes externes de financement pour intensifier une série d'interventions éprouvées, spécifiques à la sous-alimentation, en vue de parvenir à une couverture de 100 % dans les 36 pays comptant la majorité des enfants sous-alimentés de moins de 5 ans dans le monde (Horton et coll., 2010). Un tel investissement, selon les estimations, permettrait de sauver 1,1 million de vies, d'éviter 30 millions de cas de retard de croissance et d'épargner chaque année 30 millions d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI). Le niveau de ces estimations financières a été confirmé dans une analyse ultérieure comparable (Bhutta et coll., 2013).² La diminution de ce déficit de financement permettrait de réduire nettement

la sous-alimentation (Bhutta et coll., 2013), sans toutefois l'éliminer totalement. L'atteinte des cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) exige davantage de ressources au profit de programmes et de politiques contribuant à la nutrition, et l'ampleur de ce deuxième déficit de financement reste inconnu à ce jour.

Ce chapitre examine en premier lieu le montant actuel consacré à la nutrition par les États. Lors de la préparation du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, pratiquement aucune donnée du domaine public ne permettait de suivre les allocations des États en faveur de la nutrition. Fort heureusement, cela est en train de changer. Ce chapitre passe en revue les données factuelles émergentes et préliminaires des États sur leurs allocations budgétaires en faveur de la nutrition.

Les dépenses nutritionnelles des organismes de financement externes sont ensuite examinées et, le cas échéant,

réparties en dépenses spécifiques à la nutrition ou y contribuant. Le déficit de financement est manifeste, quel que soit l'angle d'observation des données des États et des bailleurs de fonds.

Nous examinerons également les nouveaux mécanismes de financement qui doivent permettre de mobiliser des fonds en faveur de la nutrition, et rendons compte des nouvelles conclusions sur les coûts et avantages d'un renforcement des actions nutritionnelles dans quatre pays africains. Ces conclusions montrent comment il est possible d'optimiser l'impact des investissements existants et nouveaux en matière de nutrition.

Enfin, accroître le financement ne présente qu'un intérêt limité, si les capacités mises en œuvre pour l'utiliser efficacement viennent à manquer. Le reste de ce chapitre met donc l'accent sur les capacités, résume certains résultats importants d'une nouvelle analyse de la stratégie d'inten-

PRINCIPAUX RÉSULTATS



1. Si l'amélioration de l'état nutritionnel doit être accélérée, les investissements en faveur de la nutrition doivent augmenter et se focaliser davantage sur les interventions à fort impact.
2. Les estimations préliminaires des allocations budgétaires nationales globalement consacrées à la nutrition viennent d'être mises à disposition par 30 pays. Quatorze pays ont des estimations plus précises. Pour ces derniers, les estimations du pourcentage de l'allocation gouvernementale à la nutrition vont de 0,06 % à 2,90 % du budget public total, avec une moyenne de 1,32 %.
3. Les décaissements des bailleurs de fonds en faveur des interventions spécifiques à la nutrition ont pratiquement doublé entre 2012 et 2013, passant de 0,56 à 0,94 milliard de dollars EU.
4. Une analyse en cours du montant à investir par les 37 pays durement touchés par le retard de croissance dans des interventions éprouvées de lutte contre le retard de croissance pour atteindre la cible de l'AMS associée montre que les dépenses intérieures des États devraient plus que doubler jusqu'en 2025, et que l'aide publique au développement (APD) devrait plus que quadrupler sur la même période.
5. Les nouvelles données communiquées par les bailleurs de fonds sur les décaissements contribuant à la nutrition s'élevaient à un montant total de près de 3 milliards de dollars EU pour 2013. Il manque cependant les données 2013 de la Banque mondiale et de l'Union européenne. La prise en compte de ces chiffres devrait probablement amener le total des décaissements contribuant à la nutrition à près de 4 milliards de dollars EU, soit 3 % de l'APD. Les dépenses nutritionnelles totales au titre de l'APD (spécifiques et contribuant à la nutrition) avoisineraient alors 5 milliards de dollars EU, soit 4 % de l'APD.
6. Seuls 16 des 29 membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE ont déclaré des dépenses spécifiques à la nutrition supérieures à 1 million de dollars EU en 2013. Six ont affirmé dépenser plus de zéro mais moins de 1 million de dollars EU, et 7 n'ont indiqué aucune dépense spécifique à la nutrition.
7. Les comptes-rendus des bailleurs de fonds pour ce rapport sont contrastés. Seuls 8 bailleurs de fonds sur 13 ont fourni toutes les données demandées sur l'APD. Trois grands bailleurs de fonds n'ont fourni aucune donnée sur leurs décaissements, et deux principaux bailleurs de fonds n'ont pas fait de distinction entre les décaissements spécifiques à la nutrition et ceux y contribuant.
8. Si les capacités, dont le leadership à tous les niveaux, sont vitales pour le renforcement de la nutrition, on ignore encore à quel moment le déficit de capacités devient un obstacle et quels investissements sont efficaces pour y remédier.

ENCADRÉ 5.1 TANZANIE : DÉPENSES PUBLIQUES ALLOUÉES À LA NUTRITION

LAWRENCE HADDAD

En 2013–2014, la Tanzanie est devenue l'un des premiers pays à entreprendre une revue complète de ses dépenses publiques allouées à la nutrition (Tanzanie, ministère des Finances 2014),¹ qui a abouti aux principaux résultats suivants :

- Les ressources consacrées à la nutrition à l'échelle nationale (hors ressources allouées aux conseils locaux, près de 3 % du total) s'élevaient à 17,8 milliards TZS (12,5 millions de dollars EU), 27,5 milliards TZS (17,6 millions de dollars EU), et 33,2 milliards TZS (21,3 millions de dollars EU), respectivement, pour les exercices 2010–2011, 2011–2012, et 2012–2013.² Cela représente respectivement 0,15 %, 0,20 % et 0,22 % des dépenses totales prévues au budget du gouvernement. Ces niveaux ont été jugés insuffisants.
- Même si la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour la nutrition devait nécessiter 118,9 milliards TZS en 2011–2012 et 145 milliards TZS en 2012–2013, les ressources effectivement mobilisées à l'échelle nationale ne couvraient que, respectivement 23,1 % et 22,9 % du coût total. Ce déficit de financement considérable explique les faibles niveaux de mise en œuvre.

- Les dépenses publiques dans les interventions spécifiques à la nutrition n'ont pas ciblé les groupes les plus vulnérables tels que les enfants de moins de 2 ans et les femmes enceintes. À titre d'exemple, seuls 0,3 % des ressources en nutrition ont été consacrés aux femmes enceintes.
- La collecte de données a été difficile. Les diverses sources de données avaient différents niveaux d'accessibilité, différentes procédures de compte-rendu et différents mécanismes de suivi.

Les recommandations formulées ont porté sur :

- La création d'un Fonds ad hoc en faveur de la nutrition pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour la nutrition.
- L'augmentation du financement de la nutrition par le gouvernement et la définition d'un montant minimum d'investissement par le gouvernement dans le secteur de la nutrition. La prise en compte des interventions spécifiques à la nutrition dans les budgets annuels des conseils locaux.
- L'élaboration d'une stratégie pour mobiliser d'autres ressources de financement du secteur. Dans un premier temps, le gouvernement devrait

encourager les bailleurs de fonds à financer le plan de mise en œuvre de la Stratégie nationale pour la nutrition, en mobilisant au moins 80 % des ressources nécessaires d'ici 2016.

- L'élaboration de programmes de renforcement des capacités spécifiques à la nutrition. Il s'agit également de s'assurer que les conseils locaux sont capables de fournir des services de nutrition, de recruter et de doter les responsables de districts chargés de la nutrition des moyens nécessaires, de renforcer les systèmes des Conseils de l'alimentation et de la nutrition en matière de planification, de gestion financière, de suivi et d'évaluation.
- Le renforcement de la coordination et des partenariats. La mise en œuvre est encore fragmentée : les ressources ne sont pas affectées de manière coordonnée et ne vont pas nécessairement aux zones et aux groupes les plus vulnérables.
- Le suivi annuel des interventions dans le secteur de la nutrition. En outre, la mise en œuvre d'une revue des dépenses publiques tous les deux ans dans le secteur de la nutrition afin de documenter les progrès réalisés.

sification, décrit l'évolution des incitations basées sur les performances pour le renforcement des actions nutritionnelles, et analyse le rôle du leadership dans l'intensification de ces actions. Les incitations basées sur les performances ont été largement débattues par l'ensemble de la communauté du développement international, quoique dans une moindre mesure pour la nutrition. Le problème du leadership a longtemps été analysé dans le domaine de la santé, mais des données empiriques sur la nutrition n'ont été fournies que récemment.

DÉPENSES PUBLIQUES EN FAVEUR DE LA NUTRITION

En 2014, les États et leurs partenaires se sont efforcés d'évaluer les dépenses nutritionnelles dans un petit nombre de pays tels que le Guatemala, le Malawi, la Tanzanie et la Zambie (Bulux et coll., 2014 ; Picanyol et coll., 2015 ; Zambia CSO-SUN Alliance, 2014). L'effort de la Tanzanie a été particulièrement soutenu, englobant un examen exhaustif des dépenses publiques allouées à la nutrition (Encadré 5.1).

Fin 2014, 30 pays ont fourni de nouveaux efforts pour identifier les allocations en faveur de la nutrition dans leurs budgets.³ Bien qu'il ne s'agisse que de données préliminaires, donc modifiables après examen plus approfondi, nous rendons compte de ces efforts et prenons en compte les données préliminaires afin de reconnaître les efforts des États dans la promotion de la redevabilité et susciter un débat sur les moyens d'améliorer le processus.

La méthode adoptée par les pays est la suivante. Tout d'abord, ils identifient les allocations budgétaires publiques susceptibles de s'appliquer à la nutrition (étape 1).⁴ Deuxièmement, ils classent ces allocations en deux catégories : les allocations spécifiques à la nutrition, et celles y contribuant (étape 2).⁵ Les montants de ces allocations correspondent à la « limite supérieure » des estimations des dépenses nutritionnelles. Si tous les postes budgétaires au sein de ces allocations sont liés à la nutrition, cette limite supérieure devient l'estimation de ces dépenses. Troisièmement, les limites supérieures des allocations dans chaque catégorie sont pondérées⁶ afin d'obtenir des estimations des allocations réelles spécifiques à la nutrition et de celles y contribuant (étape 3).⁷

En juin 2015, 30 pays avaient franchi les étapes 1 et 2, et 14 d'entre eux avaient réalisé des progrès notables au niveau de l'étape 3.⁸ Les résultats préliminaires sont présentés aux Tableaux annexes A3.1 (étape 2 pour 30 pays) et A3.2 (étape 3 pour 14 pays). Les résultats des 30 pays présentés au Tableau annexe A3.1 illustrent plusieurs mécanismes de financement et niveaux de dépenses :

- Le nombre de ministères, départements et agences à partir desquels les lignes budgétaires sont établies varie de 2 au Vietnam à 15 au Guatemala, avec une médiane de 7.
- Le nombre de lignes budgétaires comprenant éventuellement des postes nutritionnels varie de 11 aux Philippines à 117 au Togo.
- Les parts des limites supérieures pour les allocations budgétaires à la fois spécifiques à la nutrition et y contribuant varient de moins de 1 % (Côte d'Ivoire, Ouganda, Vietnam, Zambie) à plus de 7 % (Bangladesh, Comores, Guatemala, Tadjikistan et Togo) du budget public. La part moyenne des limites supérieures s'élève à 0,47 % pour les dépenses spécifiques à la nutrition, contre 4,47 % pour celles y contribuant.

Les éléments des lignes budgétaires des nombreux ministères, départements et agences ainsi que les postes connexes à examiner soulignent les efforts considérables à fournir pour évaluer les allocations budgétaires en faveur de la nutrition.

Les allocations spécifiques à la nutrition et y contribuant ont été pondérées par 14 pays. Le Pérou et le Guatemala

ont fourni des estimations réelles pour chaque catégorie sur la base des interventions détaillées figurant dans leurs budgets. Dans l'ensemble, cet exercice révèle qu'il est possible de suivre les allocations en faveur de la nutrition.

Les résultats des 14 pays présentés au Tableau annexe A3.2 révèlent des points essentiels :

- Les allocations pondérées spécifiques à la nutrition représentent 94 % des limites supérieures de ces allocations dans l'ensemble des 14 pays. Les lignes budgétaires définies comme allocations aux programmes spécifiques à la nutrition sont pour la plupart, après examen plus approfondi, des allocations réellement affectées à la nutrition.
- La valeur pondérée des allocations contribuant à la nutrition constitue 29 % de la limite supérieure de ces allocations. Moins d'un tiers de toutes les allocations aux programmes contribuant à la nutrition est réellement affecté à la nutrition.
- La valeur pondérée des allocations spécifiques à la nutrition et celles y contribuant varie de 0,06 % à 2,90 % du budget public. La moyenne est de 1,32 % pour une médiane de 1,31 %.
- Les allocations pondérées des postes spécifiques à la nutrition constituent 38 % des valeurs pondérées des allocations aux postes contribuant à la nutrition. Pour 12 pays sur 14, les allocations spécifiquement nutritionnelles sont inférieures ou égales à 0,20 % des budgets publics.

Ces chiffres montrent que les pays ont estimé à 94 % de la limite supérieure des allocations spécifiques à la nutrition celles réellement affectées à la nutrition. Mais ce pourcentage chute, après pondération, à 29 % pour les allocations contribuant à la nutrition. Ces chiffres semblent sensés. Le ratio des allocations réellement spécifiques à la nutrition par rapport à celles y contribuant dans les budgets publics (38 %) n'est pas très différent du ratio des bailleurs de fonds tel qu'estimé dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* (environ 50 %). La répartition moyenne pondérée pour la nutrition totale en pourcentage des budgets publics (de l'ordre de 1,32 %) est comparable à celle obtenue par rapport à l'aide publique au développement (IFPRI, 2014a). Dans l'ensemble, les résultats montrent que les allocations des États en faveur de la nutrition sont certes modestes, mais conformes à celles de l'APD en faveur de la nutrition.

Il ne s'agit cependant que de chiffres préliminaires : le processus n'est pas encore finalisé et présente des limites. Premièrement, les pays ont choisi entre trois systèmes de pondération dans leur passage des étapes 2 à 3. Deuxièmement, la sélection des ministères, départements, organismes et postes budgétaires implique une bonne part de jugement

et les pays peuvent ne pas avoir suivi les mêmes critères. Bien sûr, on peut comprendre qu'un pays veuille en premier lieu suivre ses propres allocations au fil du temps. Seize pays participants ont déjà des chiffres pour au moins deux années. Troisièmement, la définition des expressions « spécifiques à la nutrition » ou « contribuant à la nutrition » peut, à la limite, différer d'un pays à l'autre. Encore une fois, cela n'a pas d'incidence pour un pays donné tant que les définitions et hypothèses utilisées restent cohérentes au fil du temps. Il importe de tenir compte des réserves d'un pays à l'autre ; celles-ci figurent au Tableau annexe A.3.1.

Les données supplémentaires générées à partir de l'exercice comprennent les sources de financement (10 pays) et les dépenses réelles (3 pays). Le Bangladesh est le seul pays en mesure de fournir des informations sur les tendances, les sources de financement et les dépenses réelles. Sur les 8 pays disposant de plans chiffrés, seuls 4 présentent un lien clairement établi avec leurs budgets nationaux.

FINANCEMENT DE LA NUTRITION PAR LES BAILLEURS DE FONDS

Cette partie analyse les dernières données de 2013 spécifiques à la nutrition provenant de tous les bailleurs de fonds qui soumettent des rapports au Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁹. Elle examine les

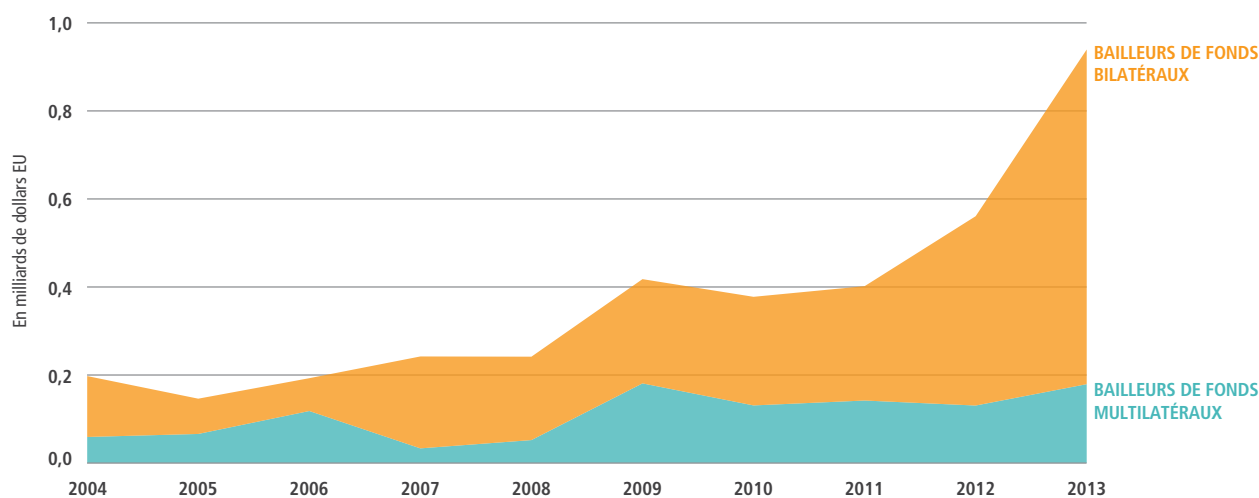
tendances des engagements et décaissements spécifiques à la nutrition et y contribuant des 13 bailleurs de fonds signataires du N4G. Les allocations spécifiques aux pays dans les décaissements de 6 bailleurs de fonds en 2010 et 2012 y sont également analysées. Les ventilations spécifiques à la nutrition et celles y contribuant sont fournies par le Réseau des bailleurs de fonds de SUN, qui a défini la méthodologie (Réseau des bailleurs de fonds SUN, 2013a).

ÉVOLUTION DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION POUR TOUS LES BAILLEURS DE FONDS

Les décaissements spécifiques à la nutrition¹⁰ de tous les bailleurs de fonds (et pas seulement des signataires du N4G) ont enregistré une forte hausse entre 2012 et 2013, passant à près de 1 milliard de dollars EU (Figure 5.1). Ce sont là de bonnes nouvelles. Mais l'augmentation des ressources spécifiques à la nutrition est largement imputable aux donateurs bilatéraux du CAD. Les ressources ainsi obtenues sont directement acheminées aux pays et aux institutions multilatérales ; elles ne proviennent pas des fonds de base propres des organismes multilatéraux. Les organismes multilatéraux devraient allouer une plus grande part de leurs fonds non réservés aux interventions spécifiques à la nutrition.

Par ailleurs, les données CAD/OCDE de 2013 révèlent que sur 29 membres du CAD de l'OCDE, 16 ont signalé des dépenses spécifiques à la nutrition de plus de 1 million de dollars EU, 6 ont déclaré des dépenses supérieures à zéro mais inférieures à 1 million de dollars EU, et 7 n'ont

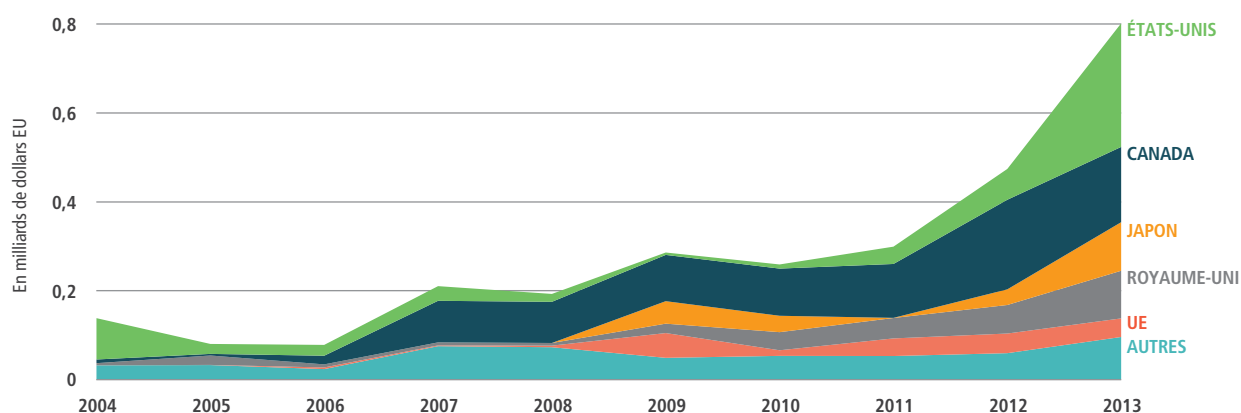
FIGURE 5.1 Dépenses des bailleurs de fonds au titre de l'APD dans des interventions spécifiques à la nutrition, 2004–2013



Source : Initiatives de développement basées sur les données de l'OCDE (2014).

Note : L'UE est un bailleur de fonds multilatéral. Les montants représentent des décaissements bruts en prix constants pour l'année 2013. APD = Aide publique au développement.

FIGURE 5.2 Dépenses des bailleurs de fonds au titre de l'APD dans des interventions spécifiques à la nutrition, par membre du CAD



Source : Initiatives de développement basées sur les données de l'OCDE (2014).

Note : Les montants représentent des décaissements réalisés par les membres du CAD en prix constants pour l'année 2013. APD = Aide publique au développement. CAD = Comité d'aide au développement de l'OCDE.

fait état d'aucune dépense spécifique à la nutrition. Le nombre de membres du CAD de l'OCDE qui décaissent des sommes importantes en faveur de programmes spécifiques à la nutrition pourrait croître sensiblement.

Les données précédentes par membre du CAD ainsi que leurs décaissements spécifiques à la nutrition sont détaillés dans la Figure 5.2. Les décaissements les plus importants effectués en 2013 proviennent, par ordre d'importance, des États-Unis, du Canada, du Japon, du Royaume-Uni et de l'UE.

ÉVOLUTION DES ENGAGEMENTS ET DÉCAISSEMENTS DES SIGNATAIRES DU N4G, 2010–2013

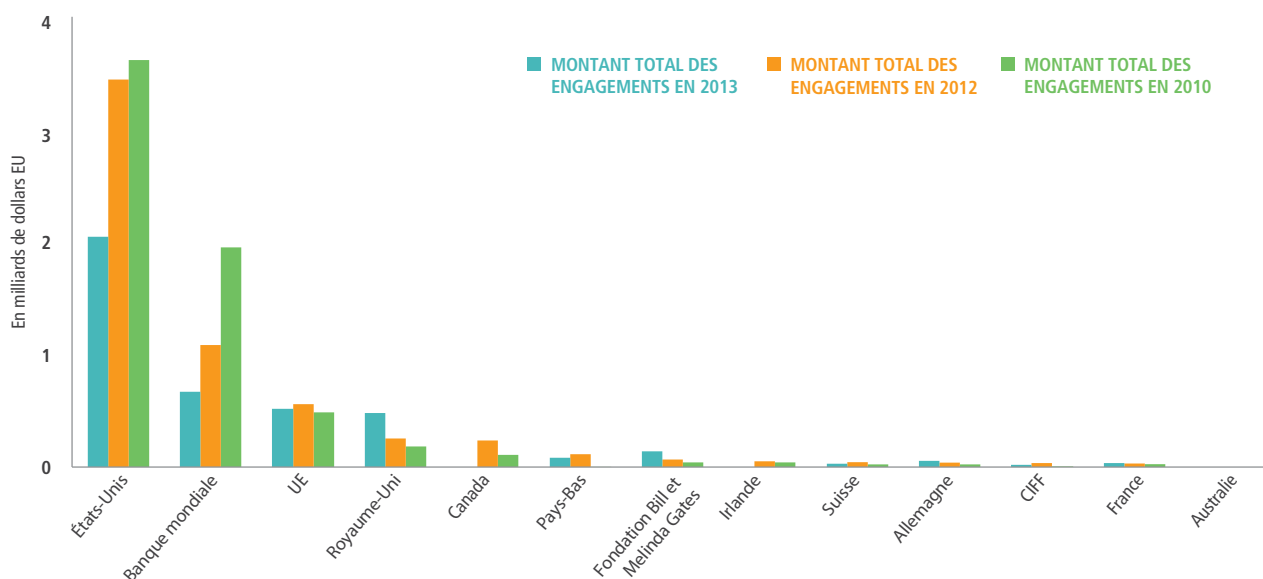
Le Chapitre 3 examinait si les engagements financiers pris par les bailleurs de fonds au sommet N4G étaient en bonne voie d'être honorés. Dans ce chapitre, nous analysons les grandes tendances signalées par les signataires du N4G.¹¹ Les plus gros bailleurs de fonds – États-Unis, Banque mondiale et Union européenne – font état d'une baisse des engagements en matière de nutrition (spécifiques et contribuant à la nutrition) entre 2010 et 2013, tandis que les bailleurs de fonds de taille moyenne, notamment le Royaume-Uni et la Fondation Bill et Melinda Gates, font état d'une augmentation rapide des engagements (Figure 5.3).¹²

Bien qu'ils soient pluriannuels, les engagements apparaissent au cours de l'exercice où ils sont pris. Ils ont tendance à être « plus généraux » et plus importants que les décaissements. La Figure 5.4 met l'accent sur les décaissements signalés. Sur la période 2010-2013, le total des

décaissements a augmenté pour le *Children's Investment Fund Foundation* (CIFF), le Department for international Development (DFID) britannique, la France, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Allemagne, l'Irlande et les Pays-Bas. Le total des décaissements de trois des plus grands bailleurs de fonds – Canada, Union européenne et Banque mondiale – pour 2013 ne nous a pas été communiqué.

Seuls 7 signataires N4G sur 13 (CIFF, DFID, Fondation Gates, Allemagne, Pays-Bas, Suisse et États-Unis) ont soumis des rapports sur l'ensemble des données attendues (cf. Tableau annexe A3.3 pour l'ensemble des données reçues pour 2013). En outre, seuls 8 bailleurs de fonds (Australie, DFID, France, Fondation Gates, Allemagne, Irlande, Pays-Bas et Suisse) ont fourni des données sur les décaissements effectués en faveur des programmes contribuant à la nutrition en 2012 et 2013. En comparant les totaux de ces 8 bailleurs de fonds (Tableau annexe 4 du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* et Tableau annexe A3.3 du présent rapport), les décaissements contribuant à la nutrition ont augmenté de 740 à 1 007 millions de dollars EU, respectivement en 2012 et 2013, une hausse largement imputable au DFID. En 2013, le tableau des décaissements totaux contribuant à la nutrition (près de 3 milliards de dollars EU) est plus complet avec la prise en compte des chiffres des États-Unis. Il manque cependant les données 2013 de la Banque mondiale et de l'UE. Considérant les engagements actuels (Tableau annexe A3.3) et les décaissements passés (IFPRI, 2014a), la prise en compte de ces chiffres devrait probablement porter le total des décaissements contribuant à la nutrition à 4 milliards de dollars EU environ, soit 3 % de l'APD.¹³ Le total des dépenses nutritionnelles au

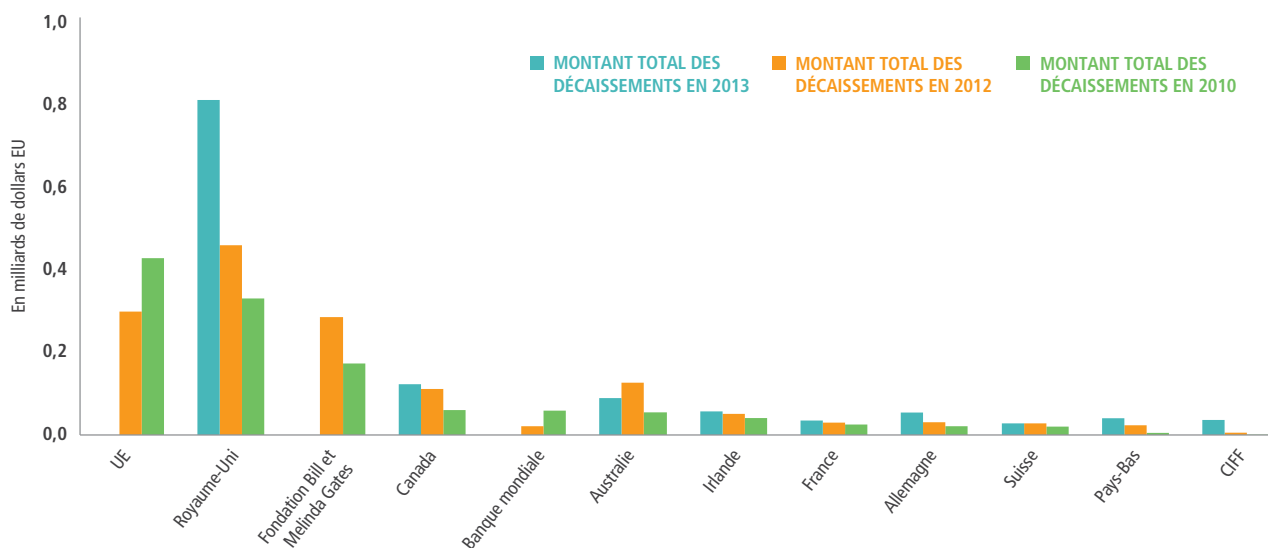
FIGURE 5.3 Évolution des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G en faveur de la nutrition, au titre de l'APD 2010–2013



Source : Auteurs, d'après les données fournies par chaque bailleur de fonds.

Note : APD = aide publique au développement. Les montants concernent à la fois les engagements spécifiques à la nutrition et y contribuant. Bien que n'étant pas signataire du N4G, la Suisse a fourni une ventilation de ses données financières spécifiques à la nutrition et y contribuant. Seuls les pays-années qui font état de données complètes spécifiques à la nutrition et y contribuant sont inclus dans cette figure. CIFF = Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant

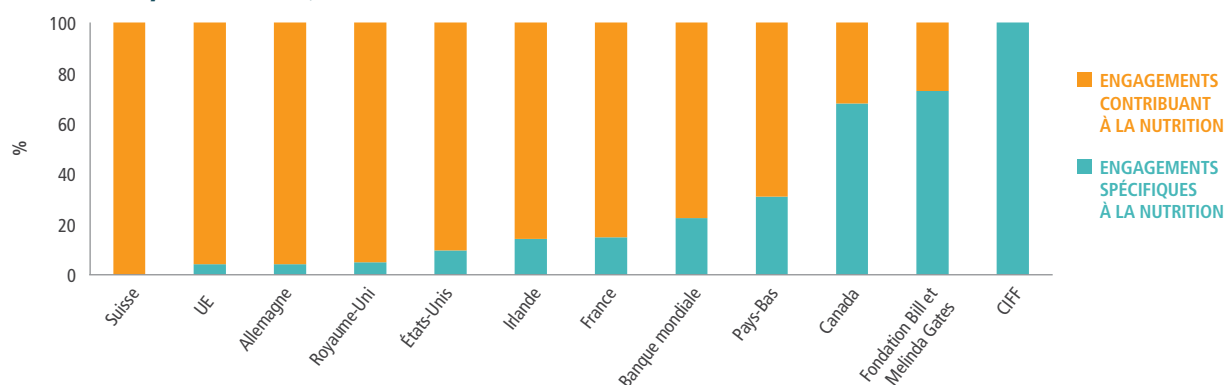
FIGURE 5.4 Évolution des décaissements des bailleurs de fonds signataires du N4G en faveur de la nutrition, au titre de l'APD 2010–2013



Source : Auteurs, d'après les données fournies par chaque bailleur de fonds.

Note : APD = aide publique au développement. Les montants concernent les décaissements spécifiques à la nutrition et y contribuant. Bien que n'étant pas signataire du N4G, la Suisse a fourni une ventilation de ses données financières spécifiques à la nutrition et y contribuant. Seuls les pays-années qui font état de données complètes spécifiques à la nutrition et y contribuant sont inclus dans cette figure. Les États-Unis n'ont pas fourni de montants de leurs décaissements pour les années 2010 et 2012, mais pour 2013 (Tableau A3.1 en annexe) : 2,1 milliards de dollars EU. Vu l'importance de ce chiffre, il n'a pas été inclus dans cette figure pour permettre une meilleure lisibilité. CIFF = Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant. Les chiffres de 2013 recensés pour l'Australie représentent l'année civile 2014.

FIGURE 5.5 Répartition des engagements des bailleurs de fonds signataires du N4G spécifiques à la nutrition et y contribuant, 2012



Source : Auteurs, d'après les données fournies par chaque bailleur de fonds.

Note : Le Canada utilisant la codification « secteurs multiples » du CAD de l'OCDE, certaines dépenses concernant la nutrition peuvent être déclarées comme dépenses spécifiques à la nutrition. Bien que n'étant pas signataire du N4G, la Suisse a fourni une ventilation de ses données financières spécifiques à la nutrition et y contribuant.

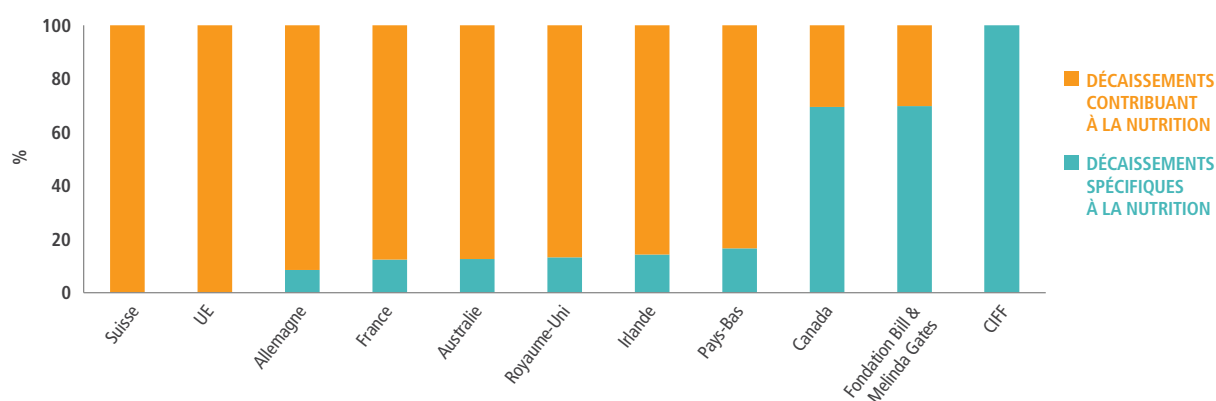
titre de l'APD devrait avoisiner 5 milliards de dollars EU, soit 4 % de l'APD.

Les rapports des bailleurs de fonds sont contrastés. Si ces derniers ne rendent pas totalement compte de leurs dépenses nutritionnelles, ils ne peuvent en assumer la pleine responsabilité et risquent de perdre leur crédibilité auprès des partenaires, qu'ils encouragent pourtant à rendre compte de leurs propres financements en faveur de la nutrition.

La ventilation des engagements et décaissements entre les catégories spécifiques à la nutrition et celles y contri-

buant sont présentées dans les Figures 5.5 et 5.6¹⁴ pour les 13 bailleurs de fonds : les éléments spécifiques à la nutrition représentent 15 % du total des engagements et 30 % du total des décaissements. En ce qui concerne les engagements, certains bailleurs de fonds se concentrent principalement sur les activités spécifiques à la nutrition (CIFF) et d'autres, presque exclusivement sur les activités contribuant à la nutrition (Suisse et Union européenne). La plupart ont des engagements contribuant à la nutrition plus importants. Pour les décaissements, la tendance est généralement la même.¹⁵

FIGURE 5.6 Répartition des décaissements des bailleurs de fonds signataires du N4G spécifiques à la nutrition et y contribuant, 2012



Source : Auteurs, d'après les données fournies par chaque bailleur de fonds.

Note : Le Canada utilisant la codification « secteurs multiples » du CAD de l'OCDE, certaines dépenses contribuant à la nutrition peuvent être déclarées comme dépenses spécifiques à la nutrition CIFF= Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant.

RÉPARTITION DES DÉCAISSEMENTS EN FAVEUR DE LA NUTRITION PAR PAYS ET CHIFFRES SUR LE RETARD DE CROISSANCE ET L'ÉMACIATION

Comment est réparti le financement en faveur de la nutrition ? Est-il adapté aux besoins ? Les données sont disponibles auprès de 6 bailleurs de fonds sur 13 (Fondation Gates, Canada, UE, Allemagne, Irlande et Royaume-Uni), qui représentent collectivement 80 % du total des décaissements de 2012, soit 1,59 milliard de dollars EU (moins les données de la Banque mondiale et du Royaume-Uni). L'Afrique subsaharienne a bénéficié de plus de 50 % du financement de ces 6 bailleurs de fonds en faveur de la nutrition (Figure 5.7). Cette proportion va probablement augmenter quand l'Inde quittera la catégorie des pays à faible revenu pour rejoindre la tranche inférieure des revenus intermédiaires, et qu'elle ne sera plus éligible aux dons et prêts concessionnels. La Figure 5.8 montre les détails des dépenses des 6 bailleurs de fonds par pays.

L'analyse par pays des six bailleurs de fonds révèle que :

- 91 pays ont bénéficié d'un financement de ces 6 bailleurs de fonds ;
- 58 pays sur 91 ont reçu des financements spécifiques et contribuant à la nutrition ;
- sur ces 58 pays, 43 ont bénéficié de plus de financements contribuant à la nutrition que spécifiques à la nutrition ;
- Parmi les principaux bénéficiaires, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Soudan ont reçu le moins d'assistance spécifique à la nutrition (moins de 1 million de dollars EU chacun), même si une grande partie de leur APD est classée dans la catégorie des programmes d'aide/sécurité alimentaire (Code 52010 du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD-OCDE).

Quel est le lien entre les allocations de ces bailleurs de fonds et le retard de croissance/émaciation des enfants de moins de 5 ans ? Il est difficile de tirer des conclusions définitives en l'absence des flux de ressources des pouvoirs publics en faveur de la nutrition. Néanmoins, la Figure 5.9 présente la part des décaissements totaux de 11 bailleurs de fonds¹⁶ en faveur de la nutrition à chacun des 91 pays par rapport à leur nombre total d'enfants de moins de 5 ans en retard de croissance et émaciés. Il existe, en général, une corrélation positive entre la part des décaissements et la proportion du retard de

croissance et de l'émaciation. Ce résultat indique un assez bon ciblage du financement des bailleurs de fonds au niveau des pays, du moins par rapport au retard de croissance et à l'émaciation chez les moins de 5 ans, lesquels ne sont pas les seuls résultats nutritionnels dignes d'intérêt.

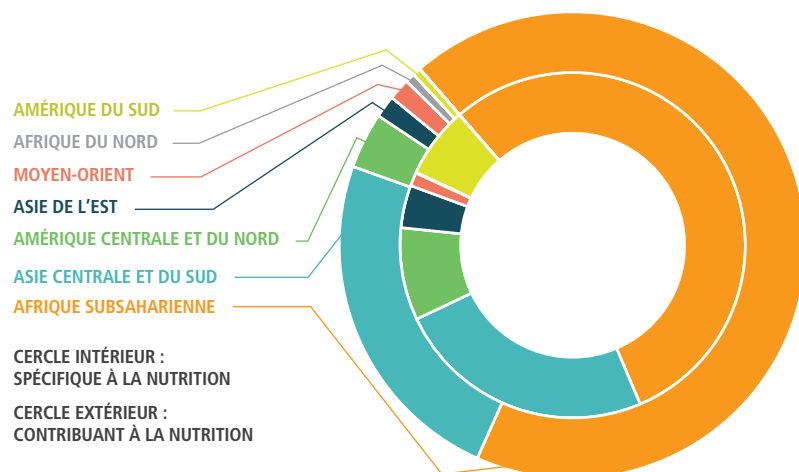
Il y a cependant des valeurs aberrantes notables. Certains pays ont des parts nettement moins importantes de décaissements par rapport à leur proportion d'enfants de moins de 5 ans émaciés et en retard de croissance :

- Indonésie (retard de croissance : 5,25 %, émaciation : 5,99 %, décaissements : moins de 0,001 %) ;
- Papouasie-Nouvelle-Guinée (retard de croissance : 0,29 %, émaciation : 0,25 %, décaissements : moins de 0,001 %) ;
- Thaïlande (retard de croissance : 0,36 %, émaciation : 0,45 %, décaissements : moins de 0,001 %).

D'autres affichent une part de décaissements bien supérieure à la proportion de retard de croissance et d'émaciation :

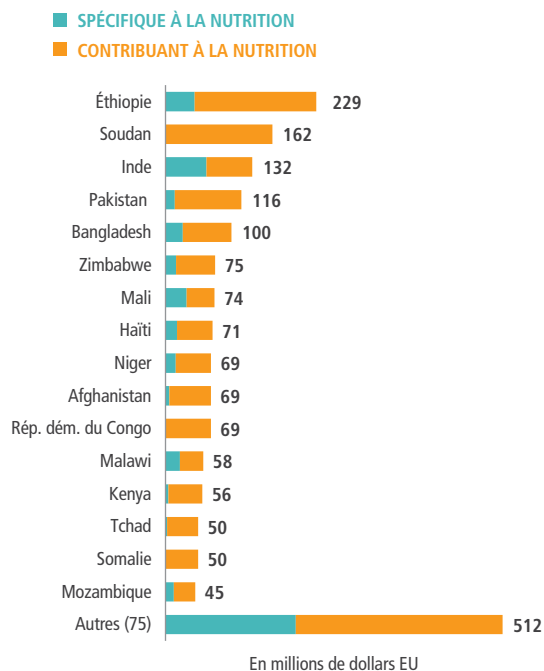
- Éthiopie (retard de croissance : 3,67 %, émaciation : 2,58 %, décaissements : 11,8 %) ;
- Haïti (retard de croissance : 0,16 %, émaciation : 0,12 %, décaissements : 3,7 %) ;
- Soudan (retard de croissance : 1,17 %, émaciation : 1,66 %, décaissements : 8,4 %).

FIGURE 5.7 Répartition par région des dépenses spécifiques à la nutrition et y contribuant, six bailleurs de fonds, 2012 (% du total)



Source : Auteurs, d'après les données fournies par chaque bailleur de fonds.

FIGURE 5.8 Répartition par pays des dépenses spécifiques à la nutrition et y contribuant, six bailleurs de fonds (millions de dollars EU)



Source : Initiatives de développement, d'après les données fournies par six bailleurs de fonds.

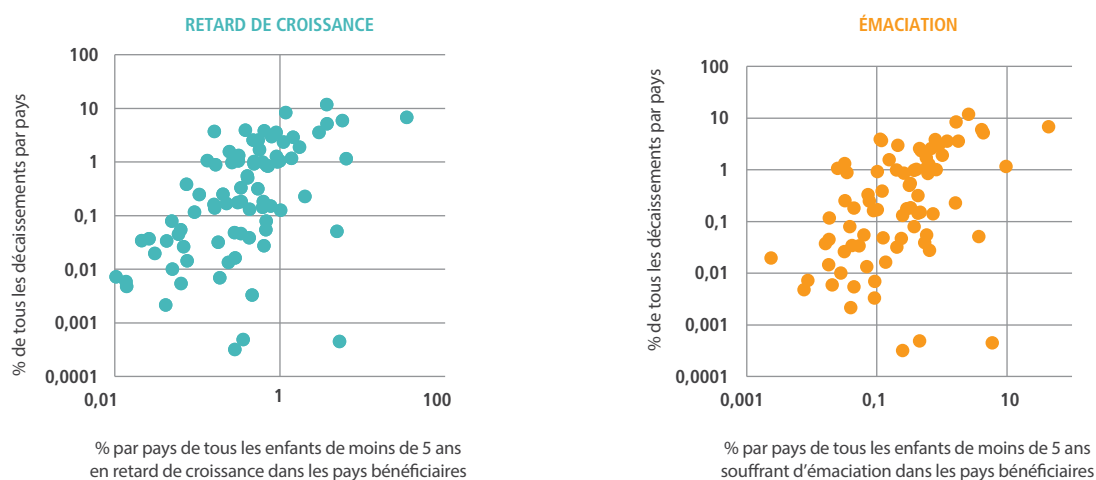
Note : Pour les deux figures, les décaissements pour 2010 et 2012 ont été agrégés.

Plusieurs raisons valables peuvent justifier ces valeurs aberrantes. Par exemple, certains pays sont relativement indépendants de l'APD et d'autres peuvent avoir des formes de malnutrition dont le suivi requiert d'autres indicateurs que le retard de croissance ou l'émaciation chez les moins de 5 ans. Cependant, comme l'ont montré les allocations des bailleurs de fonds en général, les allocations de certains pays donateurs sont motivées par des questions de politique étrangère (Hoeffler et Outram, 2011).

Pour les 91 pays ayant reçu des décaissements et disposant de données sur le retard de croissance et l'émaciation, le montant de l'APD décaissé s'élève en moyenne à 11 \$ EU par enfant de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, et 64 \$ EU par enfant de moins de 5 ans émacié.

Pour conclure, il convient de rappeler que les données de l'APD sont toutes auto-déclarées. Pour les allocations spécifiques à la nutrition, les projets qui ne sont pas décrits convenablement finiront dans la mauvaise catégorie du Système de notification des pays créanciers. Pour les allocations contribuant à la nutrition, l'application d'une méthodologie commune signifie qu'il faut négocier différents niveaux de documentation des projets dans les organismes donateurs. Chaque projet peut nécessiter l'analyse de plusieurs documents dont les informations ne sont pas toujours cohérentes. Les documents peuvent évoluer au fil du temps et tenir compte des changements dans l'approche ou les activités, ce qui nécessite de faire des choix dans

FIGURE 5.9 Part des pays dans les décaissements pour la nutrition par rapport à la proportion d'enfants de moins de 5 ans en retard de croissance et d'enfants souffrant d'émaciation



Source : Calculs des Initiatives du développement pour le Rapport sur la nutrition mondiale à partir du Système de notification des pays créanciers du CAD-OCDE.

Note : Les données sont affichées selon une échelle logarithmique. Elles représentent à la fois des décaissements spécifiques à la nutrition et y contribuant.

la façon de traiter les projets qui durent plusieurs années. L'application de critères pour définir les projets contribuant à la nutrition et les classer en fonction de leur contribution (principalement, partiellement ou ne contribuant pas) est loin d'être toujours évidente. Pour toutes ces raisons, les données contribuant à la nutrition doivent être manipulées avec prudence. Certains bailleurs de fonds estiment que la méthodologie actuelle, projet par projet, est trop problématique et exigeante pour les rapports. L'équipe du rapport travaillera avec d'autres acteurs pour trouver des moyens de simplifier et améliorer la méthodologie avant le Rapport sur la nutrition mondiale 2016.

FINANCEMENTS NOVATEURS : SOURCES ET MOBILISATION

Il sera difficile, mais non impossible, de combler les déficits de financement de la nutrition.¹⁷ Selon les données disponibles, seuls 20 % à 30 % des 10 milliards de dollars EU et plus nécessaires chaque année pour financer les activités spécifiques à la nutrition sont mobilisés (R4D, 2015). Le déficit pour les activités contribuant à la nutrition est inconnu, mais probablement aussi important. Il conviendra de combler ces déficits à partir de sources nationales et internationales.

À l'échelle nationale, comme souligné dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, 30 % à 40 % des budgets publics sont affectés aux secteurs liés à la nutrition, notamment la santé, l'agriculture, la protection sociale, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et l'éducation. Cela ne signifie pas que les dépenses dans ces domaines ont nécessairement un impact important sur la nutrition, mais qu'elles en ont simplement le potentiel. Il convient d'innover pour que ces budgets contribuent davantage à la nutrition (IFPRI, 2014a) et que leur impact potentiel sur l'état nutritionnel soit plus important (Ruel et Alderman, 2013). L'Éthiopie offre l'exemple d'un programme de filet de sécurité à grande échelle transformé en programme contribuant à la nutrition, comme l'illustre le Chapitre 4. Les champions de la nutrition doivent s'inspirer de cet exemple et identifier des programmes de développement à grande échelle capables de contribuer davantage à la nutrition grâce à des concepts innovants et des partenariats institutionnels.

À l'échelle internationale, le montant de l'APD a été récemment plafonné (OCDE, 2015b) ; il est donc peu probable que les sources traditionnelles de l'aide puissent à elles seules suffire à combler les déficits de financement. Des mécanismes de financement novateurs pourraient se révéler utiles, notamment : 1) en générant des fonds qui s'inscrivent véritablement en complément des fonds qui

auraient pu être mobilisés quoi qu'il arrive (plus d'argent pour la nutrition), ou 2) en utilisant ces fonds de manière plus efficace et efficiente pour produire un plus grand impact (plus de nutrition avec l'argent disponible).

La nutrition peut bénéficier de l'expérience du secteur de la santé, dans lequel une vaste palette de mécanismes novateurs ont été testés ces 15 dernières années. On citera, entre autres exemples :

La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm). L'IFFIm utilise les promesses à long terme des bailleurs de fonds sur 20 ans pour émettre des obligations de vaccins à faible intérêt sur les marchés de capitaux, et achemine l'argent supplémentaire ainsi mobilisé aux programmes afin de réduire le nombre de décès d'enfants évitables par la vaccination. Entre 2006 et 2013, l'IFFIm a aidé l'Alliance GAVI à doubler pratiquement ses dépenses pour les vaccins en apportant un financement supplémentaire de 4,6 milliards de dollars EU en plus des sources des bailleurs de fonds traditionnels (IFFIm, 2015).

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. C'est le plus grand bailleur de fonds international de la tuberculose et du paludisme et la deuxième plus grande source externe de financement de la lutte contre le SIDA (Fonds mondial, 2013). Le Fonds mondial innove dans sa façon de mettre en commun et d'utiliser les contributions des États, des fondations et du secteur privé, en investissant de manière stratégique dans les programmes à fort impact tout en réduisant les coûts de transaction. Le modèle basé sur la performance du Fonds mondial est également conçu pour améliorer la qualité des dépenses.

UNITAID. Ce partenariat public-privé basé à Genève perçoit des revenus sur des taxes de solidarité prélevées sur les billets d'avion et les utilise pour façonner les marchés et faire baisser les prix des produits de base tels que les médicaments pédiatriques contre le SIDA et les médicaments antituberculeux de deuxième ligne. Entre 2006 et 2013, l'UNITAID a mobilisé 2,2 milliards de dollars EU. L'UNITAID innove tant dans sa capacité à générer des ressources supplémentaires que dans ses efforts pour faire baisser les prix en influençant les marchés.

Pour combler l'écart entre les milliards nécessaires chaque année pour vaincre la malnutrition maternelle et infantile et le financement traditionnel actuellement disponible auprès de bailleurs de fonds et des États, le milieu de la nutrition a commencé à se tourner vers des financements novateurs. Plusieurs mécanismes ont émergé :

Le Mécanisme de financement mondial à l'appui de l'initiative « Chaque femme, Chaque enfant » (GFF). Annoncé en septembre 2014, le GFF vise à améliorer la

santé et la qualité de vie des femmes, des adolescents et des enfants et à éviter jusqu'à 3,8 millions de décès maternels, 101 millions de décès d'enfants, et 21 millions d'enfants mort-nés dans les pays durement touchés d'ici 2030. Il se propose, à cet effet, de mobiliser plus de 7 milliards de dollars EU de 2015 à 2030 en encourageant une allocation plus importante de ressources nationales à la nutrition, en attirant de nouveaux appuis externes et en améliorant la coordination de l'aide existante. Il est administré par un groupe d'investisseurs, avec un secrétariat basé à la Banque mondiale. Le GFF reconnaît le caractère primordial de la nutrition dans la santé et la qualité de vie des femmes, des adolescents et des enfants. Tout en mettant l'accent sur les systèmes de santé, il a la possibilité d'investir, de manière ciblée, dans des secteurs tels que l'éducation, l'eau, l'assainissement et la protection sociale pour répondre à ses objectifs globaux (GFF, 2015). Ceci nous rappelle que les acteurs de la nutrition doivent innover, non seulement en travaillant avec un large éventail de secteurs pour assurer le financement de la nutrition, mais aussi en prenant part à la conception des instruments de financement innovants pour la santé, un secteur dont relèvent beaucoup d'interventions spécifiques à la nutrition.

La force de la nutrition. La force de la nutrition (www.powerofnutrition.org, en anglais pour l'instant) est un nouveau fonds indépendant qui vise à mobiliser 1 milliard de dollars EU à partir de nouveaux financements publics-privés en faveur de la nutrition infantile d'ici à 2020. Lancé en avril 2015, le fonds a mis en place un dispositif pour le déblocage de la première tranche de 200 millions de dollars EU à cette fin. Il est appuyé par des organisations privées de philanthropie et de développement international, et compte à ce jour la fondation ClIFF, la fondation UBS Optimus Foundation, le Département britannique pour le développement international [DFID], l'UNICEF et la Banque mondiale. Le fonds finance d'abord à concurrence des contributions du secteur privé et d'autres sources de financement non traditionnelles (par exemple des sources hors OCDE). Ces contributions sont ensuite bonifiées par des contributions équivalentes provenant des grandes agences de mise en œuvre dans le secteur de la nutrition, y compris la Banque mondiale et l'UNICEF. Il en résulte un effet de levier garanti multipliant par quatre (UNICEF) ou six (Banque mondiale) chaque dollar investi par les bailleurs de fonds privés. Ces ressources seront acheminées via la Banque mondiale et l'UNICEF pour cibler les pays les plus durement touchés par la sous-alimentation, les plans de nutrition solides et les capacités d'absorption des nouveaux financements. Une troisième bonification des fonds sera également recherchée à partir des budgets nationaux, multipliant ainsi l'impact financier. Il importe de préciser ici que La Force de la nutrition ne sera un succès que si le

programme génère pour la nutrition des fonds qui ne l'auraient pas été en son absence. Les premiers programmes soutenus par le fonds devaient être annoncés au cours de l'été 2015.

UNITLIFE. Annoncé en fin 2014, UNITLIFE s'inspire du modèle d'UNITAID. Il exploite les ressources générées par de petites taxes sur la production pétrolière, actuellement fixées à 0,10 \$ EU le baril, dans les pays participants. Au moment de la rédaction du présent rapport, sept pays africains ont convenu d'appliquer la taxe, et un (le Congo) a commencé à la prévoir, mobilisant ainsi 5 millions de dollars EU au cours de la première année. La mise en œuvre effective de cette mesure dans l'ensemble des sept pays permettrait à UNITLIFE d'engranger jusqu'à 115 millions de dollars EU par an en faveur de la nutrition. Si tous les pays producteurs de pétrole dans le monde procédaient au prélèvement de cette taxe, le mécanisme pourrait générer 1,64 milliard de dollars EU par an (*Innovative Finance Foundation*, 2014). Les structures de gouvernance et de fonctionnement d'UNITLIFE sont encore en cours d'élaboration, mais pourraient ressembler à celles d'UNITAID, avec un secrétariat pour lancer et évaluer des appels à proposition de financement.

Ces initiatives prouvent qu'il est possible d'utiliser des approches de financement novatrices pour augmenter le financement habituel en faveur de la nutrition, réduire le déficit de financement et améliorer les résultats nutritionnels. Ces mécanismes pourraient offrir des moyens de tirer parti des promesses qui seront faites à l'occasion du sommet N4G de 2016 à Rio.

NOUVELLES ESTIMATIONS DU COÛT DE L'INTENSIFICATION DES ACTIONS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Les décideurs sont de plus en plus conscients que les interventions nutritionnelles sont très rentables et que les investissements dans la nutrition de la petite enfance peuvent réduire la pauvreté et stimuler la prospérité. Pour les décideurs nationaux, les questions clés sont les suivantes : « quel sera le coût de l'intensification des interventions en faveur de la nutrition dans mon pays » et « quels seront les résultats obtenus avec ces investissements ». Ces questions devront trouver une réponse pour mobiliser et orienter les nouveaux financements provenant des budgets nationaux et de l'aide au développement.

La Banque mondiale, avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates, s'efforce de trouver, avec plusieurs pays, des réponses à ces questions. Des analyses de coûts et de rentabilité ont été réalisées pour la République démocratique

TABLEAU 5.1 Coûts et avantages de l'investissement dans une trousse de 10 interventions spécifiques à la nutrition, à l'échelle mondiale et dans quatre pays.

| Région/pays (année) | Investissement public annuel requis (dollars EU) | Avantages annuels estimés | | | Rentabilité estimée (dollars EU) | | |
|---|--|---------------------------|--------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
| | | AVCI épargnées | Vies sauvées | Cas de retard de croissance évités | Coût par AVCI épargnée | Coût par vie sauvée | Coût par cas de retard de croissance évité |
| Mali (2015) | 64 millions | 480 000 | 14 000 | 260 000 | 188 ^a | 6 276 | 344 |
| Monde (2010) | 10,3 milliards | 30 millions | 1,1 million | 30 millions | n.d. | 500–1 000 | n.d. |
| Nigeria (2014) | 837 millions | 8,7 millions | 180 000 | 3 millions | 102 ^a | 4 865 | 292 |
| République démocratique du Congo (2015) | 371 millions | 5,4 millions | 77 000 | 1 million | 70 ^a | 4 929 | 226 |
| Togo (2015) | 13 millions | 160 000 | 3 000 | 60 000 | 92 ^a | 4 635 | 238 |

Source : Résultats au niveau mondial : Banque mondiale (2010). Résultats par pays : Shekar et coll. (2014, 2015a–c).

Note : AVCI = années de vie corrigées du facteur d'invalidité ; n.d. = non disponible. Les 10 interventions sont énumérées dans la note 19. Les estimations de vies sauvées et de cas de retard de croissance évités ont été établies sur la base de l'outil de vies sauvées (LiST), un modèle informatique. La rentabilité a été évaluée sur la base des critères du programme WHO-CHOICE de l'OMS (2015). Le coût par AVCI épargnée a été calculé pour l'essentiel à partir d'une intervention : fourniture par l'État de produits alimentaires complémentaires. Le coût unitaire de cette intervention, et donc le coût par AVCI épargnée, est plus bas en RDC que dans les trois autres pays.

^a Très rentable selon le programme WHO-CHOICE.

cratique du Congo, le Mali, le Nigeria et le Togo. Elles ont analysé le coût de l'intensification de 10 interventions spécifiques à la nutrition qui se sont révélées efficaces¹⁸, avant de relier ces coûts aux impacts escomptés, notamment le nombre de vies sauvées, les cas de retard de croissance évités, et le nombre d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité épargnées (pour les méthodes, cf. Shekar et coll., 2014, 2015a–c). Le rapport coût-efficacité est mesuré par le coût par vie sauvée, le coût par cas de retard de croissance évité, et le coût par année de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI) épargnée.¹⁹

Les coûts et avantages estimés sont résumés dans le Tableau 5.1. Dans son ensemble, la trousse de 10 interventions se révèle très rentable. La majorité des 10 interventions est également très rentable au niveau individuel, à l'exception de la fourniture publique de compléments alimentaires en prévention de la malnutrition aiguë modérée²⁰. Ces investissements ont également le potentiel d'accroître considérablement la productivité économique tout en consistant en de véritables investissements économiques avec des taux de rentabilité internes supérieurs à 13 % dans chaque pays (Shekar et coll., 2014, 2015a–c). Il est aujourd'hui impossible de comparer les estimations de coûts des pays avec les dépenses réelles, mais cela doit être fait pour établir le déficit de financement.

Compte tenu du fait que la plupart des pays, voire tous, manquent de ressources pour un renforcement total et immédiat de toutes les interventions, l'analyse envisage

des scénarios d'intensification plus modestes : 1) mettre l'accent sur les régions les plus durement touchées par la malnutrition, 2) procéder à l'intensification d'un seul sous-ensemble d'interventions, et 3) renforcer un sous-ensemble d'interventions dans les régions les plus durement touchées par la malnutrition.²¹ Le scénario le plus rentable, selon l'analyse, consiste à intensifier un sous-ensemble des 10 interventions dans les régions les plus durement touchées du pays. Ce scénario est de 1,5 à 3,3 fois plus

Les recherches soulignent la nécessité de mobiliser des financements auprès des États et des bailleurs de fonds pour les interventions qui ont fait leurs preuves.

rentable que l'intensification de l'ensemble des 10 interventions à l'échelle nationale.²²

D'autres recherches soulignent la nécessité de mobiliser des financements auprès des États et des bailleurs de fonds pour les interventions qui ont fait leurs preuves. Une analyse de R4D et de la Banque mondiale en cours évalue le montant à investir par les 37 pays durement touchés par

ENCADRÉ 5.2 OBJECTIFS DE DÉPENSES NATIONALES EN FAVEUR DE LA NUTRITION : QUELLES LEÇONS TIRER DES DÉCLARATIONS D'ABUJA ET DE MAPUTO ?

FRANCIS ROBERTS ET MARIE RUMSBY

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* recommandait de définir des objectifs pour les dépenses spécifiques à la nutrition dans les budgets des États et de l'aide publique au développement. Au moment où les acteurs de la nutrition se penchent sur cette proposition, quels enseignements pouvons-nous tirer de deux expériences similaires en Afrique : les Déclarations d'Abuja et de Maputo sur les dépenses publiques dans les domaines de la santé et de l'agriculture ?

La Déclaration d'Abuja (Nations Unies, 2001) engageait les États membres de l'Union africaine à consacrer au moins 15 % de leurs dépenses publiques annuelles aux soins de santé. Elle appelait également les pays donateurs à honorer leur promesse de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement. C'est aujourd'hui l'un des seuls objectifs en matière de dépense de santé convenu par les chefs d'État (ONUSIDA et UA 2013).

Il est impossible de prouver un lien de causalité entre l'objectif d'Abuja et les dépenses gouvernementales, bien que le niveau médian réel des dépenses publiques de santé par habitant, en proportion des ressources nationales, soit passé de 10 \$ EU à 14 \$ EU au cours de la

décennie (OMS 2011a). Toutefois, peu de temps après la signature de la déclaration, la société civile adoptait cet objectif de dépense comme outil de plaidoyer pour exhorter les différents États à augmenter leurs dépenses de santé (Witter et coll. 2013). Elle est devenue l'une des principales normes de dépenses sectorielles et un indicateur de performance de la santé. Désormais, nombre de rapports mesurent la performance des États à l'aune de la déclaration (ActionAid International Africa 2005 ; Save the Children 2015a ; ONUSIDA et UA 2013 ; OMS 2011a).

Avec la Déclaration de Maputo de 2003, les chefs d'État africains s'engageaient à dédier au moins 10 % de leurs budgets nationaux à l'agriculture et au développement rural (Commission de l'Union africaine et NEPAD, 2010). Devenu un indicateur de la performance des États, cet objectif est suivi de près par les structures de gouvernance continentale et régionale, ainsi que par la société civile et les bailleurs de fonds (One 2013 ; Oxfam 2012). On reconnaît à cet objectif le mérite de stimuler le plaidoyer. Toutefois, la performance des pays par rapport à l'objectif de dépense demeure mitigée (Benin et Yu

2013). La Déclaration de Malabo de 2014 réitère les objectifs de Maputo.

Les deux déclarations offrent les enseignements suivants pour la nutrition :

- Les objectifs peuvent servir de cri de ralliement pour la société civile, permettre d'évaluer les performances entre pays et souligner les asymétries entre les dépenses et les besoins.
- L'absence de directives en matière d'établissement de rapports sur la santé créera une divergence dans les méthodes utilisées, et partant, le reporting ne sera pas aussi transparent et comparable qu'il pourrait l'être (Witter et coll. 2013).
- L'absence de base pour relier l'objectif, les besoins et les coûts peut réduire l'utilité d'un objectif (Witter et coll. 2013). Par exemple, s'agissant de l'agriculture, nombre d'analystes ont conclu que l'objectif était tout simplement trop bas (Benin et Yu 2013).
- Les objectifs ont tendance à se focaliser sur la quantité des dépenses au détriment de leur qualité (Oxfam 2012). Pour gérer ce risque, il convient de mettre l'accent sur les types de dépenses et leurs retombées.

le retard de croissance des enfants dans des interventions qui ont fait leurs preuves en la matière pour atteindre la cible de l'AMS relative au retard de croissance. Si ce travail n'était toujours pas finalisé en juin 2015, les dépenses publiques intérieures devraient plus que doubler jusqu'en 2025, et l'APD pour les interventions éprouvées de lutte contre le retard de croissance devrait plus que quadrupler au cours de la même période (Thousand Days, 2015).

Ces résultats visent à éclairer les priorités gouvernementales et à aider les États à mobiliser des ressources dans les

budgets nationaux, auprès des partenaires au développement, voire du secteur privé, s'il n'y a pas de conflit d'intérêts. Les plans des dépenses des pays en matière de nutrition seraient guidés par les plans nationaux de nutrition et des estimations de coûts comme celles-ci. Mais que doivent faire les pays en l'absence de ces estimations ? Pour l'agriculture et la santé, les pays africains ont pris des engagements de dépenses liés à l'ensemble des dépenses publiques. L'Encadré 5.2 examine les leçons tirées de la définition des cibles pour les catégories de dépenses issues des déclarations d'Abuja et de Maputo, respectivement sur la santé et l'agriculture.

ENCADRÉ 5.3 DU MANTRA MONDIAL AUX RÉSULTATS LOCAUX : RENFORCER LES IMPACTS SUR LA NUTRITION

STUART GILLESPIE, PURNIMA MENON ET ANDREW KENNEDY

Le consortium *Transform Nutrition* a récemment examiné des approches visant à renforcer les impacts sur la nutrition, et plusieurs facteurs essentiels sont régulièrement ressortis.¹

Premièrement, ce n'est pas une intervention en soi qui a été le point de départ de la plupart des programmes à grande échelle concluants (tels *Progres-Oportunidades* au Mexique et *Alive & Thrive* au Bangladesh), mais une discussion et, en définitive, une vision partagée de ce que doit être un impact à grande échelle.

Deuxièmement, pour que l'élargissement d'un programme réussisse, ses concepteurs doivent adapter les caractéristiques des interventions à la dynamique du contexte, et reconnaître explicitement le besoin d'adaptation et de flexibilité dans le temps et l'espace. Dans ces expériences, l'accent a été mis sur les contextes – socio-économique, institutionnel, politique, culturel –, à différents niveaux, des ménages aux quartiers et au-delà. Les concepteurs ont cherché à porter à plus grande échelle les programmes avec des stratégies définies qui nécessitaient de dépasser les aspects purement quantitatifs. En effet, ce passage à grande échelle impliquait de revoir les aspects fonctionnels, organisationnels, voire politiques. Ces stratégies ont identifié des facteurs et des catalyseurs essentiels, parmi

lesquels des champions de la nutrition (tels Santiago Levy, le principal artisan du programme *Progres-Oportunidades* de lutte contre la pauvreté au Mexique). Elles ont également reconnu et anticipé des obstacles potentiels et développé des approches pour les contourner. À titre d'exemple, l'utilisation des médias par le projet *Alive and Thrive* au Bangladesh a été essentielle pour instaurer un environnement social propice à l'amélioration des comportements. La plupart des stratégies d'élargissement étaient fondées sur la nécessité de développer des capacités opérationnelles et stratégiques au fil du temps afin d'appuyer le renforcement, ainsi que sur le besoin d'un financement adéquat, stable et souple.

La gouvernance a également été une préoccupation centrale dans de nombreux programmes examinés. Des structures et des procédures s'imposent pour garantir la redevabilité et faciliter un suivi et une culture ouverts et transparents de l'apprentissage. L'examen a plaidé pour des recherches plus poussées et plus nombreuses sur le renforcement de l'impact sur la nutrition au moment où de nombreux pays cherchent à comprendre les tenants et aboutissants de la mise en œuvre de plans d'action. Il faut davantage d'apprentissage par l'expérience (comme avec les « récits de changement ») et un meilleur

partage des leçons par-delà les contextes et les pays.

Nombre de programmes de nutrition à grande échelle qui ont réussi par le passé contenaient la plupart des éléments de renforcement essentiels ci-dessus mentionnés. Ils se focalisaient généralement sur les interventions spécifiques à la nutrition, et pour cause. Mais aujourd'hui, il est impératif de se focaliser aussi sur le développement axé sur la nutrition, le rôle du leadership et des environnements politiques propices. Cela passera par un renforcement massif des capacités. Nous avons besoin d'un noyau de plus en plus large de champions de la nutrition, soutenus par des capacités organisationnelles renforcées. Certains pays ont réussi à créer et financer des institutions nationales fortes pour appuyer la mise en œuvre et le renforcement de la nutrition, dont les exemples les plus brillants sont l'Institut national de santé publique du Mexique, l'Institut de la nutrition de l'Université Mahidol en Thaïlande et le CIRMD, au Bangladesh, mais il reste encore beaucoup à faire. Ces dernières années, le « renforcement » est devenu le mantra du débat international sur la nutrition. Pour passer des paroles aux actes, et de la théorie à la pratique, il faut instaurer une culture de l'apprentissage permettant de partager et de mieux utiliser les leçons du passé.

Une fois que les pays auront établi leurs allocations budgétaires en faveur de la nutrition et vérifié les chiffres, nous proposons d'inviter ceux qui ont élaboré des plans de nutrition entièrement chiffrés à participer à un atelier au cours duquel ils pourront comparer leurs plans et allocations et entamer des discussions sur les déficits de financement et la façon de les combler. Cette étape devrait les aider à se positionner pour le sommet N4G 2016 de Rio.

CAPACITÉS

Un consensus relatif règne sur les actions à mener pour améliorer la nutrition à l'échelle mondiale, mais on en sait trop peu sur la manière de mettre en œuvre les bonnes combinaisons d'actions (spécifiques et contribuant à la nutrition) de façon équitable et à grande échelle dans des contextes différents. Comment réunir tous ces éléments à l'appui d'un impact durable ? L'Encadré 5.3 porte sur une analyse récente des succès de l'intensification et met en

lumière certains thèmes communs, notamment la nécessité de commencer avec la fin à l'esprit, de renforcer la volonté politique, d'anticiper les obstacles à l'intensification des actions nutritionnelles, et l'importance des champions pour créer l'espace et la dynamique nécessaires à l'intensification des actions.

INCITATIONS BASÉES SUR LES PERFORMANCES : PEUVENT-ELLES FONCTIONNER POUR LA NUTRITION ?

Ces dernières années, les États, les bailleurs de fonds, les groupes de réflexion et les ONG ont testé diverses incitations à améliorer la performance des programmes de développement. On peut citer notamment l'aide axée sur les résultats (DFID), le financement basé sur les résultats (Banque mondiale), et le paiement à la livraison (*Center for Global Development*),²³ dans le cadre desquels les institutions ou acteurs ne sont payés qu'après avoir

Une grande partie de ce travail a été réalisée dans les secteurs de la santé maternelle et infantile et de la protection sociale, mais on trouve aussi beaucoup d'exemples dans la nutrition. Des résultats prometteurs ont été enregistrés dans la réduction des taux d'insuffisance pondérale à la naissance (Argentine), l'augmentation de la fréquentation des cliniques de suivi de la croissance (Panama), et l'utilisation accrue des soins pré et post-nataux (notamment au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe) (Banque mondiale, 2011 ; Carpio, 2014 ; HRITF, 2014). L'ONG BRAC, au Bangladesh, a testé des incitations en espèces basées sur les performances des différents bénévoles de santé et de nutrition communautaires par rapport aux niveaux d'allaitement maternel exclusif, d'alimentation complémentaire et de lavage des mains.²⁴ Les résultats étaient prometteurs : la proportion de mères régulièrement visitées et conseillées par des bénévoles est passée de 18 % à 65 %, et le passage précoce à l'allaitement au sein de 15 % à 62 %.

L'approche a été depuis lors simplifiée : elle se focalise sur cinq indicateurs, et a été élargie à 232 sous-districts du pays, dans le cadre du programme de santé global de l'ONG BRAC.²⁵

De son côté, CARE India, à Bihar, teste un programme trimestriel basé sur le travail d'équipe consistant à fournir des incitations en nature (poêles, casseroles, ou autres articles ménagers) à tous les travailleurs de santé bénévoles de première ligne dans des organisations qui réalisent collectivement cinq ou plus des sept objectifs trimestriels. Les interactions entre ces travailleurs et les bénéficiaires ont montré des différences statistiquement significatives entre les zones de contrôle et les zones de traitement (cf.

Borkum et coll., 2014). Ces incitations ont entraîné une augmentation des conseils nutritionnels, une amélioration des pratiques de supplémentation alimentaire, et une augmentation de l'allaitement maternel exclusif au cours des premières 24 heures.

Les premières évaluations révèlent que ces types d'incitations produisent de meilleurs résultats, même s'il est plus question de santé maternelle et infantile que de nutrition. Toutefois, des informations supplémentaires sont nécessaires. Alors que les évaluations de ces interventions axées sur les incitations révèlent de fortes contradictions, les résultats n'ont pas encore été publiés dans des revues examinées par des pairs, tandis que le rapport coût-efficacité et la soutenabilité de ces approches n'ont pas encore été comparés aux approches plus traditionnelles. Ces déficits d'infor-

Les réussites documentées dans le domaine de la nutrition offrent nombre d'exemples de personnes, de groupes et d'organisations qui ont joué un rôle décisif à chaque étape du processus.

obtenu les résultats escomptés. L'hypothèse de base est que les progrès s'intensifient dès lors que les acteurs sont explicitement incités à parvenir à ces résultats, eux-mêmes vérifiés par un organisme externe. Parallèlement, des incitations peuvent être offertes au personnel, généralement au niveau du district ou de l'organisation, sur la base des résultats de prestation de services : c'est le modèle de nombreux projets de la Banque mondiale partiellement soutenus par leur Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats sanitaires). Les incitations financières sont fournies à titre de primes en supplément des salaires du personnel, généralement complétés par des fonds pour les installations afin de soutenir leurs priorités en matière d'amélioration des prestations de services au niveau local ou des activités de sensibilisation aux questions de santé.

mation importants doivent être comblés si les approches incitatives doivent être déployées à plus grande échelle.

LEADERSHIP

Les études de cas révèlent qu'un fort leadership est essentiel pour faire connaître et résoudre les problèmes complexes de santé publique allant du VIH/SIDA (Bor, 2007; Campbell, 2010) à la mortalité maternelle et néonatale (Shiffman et Smith, 2007 ; Shiffman, 2010 ; Fernandez et coll., 2014). Les réussites documentées dans le domaine de la nutrition offrent nombre d'exemples de personnes, de groupes et d'organisations qui ont joué un rôle décisif à chaque étape du processus de transformation des politiques en actions, de l'établissement du programme politique et l'élaboration de politiques efficaces (Pelletier et coll., 2011, 2013; Acosta et Haddad, 2014) à la mise en place de systèmes et organisations pour la mise en œuvre et le renforcement des capacités de première ligne (Pelletier et coll., 2011; Haddad et coll., 2014).

La nature de la nutrition, multicausale et exigeant une réponse multisectorielle, souvent invisible, longtemps négligée dans les politiques, exige certains types de leadership à tous les niveaux. Ces leaders doivent agir de façon stratégique à différents échelons (de l'exécutif aux premières lignes) et avoir la « capacité de négocier des accords, résoudre les conflits, bâtir des relations, affronter les défis récurrents et saisir les opportunités, et mener des activités de communication stratégique » (Pelletier et coll., 2011, 11). Une étude portant sur 89 leaders dans 4 pays (Bangladesh, Éthiopie, Inde et Kenya) a examiné les déplacements individuels et les motivations, capacités et compétences stratégiques des leaders identifiés à l'échelle nationale (Nisbett et coll., 2015). Les conclusions indiquent qu'il n'existe pas de formule unique : les meilleurs leaders sont ceux qui savent transcender les frontières, traduire les enseignements de disciplines ou de politiques dans différents secteurs ou pratiques, et s'adapter de façon stratégique à des réalités politiques ou bureaucratiques en constante évolution. Le leadership n'aurait donc pas grand-chose à voir avec la personne elle-même : le charisme et l'autorité peuvent être utiles, mais non indispensables. Il s'agit plutôt de savoir ce que vous faites – s'adapter, transcender les frontières, réfléchir aux politiques indépendamment du lieu où vous êtes – pour pousser les autres à vous suivre. Un certain nombre de ces leaders ont émergé naturellement, par exemple par leur exposition aux réalités de la malnutrition par des voies connexes comme la pédiatrie ou les secours en cas de catastrophe. D'autres sont apparus grâce à un

renforcement des capacités et des formations au sein de programmes tels que ceux mentionnés à l'Encadré 5.4. Il importe d'investir davantage dans ces programmes afin de créer une nouvelle génération de leaders de la nutrition bien armés, possédant non seulement des connaissances sur ce qui marche, mais sachant également convaincre les autres de leur valeur et de la façon de les mettre en œuvre.

La nutrition exige des formes spécifiques de leadership à tous les échelons.

Il est possible d'investir dans les futurs leaders et champions de la nutrition par d'autres moyens :

- appuyer les réseaux et le mentorat de leader à leader ;
- mettre en valeur le rôle des champions de la nutrition ;
- faire connaître les exemples à suivre et les enseignements en matière de nutrition ;
- renforcer certaines formes de leadership, redevabilité et activisme communautaires ;
- convaincre des dirigeants influents du gouvernement, du milieu universitaire, des médias, des entreprises et de la société civile de promouvoir la cause de la nutrition ;
- améliorer les programmes afin d'inclure à la fois les connaissances en nutrition, le perfectionnement des adultes et les capacités de leadership ;
- bâtir de meilleurs cadres de compétence, récompenses et incitations pour des groupes spécifiques de la population active dans le milieu de la nutrition.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Pour justifier les appels à une intensification des financements, les **États** et les **bailleurs de fonds** devraient continuer à investir de sorte à produire de meilleurs résultats nutritionnels avec les financements existants. Ils devraient également mettre en avant leurs efforts pour améliorer la qualité et l'efficacité des dépenses actuelles. Les **États** devraient continuer à documenter leurs dépenses en faveur de la nutrition et à collaborer avec des **chercheurs** pour estimer les coûts des stratégies de nutrition. Les **bailleurs de fonds** devraient déclarer leurs décaissements, et les **organisations de la société civile** continuer à exiger des budgets

ENCADRÉ 5.4 POUR UNE NOUVELLE GÉNÉRATION DE LEADERS DE LA NUTRITION

KATHLEEN M. RASMUSSEN, JOHANN JERLING ET JEF L. LEROY

Des leaders de la nutrition doivent s'imposer dans tous les secteurs d'activité – universités, entreprises, institutions gouvernementales et non gouvernementales – et à tous les niveaux de la hiérarchie – junior, milieu de carrière et senior. Les auteurs de cet encadré ont élaboré, dirigé ou participé à au moins un des trois grands programmes officiels de leadership spécifiques à la nutrition mis en œuvre dans le monde : *European Nutrition Leadership Platform* (ENLP), *Dannon Nutrition Leadership Institute* (DNL), et le Programme de leadership africain en nutrition (PLAN).¹ Nous décrivons ici ces trois programmes et tenterons de comprendre s'ils répondent à la nécessité mondiale de former des leaders en nutrition.

Les trois programmes de leadership, axés sur les professionnels en début et milieu de carrière, ne se focalisent pas sur les aspects techniques de la nutrition mais visent, entre autres, à développer les compétences de communication et interpersonnelles, à renforcer l'influence stratégique, à étudier le fonctionnement des équipes et des organisations et la façon dont elles peuvent être influencées, à développer des

réseaux professionnels, définir clairement les responsabilités de leadership et de gestion, et partager l'information sur la constitution des équipes, le plaidoyer et le leadership transformationnel dans un contexte plus large.

Ces programmes ont-ils une valeur ajoutée ? Aucun critère ne permet de comparer les résultats individuels et professionnels des diplômés de ces programmes et de ceux qui n'y ont pas participé. Il peut être difficile d'affirmer qu'ils ont transformé, séparément ou ensemble, la nutrition, ou de définir dans quelle mesure ils l'ont fait. Mais nous savons depuis toutes ces années que les diplômés de ces programmes utilisent le réseau des anciens élèves ou d'autres réseaux qu'ils ont bâtis pour leur soutien personnel et leur avancement professionnel au cours de leur carrière. Ces personnes affirment mieux gérer leur temps et concilier leurs nombreuses responsabilités personnelles et professionnelles.

En outre, même si cela n'a pas toujours été le cas au début, ces diplômés finissent toujours par se considérer comme de futurs leaders. Nombre d'entre

eux occupent aujourd'hui des postes de direction dans leurs disciplines professionnelles respectives, dans la nutrition et des organisations liées à la nutrition. Certains se sont consacrés à la recherche scientifique, d'autres contribuent à résoudre d'une autre manière les problèmes de nutrition à l'échelle mondiale. Si nous voulons véritablement résoudre les problèmes de nutrition, il faudra mobiliser les talents des leaders dotés de ces multiples compétences.

Avec seulement 100 participants engagés dans les trois principaux programmes chaque année, la plupart choisissant des carrières qui ne visent pas nécessairement à renforcer les actions pour réduire la sous-alimentation, il est difficile de générer une masse critique de leaders au sein d'une organisation, d'un pays ou d'une région. Si nous ne disposons d'aucune preuve scientifique pour étayer notre conclusion, nous soupçonnons néanmoins que les efforts actuellement déployés pour développer le leadership représentent un investissement insuffisant dans la capacité de leadership nécessaire pour renforcer l'action spécifique à la nutrition.

transparents. Les **États et les bailleurs de fonds** devraient collaborer davantage avec les **chercheurs** pour estimer les allocations budgétaires destinées à la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition.

1. **Les États et les bailleurs de fonds** devraient travailler plus étroitement avec les **chercheurs** pour évaluer les impacts et les coûts des différentes stratégies de mise en œuvre et d'intensification des actions en faveur de la nutrition. Ces estimations des impacts et coûts spécifiques pour les pays aideront les États à affiner leurs stratégies et à augmenter leurs chances d'accroître l'impact de leurs investissements sur l'état nutritionnel.
2. **Les États** devraient comparer les estimations actuelles de leurs allocations budgétaires en faveur de la nutrition avec des plans chiffrés en vue de réaliser en temps et en heure des estimations crédibles et transparentes des déficits de financement pour le Pacte de Rio 2016. Cela leur permettra de mieux aligner leurs ressources et leurs plans. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* vise à rendre compte des allocations budgétaires de plus de 30 pays en faveur de la nutrition.
3. Chaque année, les **bailleurs de fonds** devraient rendre compte à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* de leurs engagements et décaissements spécifiques à la nutrition et y contribuant. La disponibilité de ces don-

nées permettra de mieux orienter leurs actions et celles de leurs partenaires. L'incapacité des bailleurs de fonds à rendre compte de leurs avancées risque de miner à la fois leur redevabilité et leur crédibilité.

4. Les **organisations de la société civile** devraient continuer à exiger des États et des bailleurs de fonds des budgets transparents, et utiliser les données sur les allocations budgétaires pour plaider en faveur de dépenses nutritionnelles plus importantes et plus efficaces. La société civile est plus habilitée que nul autre à faire pression sur les États et les bailleurs de fonds afin que ceux-ci prennent des mesures tangibles et surveillent le décaissement effectif de ces ressources.
5. Compte tenu de l'insuffisance du suivi des dépenses sur l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition, les **États et les bailleurs de fonds** devraient collaborer plus étroitement avec **les chercheurs** pour estimer les coûts et surveiller les dépenses allouées aux stratégies de prévention et de lutte contre ces maladies. Ces estimations ne sont pas disponibles actuellement. Les États consacrent en moyenne 1 % à 2 % de leurs budgets à la nutrition, contre environ 4 % pour les bailleurs de fonds, un niveau beaucoup trop bas pour atteindre les cibles mondiales pour la nutrition d'ici 2025. Les **États** devraient donc, au minimum, doubler la part de leurs budgets allouée à l'amélioration de la nutrition. **Les dépenses des bailleurs de fonds** en faveur de la nutrition devraient plus que doubler elles aussi.
6. D'ici au sommet N4G de 2020 au Japon, les **États et les bailleurs de fonds** devraient avoir doublé leur part des dépenses consacrées aux mesures explicitement destinées à améliorer la nutrition. Des estimations précises des montants requis pour atteindre les cibles de l'AMS ne sont pas disponibles, mais les travaux préliminaires menés sur le retard de croissance par la Banque mondiale montrent que d'ici 2025, les États doivent au moins doubler leurs dépenses consacrées aux interventions nutritionnelles éprouvées et que les bailleurs de fonds doivent plus que quadrupler le financement de ces interventions. Par ailleurs, la marge d'augmentation de la part des dépenses des **États et des bailleurs de fonds** liées à la nutrition dans des secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, la santé, la protection sociale, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène est conséquente, puisque ces budgets sont très importants et les possibilités de solutions gagnant-gagnant nombreuses.
7. Un nombre plus important de **bailleurs de fonds** doit investir dans la nutrition. Les **13 bailleurs de fonds bilatéraux** qui consacrent actuellement moins de 1 million de dollars EU par an à la nutrition, d'après l'évaluation communiquée par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, devraient prendre de nouveaux engagements substantiels en faveur de la nutrition. Pour les bailleurs de fonds cherchant à maximiser l'impact humain et économique de leur fonds, la nutrition est un investissement à fort impact.



6

CHANGEMENT CLIMATIQUE ET NUTRITION

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Le changement climatique influe sur la nutrition de par son incidence sur la sécurité alimentaire des populations, la prévalence et le profil des maladies, les milieux hydriques et leur assainissement, et les choix des individus quant à la répartition du temps consacré aux activités de subsistance et aux soins. L'état nutritionnel et les choix alimentaires des populations influent à leur tour sur leurs capacités à s'adapter au changement climatique et à l'atténuer en réduisant les émissions de gaz à effet de serre.
2. Pour les groupes les plus démunis, les cycles saisonniers de la disponibilité des aliments, des infections et de l'optimisation du temps demeurent un défi de taille pour la sécurité nutritionnelle et autant d'indicateurs incontournables de la vulnérabilité des populations au risque climatique.
3. Différents régimes alimentaires engendrent des systèmes de production différents et ont différentes empreintes en termes d'émissions et de ressources. En moyenne, les régimes alimentaires riches en viande ont tendance à avoir des empreintes plus importantes. Les choix alimentaires qui sont bons pour la santé peuvent également être bons pour la planète.
4. Des pays commencent à intégrer une réflexion sur le changement climatique dans leurs programmes nutritionnels nationaux.
5. Le changement climatique et la nutrition ont des priorités communes. Une collaboration plus étroite entre ces deux communautés leur permettrait de poursuivre plus efficacement, ensemble ou séparément, un agenda commun.

AU VU DE SES EFFETS GÉNÉRALISÉS PRÉVISIBLES – ET DES RÉPERCUSSIONS QUI SE FONT DÉJÀ SENTIR – SUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES DU MONDE, LE CHANGEMENT CLIMATIQUE OCCUPE UNE PLACE MAJEURE DANS LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD) : PLUS PRÉCISÉMENT, L'ODD 13 APPELLE À « PRENDRE DES MESURES URGENTES POUR LUTTER CONTRE LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SES IMPACTS ». Parmi les nombreuses préoccupations liées au changement climatique, ses implications potentiellement graves pour l'agriculture et la sécurité alimentaire sont depuis longtemps reconnues (cf. par exemple, Bohle et coll. 1994).

En revanche, les liens entre le changement climatique et la nutrition sont beaucoup moins bien connus. Une vision plus claire de la façon dont le changement climatique affecte la nutrition, et vice versa, offrirait une opportunité d'utiliser les politiques et les programmes de manière mutuellement bénéfique pour l'adaptation au changement climatique et pour l'état nutritionnel.

Ce chapitre évalue l'impact du changement climatique en tant que risque pour la nutrition, mais également la mesure dans laquelle les choix nutritionnels peuvent contribuer à l'atténuation du changement climatique. Pour commencer, il examine la nature et les différents aspects des liens entre le changement climatique et la nutrition. En milieu rural, par exemple, un grand nombre de pauvres sont vulnérables aux variations saisonnières de l'approvisionnement alimentaire, des maladies et de l'utilisation du temps, qui montrent les effets potentiels du changement climatique sur la nutrition. Ce chapitre examine également les derniers éléments probants sur les différentes émissions de gaz à effet de serre résultant des choix alimentaires. Il propose enfin des recommandations sur la manière d'associer plus étroitement la nutrition et les analyses et actions relatives au climat, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

LES LIENS ENTRE LE CLIMAT ET LA NUTRITION

Une grande partie des données factuelles sur les liens entre le changement climatique et la santé est résumée par Watts et coll. (2015), dans une série récente publiée par *The Lancet*. Les éléments de preuve sur les interactions entre le climat et la nutrition, nettement moins nombreux, entrent largement dans deux catégories. Produite par les acteurs de la nutrition, la première catégorie est conceptuelle : elle identifie les liens entre changement climatique et sécurité alimentaire (par exemple, Lake et coll. 2012) et entre changement climatique et sous-alimentation (par exemple Tirado et coll. 2010a, b, 2013 ; Crahay et coll. 2010). Une grande partie de ces travaux explore les trajectoires entre le changement climatique et l'état nutritionnel, et entre l'état nutritionnel et

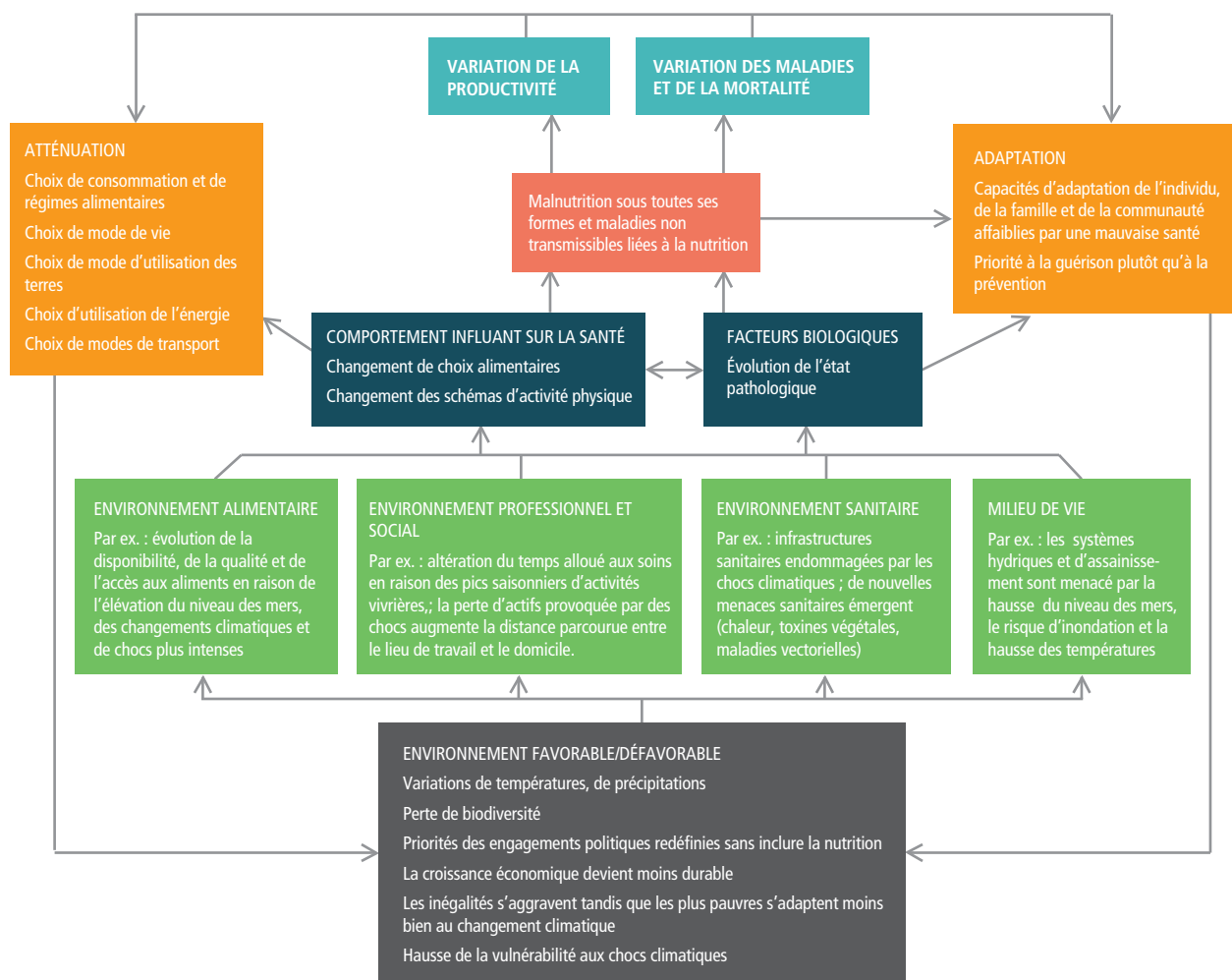
les capacités d'adaptation. La seconde catégorie concerne la façon dont la production alimentaire et les choix alimentaires se répercutent sur les émissions de gaz à effet de serre (citons par exemple, Tilman et Clark 2014, et McMichael et coll. 2007). Dans ce chapitre, nous aborderons ces deux aspects : comment le changement climatique affecte la malnutrition sous toutes ses formes, et comment les choix alimentaires affectent l'atténuation du changement climatique ?

Pour répondre à ces questions, nous intégrons le changement climatique dans le modèle conceptuel de la sous-alimentation de l'UNICEF de deux façons : tout d'abord, nous appliquons ce modèle à la malnutrition sous toutes ses formes, et non uniquement à la sous-alimentation. Deuxièmement, nous intégrons les répercussions du climat sur les facteurs nutritionnels par le biais de boucles de rétroaction à partir de l'adaptation au changement climatique et de l'atténuation de celui-ci (Figure 6.1).

Pour commencer, le changement climatique affecte l'environnement propice à la réduction de la malnutrition. Les changements constants, et parfois le manque de prévisibilité des précipitations et des températures, ont des répercussions sur les priorités politiques, la croissance économique et les inégalités, les populations les plus pauvres étant les plus vulnérables aux changements. Un environnement moins propice et moins favorable à la réduction de la malnutrition diminue l'efficacité des facteurs sous-jacents d'une nutrition améliorée. Par exemple, les changements météorologiques inattendus et parfois violents perturbent les environnements intermédiaires dont l'importance est capitale pour une bonne nutrition.

Dans l'environnement alimentaire, le climat affecte la consommation de la population en influant sur la disponibilité des aliments à l'échelle locale et mondiale (production, stockage), sur leur qualité (valeur nutritionnelle et sécurité alimentaire), sur l'accès à ceux-ci (politiques et prix du marché), et sur la façon dont le corps assimile les aliments. Il est depuis longtemps démontré que la pénurie alimentaire saisonnière (cf. Encadré 6.1) et les chocs climatiques (tels que les sécheresses) sont à court terme des facteurs de malnutrition, de morbidité, et en Afrique,

FIGURE 6.1 Liens conceptuels entre le changement climatique et la nutrition



Source: Auteurs.

de mortalité chez les populations vulnérables, en particulier les femmes et les petites filles.

Les modèles climatiques mondiaux suggèrent que d'ici 2050, le changement climatique provoquera des hausses supplémentaires de prix de 5 % à 25 % pour les cultures agricoles les plus importantes (riz, blé, maïs et soja), qui entraîneront à leur tour une hausse des prix de la viande (Nelson et coll. 2009). Cela s'explique par le fait que la hausse des températures devrait avoir un impact négatif sur la production agricole mondiale, impact qui pourrait néanmoins être partiellement contrebalancé par les effets du CO₂ (Lobell et coll. 2012). Si des efforts d'adaptation réels ne sont pas fournis, la capacité de production et les moyens de subsistance de la population seront gravement menacés. Si l'on en croit le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), l'absence d'adaptation entraînera une baisse de la production de blé, de riz et de maïs,

même en cas de hausses de températures locales inférieures à 2 °C (selon les scénarios les plus confiants).

La qualité des aliments devrait également être compromise. Par exemple, les niveaux probablement élevés d'émissions de CO₂ en 2050 sont associés à d'importantes diminutions de la teneur en zinc, en fer et en protéines du blé, du riz, des petits pois et du soja (Myers et coll. 2014). En outre, la sécurité alimentaire pourrait être compromise par le changement climatique. Les températures élevées et les phénomènes météorologiques extrêmes créent un environnement plus favorable aux agents pathogènes d'origine alimentaire tels le *Campylobacter* et la salmonelle (Tirado et coll. 2010a), qui réduisent la capacité d'absorption des nutriments.

Sur le plan de la santé, le climat joue un rôle important dans la transmission de nombreuses maladies humaines parasitaires, virales et bactériennes (telles que le paludisme, la

ENCADRÉ 6.1 IL EST TEMPS DE PRENDRE LES VARIATIONS SAISONNIÈRES AU SÉRIEUX

EMILY BIELECKI ET JERE HAAS

Malgré les avancées enregistrées sur le front du développement mondial ces 30 dernières années, l'état nutritionnel des mères, des nourrissons et des jeunes enfants varie encore considérablement en fonction des saisons.

Certains faits attestent l'effet des variations saisonnières sur la nutrition. Chez les femmes adultes, des variations saisonnières de 0,7 à 3,8 kg du poids corporel moyen ont été observées, avec une augmentation associée du nombre de femmes présentant un indice de masse corporel en baisse pendant la saison des pluies, recensée en Afrique et en Asie (Ferro-Luzzi et Branca 1993). Durant la saison des pluies, par rapport à la période sèche, post-récolte, il a été observé chez les femmes en âge de procréer, notamment les femmes enceintes et les femmes allaitantes, une réduction des apports en macro et micronutriments, une augmentation de la morbidité ainsi qu'une demande accrue de corvées agricoles (Prentice et Cole 1994). En Gambie, le nombre de nouveau-nés trop petits pour leur âge gestationnel atteignait son pic à la fin de la « saison de la faim » (30,6 %) avant de chuter progressivement à 12,9 % pendant la période de récolte. La période présentant le taux le plus élevé de nourrissons de petite taille pour leur âge gestationnel coïncide également avec le pourcentage le plus élevé de femmes enceintes victimes du paludisme, un facteur de risque connu en cas de poids de naissance insuffisant (Rayco-Solon et coll. 2005). Des études réalisées en Afrique et en Asie ont signalé des différences de plus de 100 grammes dans la moyenne des poids de naissance, et de près de 1 cm dans la taille à la naissance

durant la saison sèche, de post-récolte ; ces effets sont plus importants que ceux signalés dans de nombreux programmes de nutrition maternelle (Chodick et coll. 2009 ; Rao et coll. 2009).

Malgré les impacts nutritionnels considérables de la saisonnalité, les décideurs et les responsables de la mise en œuvre des programmes peuvent être relativement inconscients de ces effets en raison des données incomplètes. Les élites urbaines qui forment l'essentiel des stratégies de développement peuvent également ne pas avoir conscience de la saisonnalité, puisqu'eux-mêmes ont les moyens matériels de s'en protéger dans leur vie quotidienne (cf. préface de Robert Chambers dans Devereux et coll. 2011). L'importance accordée aujourd'hui à la mise à disposition de nombreuses enquêtes récurrentes et représentatives à l'échelle nationale pourrait également cacher involontairement des différences saisonnières. Quelles qu'en soient les raisons, cette absence d'intérêt est malavisée. En outre, les changements climatiques risquent de rendre les schémas saisonniers encore plus imprévisibles, voire de les accentuer, rendant ainsi plus impératif le devoir de veiller à l'instauration de réponses programmatiques susceptibles de réduire ces variations.

L'impact persistant des variations saisonnières sur la nutrition engendre d'importantes répercussions sur les stratégies et les programmes. En particulier, il requiert de veiller attentivement aux points suivants :

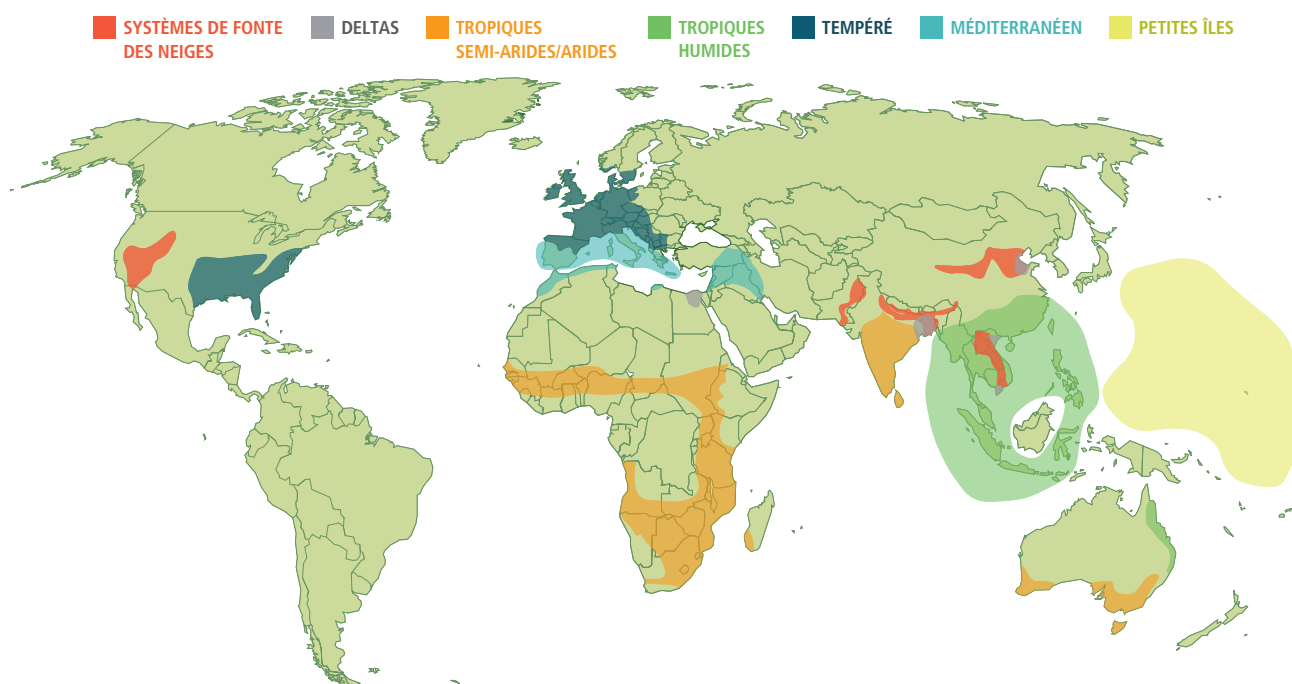
- **Accorder plus d'importance à la surveillance nutritionnelle.** Les nouvelles technologies ont créé des opportunités de mieux comprendre les variations

saisonniers (cf. Encadré 9.6 au Chapitre 9), et permettent aux chercheurs de rassembler et analyser des données spatiales et temporelles à moindre coût.

- **Accorder plus d'attention à la situation nutritionnelle des nourrissons au cours des 1000 premiers jours de vie et à celle des adolescentes.** Les adolescentes sont des vecteurs potentiels de l'état nutritionnel intergénérationnel. Les filles bien alimentées seront plus à même de résister aux chocs saisonniers lorsqu'elles tomberont enceintes, d'où l'importance capitale de considérer le parcours de vie dans les interventions.
- **Accorder une plus grande priorité aux interventions qui aident les ménages à gérer les variations saisonnières de la consommation, du revenu et de la maladie.** Les programmes de protection sociale sont conçus pour protéger les ménages de tout affaiblissement du capital humain lorsque surviennent des chocs, et constituent par conséquent un mécanisme raisonné d'introduction de volets supplémentaires spécifiques à la nutrition.

En règle générale, toutes les stratégies et programmes nutritionnels doivent veiller attentivement à préserver l'équilibre entre l'état nutritionnel de la mère, son travail et le temps à sa disposition pour prodiguer des soins adéquats à ses enfants – un équilibre qu'il sera encore plus difficile à préserver en raison de la variabilité saisonnière et, fort probablement, des solutions imaginées à la hâte pour y faire face.

FIGURE 6.2 Principaux systèmes agricoles de gestion des eaux susceptibles de subir les effets du changement climatique



Source: Turrall et coll. (2011).

dengue et le choléra, respectivement). Les précipitations et les températures déterminent les répartitions spatiales et saisonnières de ces maladies, accroissent la variabilité interannuelle, y compris les épidémies, et ont des répercussions sur les tendances à long terme (Kelly-Hope et Thomson 2008). Le réchauffement observé dans les hauts plateaux d'Afrique de l'Est, et clairement associé aux processus climatiques planétaires, pourrait déjà modifier la dynamique de la transmission du paludisme à l'échelle locale (Omumbo et coll. 2011). Une modification de l'éventail des maladies du bétail et des plantes devrait également survenir. Les chocs climatiques, tels que les cyclones et les inondations, peuvent avoir des répercussions directes sur la prestation des services de santé et l'accès de la population à ces services en endommageant les équipements et les infrastructures de transport.

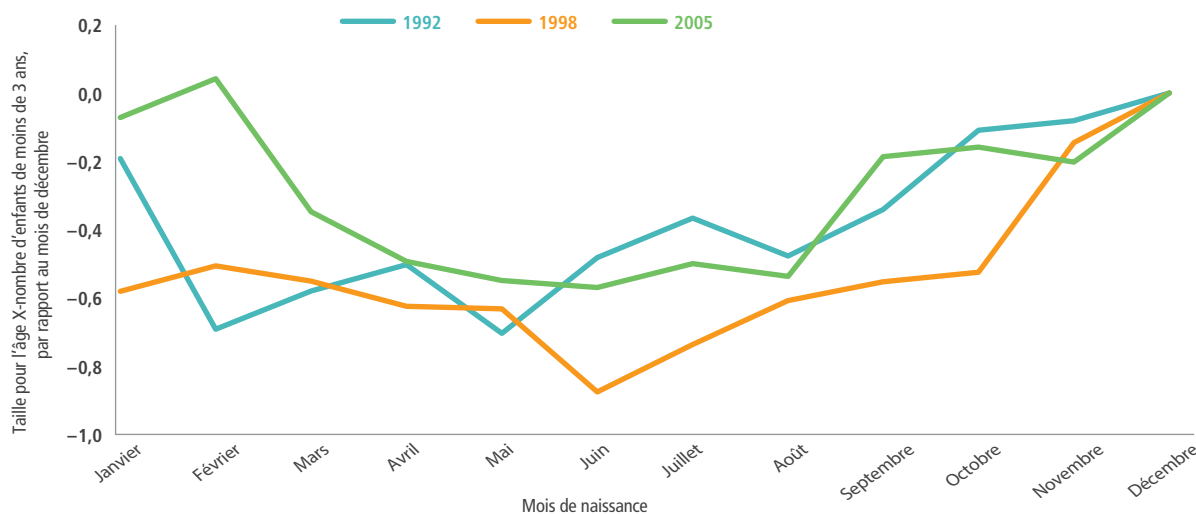
Dans l'environnement socioprofessionnel, les modèles économiques suggèrent que le changement climatique modifiera de manière significative le temps consacré par les populations à des activités exposées au risque climatique telles que l'agriculture (Zivin et Neidell 2014 ; Ulrich et coll. 2015). De surcroît, on sait que les systèmes agricoles influent sur le temps consacré aux enfants, ce qui à son tour peut compromettre l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans (Paolisso et coll. 2002).

En ce qui concerne le milieu de vie, des preuves irréfutables indiquent que le changement climatique entraîne un

assèchement à long terme dans certaines régions, notamment dans quelques parties du croissant fertile de l'Afrique du Nord, dont les conséquences sociales et politiques sont innombrables (Kelley et coll. 2015). L'assèchement constitue une menace pour la quantité et la qualité de l'eau disponible pour l'irrigation (production alimentaire), la production d'énergie (transformation des aliments), et la consommation humaine (hygiène, cuisine et consommation). La Figure 6.2 montre les principaux systèmes de distribution de l'eau destinés à l'agriculture qui sont susceptibles d'être compromis par le changement climatique (Turrall et coll. 2011). D'autres enjeux se profilent également autour de la disponibilité de l'eau destinée à la consommation humaine, notamment une salinité accrue des sources côtières d'eau potable, qui influe sur la santé maternelle.

Comment tous ces phénomènes contribuent-ils à modifier l'état nutritionnel ? Ces changements perturbent les comportements sanitaires et l'état biologique, provoquent des maladies, une baisse de la productivité, et une hausse de la mortalité. Cette situation limite les capacités d'adaptation des individus et des communautés au changement climatique et les contraint à faire des choix à court terme sur la consommation alimentaire, les moyens de subsistance, l'utilisation des terres, l'eau, la consommation énergétique et le transport, ce qui entrave l'atténuation efficace du changement climatique. Dans une boucle de rétroaction,

FIGURE 6.3 Variation du retard de croissance en fonction du mois de naissance chez les enfants de moins de 3 ans, en Inde



Source: Adapté des résultats de Lokshin et Radyakin (2012).

Note: Les données proviennent de trois séries d'enquêtes nationales auprès des familles et concernent les foyers avec deux enfants ou plus, âgés de moins de 3 ans. Hiver = décembre-mars ; été= avril-juin ; mousson = juillet-septembre ; automne = octobre-novembre.

la diminution des capacités d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de celui-ci trouble davantage l'environnement propice à la réduction de la malnutrition.

En effet, l'augmentation potentielle du retard de croissance chez l'enfant, anticipée en raison de l'évolution à long terme du climat, sera considérable. Dans toutes les régions où le retard de croissance est déjà sévère, Lloyd et coll. (2011) ont estimé que le changement climatique entraînera une augmentation de 30 % à 50 % du retard de croissance d'ici 2050 (précisément imputable à la réduction de la production agricole) par rapport à un scénario n'impliquant aucun changement climatique supplémentaire. La hausse des températures aggrave également le risque de morbidité et de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires et respiratoires, et à d'autres maladies non transmissibles (Friel et coll. 2011), en particulier chez les populations plus âgées et en surpoids (Kenny et coll. 2010).

VARIATIONS SAISONNIÈRES ET SOUS-ALIMENTATION

Les variations saisonnières ont des effets médiateurs importants sur le changement climatique et l'état nutritionnel. En général, la vulnérabilité de la population aux variations saisonnières constitue un bon indicateur de son extrême vulnérabilité aux risques climatiques. Cela provient du fait que les régimes climatiques jouent un

rôle essentiel dans la formation des écosystèmes naturels, et notamment des saisons. Cependant, les variations saisonnières sont également un facteur de sous-alimentation, en particulier chez les communautés rurales les plus pauvres, où les cycles saisonniers de la consommation alimentaire, la disponibilité des micronutriments (Jiang et coll. 2005), les maladies infectieuses (Kelly-Hope et Thomson 2008), et le comportement humain (Devereux et coll. 2011) sont le plus distinctement observés. Cette vulnérabilité est particulièrement marquée dans les régions où les pluies sont fortement saisonnières et constituent, plus que l'irrigation, la principale source d'eau pour l'agriculture. La période séparant la plantation de la récolte y est généralement qualifiée de « saison de la faim ». L'Encadré 6.1 résume d'autres constats relatifs à l'impact des variations saisonnières sur les facteurs et les résultats de la nutrition, et identifie quelques-unes de leurs retombées sur les programmes.

Les variations saisonnières peuvent avoir des effets importants sur l'état nutritionnel de la population. La taille des jeunes enfants en Inde, par exemple, varie considérablement en fonction de leur mois de naissance (Figure 6.3). Par rapport aux enfants nés en décembre, ceux qui naissent en été et pendant la mousson (avril à septembre) ont une taille nettement inférieure pour leur âge.

Au Bangladesh, les inondations extrêmes, provoquées en partie par les variations à l'échelle planétaire des températures à la surface de la mer (telles que El Niño), influent

ENCADRÉ 6.2 BANGLADESH : LE RIZ AU CARREFOUR DU CLIMAT ET DE LA NUTRITION

MADELEINE THOMSON

Le riz est essentiel à la sécurité alimentaire et à la nutrition de plus la moitié de la population mondiale. En tant que denrée « stratégique » dans de nombreux pays asiatiques, le riz est soumis à un large éventail d'interventions et de contrôles gouvernementaux. La production de riz est par ailleurs hautement sensible au climat. Selon certaines études, les températures minimales et maximales plus élevées que le niveau optimal auraient diminué les rendements du riz en laboratoire et dans les champs, rendant cette culture hautement vulnérable aux températures élevées prévisibles sous l'effet du réchauffement climatique (Welch et coll. 2010). La production de riz est également sensible à la sécheresse et aux inondations sévères, comme l'illustrent les chiffres sur le Bangladesh (Figure 6.4).

Le Bangladesh est un pays rizicole, et plus de 70 % des calories consommées par les Bangladais ruraux proviennent du riz (Torlesse et coll. 2003). Si le phénomène saisonnier des fortes crues est essentiel au système agricole de la production de riz, des inondations importantes peuvent

causer des pertes considérables. Lorsque les récoltes de riz chutent en raison d'inondations sévères dans la saison de la variété Aman ou d'une sécheresse régionale dans la saison de la variété Boro, le Bangladesh réagit en important des pays voisins et en augmentant sa production la saison suivante. Toutefois, ces transitions ne se font pas en douceur, elles se conjuguent aux chocs régionaux et mondiaux et peuvent déclencher des hausses rapides des cours du riz, dommageables pour les consommateurs (Golam Rabbani Mondal et coll. 2010). À leur tour, les cours du riz ont un impact direct sur la nutrition des enfants. Les études montrent que la hausse du prix du riz résultant de chocs de production est étroitement liée à une chute de la consommation de produits autres que le riz (qui tendent à avoir une densité plus élevée de micronutriments) et à une augmentation du nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale (Torlesse et coll. 2003). La Figure 6.5 révèle la forte association entre le cours local du riz au Bangladesh et l'insuffisance pondérale chez les enfants

de moins de 5 ans, après que des tendances à long terme ont été supprimées.

Pour le Bangladesh, le lien inextricable entre le climat et la nutrition fait l'objet de nombreuses analyses et interventions. Il est donc vital de mieux comprendre la relation entre les températures mondiales de la surface des mers et les crues des rivières locales. Cela permettrait au pays de mettre au point des systèmes d'alerte précoce pour alerter la communauté médicale sur les éventuels problèmes nutritionnels avant qu'ils n'émergent, comme cela a été fait pour le paludisme (Thomson et coll. 2006). Des systèmes de ce type sont plus utiles s'ils sont intégrés à des efforts globaux en vue : 1) de mettre au point des interventions destinées à alléger les fléaux actuels des maladies, 2) de promouvoir une approche globale de la gestion du risque climatique, et 3) d'appuyer les programmes internationaux et régionaux de recherche appliquée ainsi que les recherches ciblées sur les maladies et les groupes de population hautement prioritaires (Campbell-Lendrum et coll. 2015).

sur la production et les prix du riz, ainsi que sur la nutrition infantile. La production de riz *Aman* augmente avec l'ampleur de la crue annuelle jusqu'à un point optimal, au-delà duquel une crue excessive endommage la récolte (Figure 6.4). Les inondations extrêmes provoquent également une hausse des prix du riz, entraînant des augmentations importantes de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans (Figure 6.5 et Encadré 6.2).

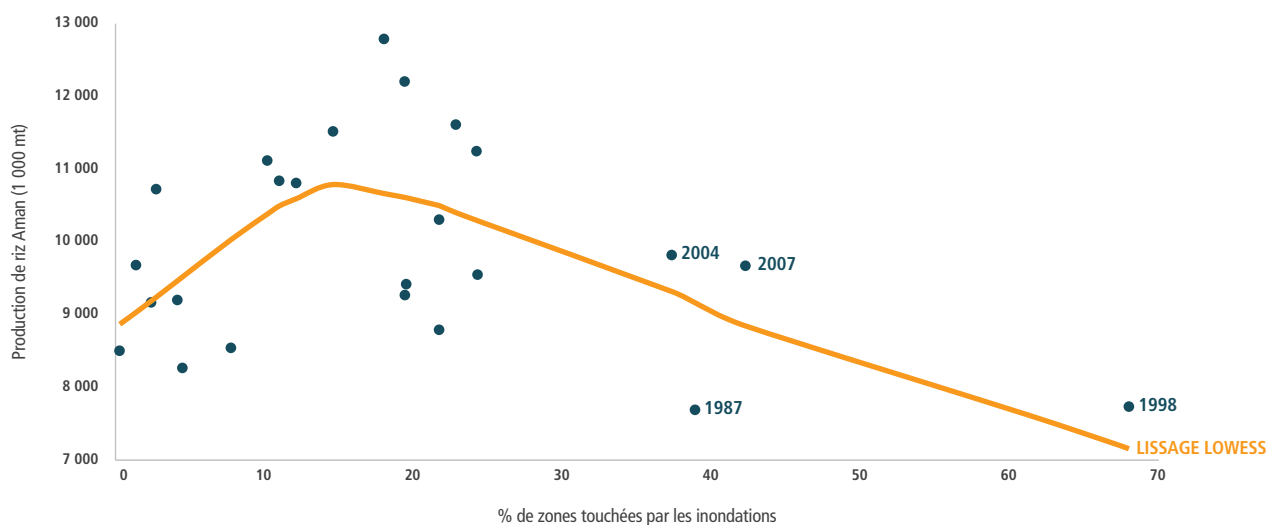
Compte tenu de l'influence du mois de naissance des enfants sur leurs résultats nutritionnels, il serait opportun de porter une attention particulière aux variations saisonnières dans l'évaluation, la programmation et les politiques en matière de nutrition, et ce, même en l'absence de changement climatique. Les incertitudes liées au changement climatique rendent cela encore plus nécessaire. Si l'état nutritionnel et les programmes qui s'y consacrent ne

tiennent pas suffisamment compte des variations saisonnières, leurs composantes à l'épreuve du climat auront peu de chance d'être efficaces.

ALIMENTATION RICHE EN VIANDE ET CHANGEMENT CLIMATIQUE

Les « aliments d'origine animale » tels que la viande, le poisson, la volaille, le lait et les œufs apportent des protéines et une grande variété de micronutriments essentiels (fer, zinc, vitamine A, riboflavine et vitamines B6 et B12) qui, pour certains groupes d'âge dans certains environnements, sont difficiles à obtenir en quantité suffisante à partir d'aliments d'origine exclusivement végétale (Allen 2014 ; Dewey et Adu-Afarwal 2008 ; Murphy et Allen

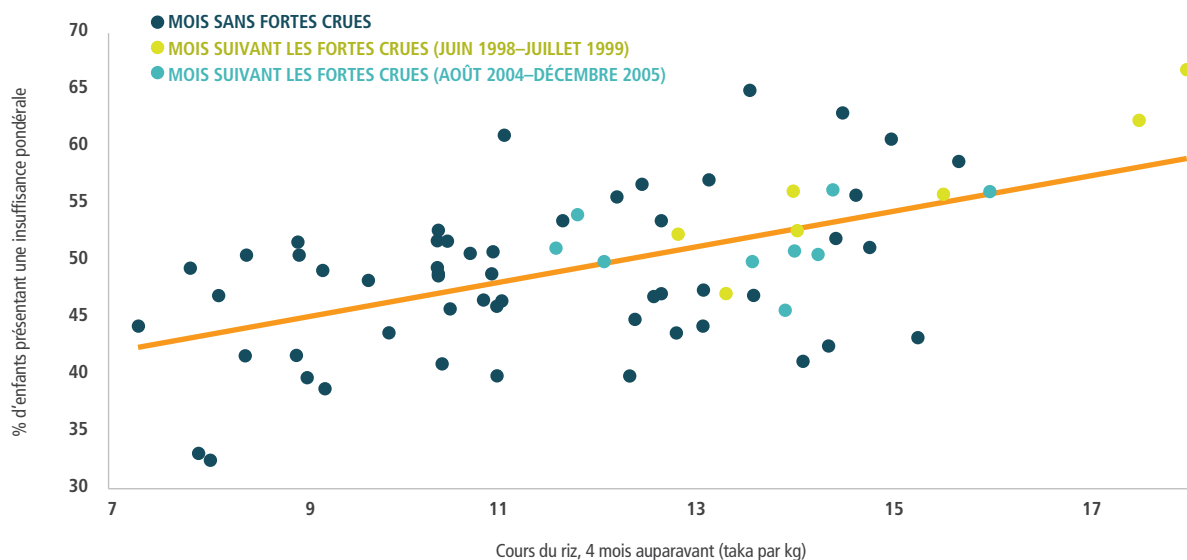
FIGURE 6.4 Production de riz et ampleur des inondations au Bangladesh



Source: Auteurs, à partir de données du Bangladesh Flood Forecasting and Water Centre, <http://www.ffwc.gov.bd/>.

Note: Le lissage Lowess est une méthode de lissage des données de régression locale. Chaque valeur lissée est déterminée par les points de voisinage dans un rayon défini. Entre 1984 et 2012, les quatre années de fortes crues exprimées dans les chiffres suivent toutes les périodes d'El Niño, rendant les risques d'inondations potentiellement prévisibles.

FIGURE 6.5 Cours du riz et taux d'insuffisance pondérale chez les enfants au Bangladesh



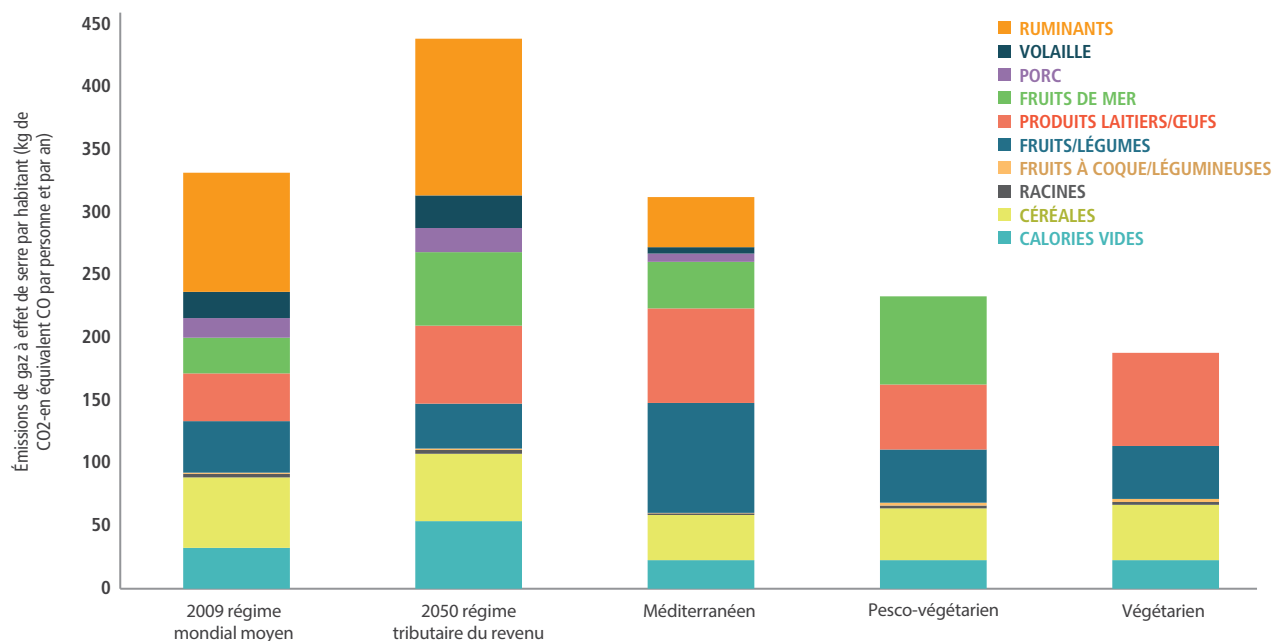
Source : Auteurs, d'après les données de Helen Keller International, Bangladesh, pour 1990–2006.

Note : Le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale et les cours du riz sont dépouillés de leur tendance. Les cours après les années 1998 et 2004 présentant de fortes crues sont indiqués ainsi : $R^2 = 0,555$; $n = 70$; valeur $p = 0$.

2003). En petite quantité, la viande contribue donc à une alimentation nutritive, en particulier pour les nourrissons exposés au risque de sous-alimentation (Dror et Allen 2011). L'élevage représente également une part impor-

tante des moyens de subsistance de nombreux petits exploitants agricoles ; il leur fournit un revenu pour investir dans l'éducation et la santé, ce qui leur permet d'améliorer indirectement l'état nutritionnel (Smith et coll. 2014).

FIGURE 6.6 Effets du type de régime alimentaire sur les émissions de gaz à effet de serre



Source: Tilman et Clark (2014, Figure 4.1). Reproduit avec autorisation

Cependant, durant la transition nutritionnelle (Popkin 2011), les régimes alimentaires à travers le monde ont évolué pour inclure de grandes quantités de viande. Entre 1961 et 2009, l'apport mondial d'aliments d'origine animale disponibles est passé de 118 à 164 kilogrammes par personne. La viande (principalement la volaille, le porc et le bœuf) a représenté la plus grosse part de cette augmentation, et la consommation de viande a fait un bond de 82 %, passant de 23 à 42 kilogrammes par personne et par an, durant cette période (Keats et Wiggins 2014). Les régimes alimentaires riches en viande rouge, notamment le bœuf et l'agneau, ont été classés comme facteurs de risque pour les maladies non transmissibles liées à la nutrition (Woodcock et coll. 2007 ; WCRF 2007 ; Pan et coll. 2012).

Cette évolution vers des régimes alimentaires très riches en viande est également associée à des coûts environnementaux élevés. Les régimes alimentaires plus riches en viande sont associés à une augmentation des émissions de gaz à effet de serre. La Figure 6.6 montre que, par rapport à l'alimentation moyenne mondiale en 2009, les régimes moins riches en viande produisent moins d'émissions.

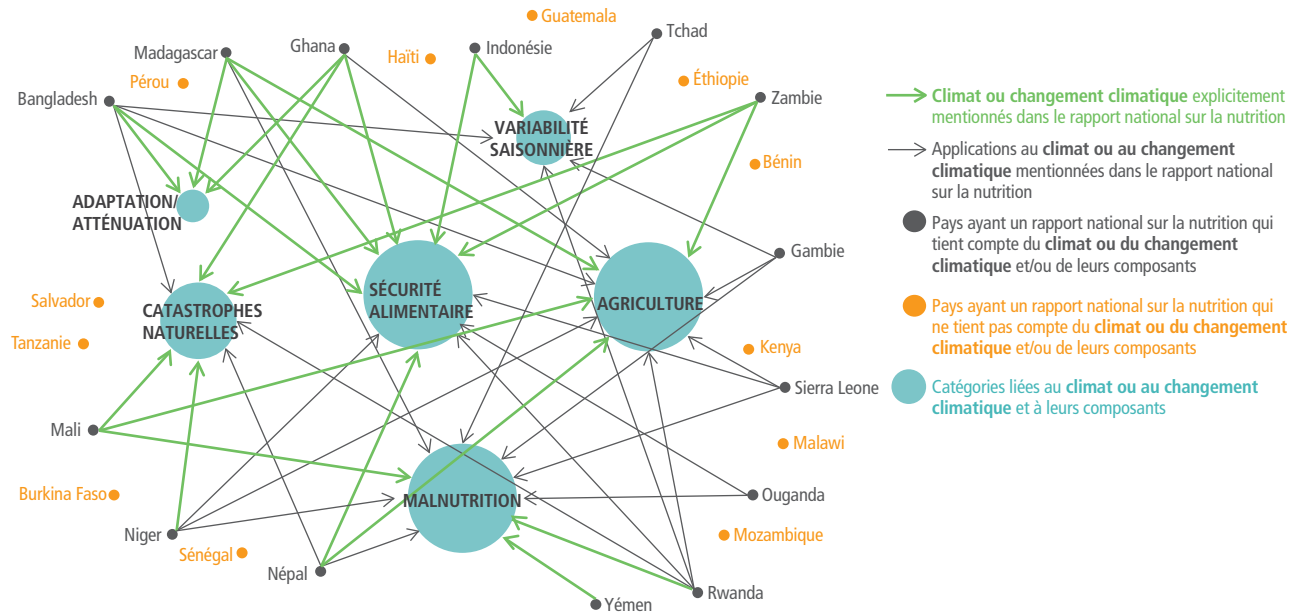
Bien que tous les types de bétail contribuent directement et indirectement aux émissions de gaz à effet de serre qui ont une incidence sur le changement climatique, les impacts sont plus importants chez les ruminants, notamment les vaches et les moutons. Les dépôts de fumier et d'urine animale dégagent du méthane et de l'oxyde nitreux, et les ruminants produisent d'importantes émissions supplémentaires de méthane à travers la fermentation entérique. La

production d'aliments pour animaux entraîne également des émissions d'oxyde nitreux, tandis que la déforestation et d'autres formes de défrichage des terres destinées au pâturage ou à la culture des aliments pour animaux provoquent des rejets de CO₂. Par unité de produits comestibles d'origine animale, les systèmes industrialisés ont tendance à produire moins d'émissions de gaz à effet de serre que les systèmes extensifs, mais ils engendrent d'autres préoccupations environnementales et sociétales, parmi lesquelles une consommation d'eau plus importante, une pollution ponctuelle plus élevée, un recours plus fréquent aux antibiotiques (à l'origine de problèmes de résistance aux antibiotiques), et un lien potentiellement plus important avec les épidémies de maladies zoonotiques (Garnett 2011).

Réduire les productions animales de tous types, et en particulier la part des ruminants, contribuerait à fortement limiter les émissions de gaz à effet de serre, mais une telle démarche devra être accompagnée de mesures visant à réduire la demande des consommateurs. Les populations à très faible niveau de revenu augmentent leur demande de protéines et de graisses d'origine animale dès lors que leurs revenus augmentent, même marginalement (Kearney 2010). Les efforts pour maîtriser la production ont donc peu de chances d'être efficaces à moins de s'attaquer également aux facteurs réglementaires, fiscaux, contextuels et socioculturels de la demande.

Une étape importante de la formation des habitudes de consommation consiste, pour les recommandations nutritionnelles nationales, à préconiser aux plus grands groupes

FIGURE 6.7 Quels pays ont intégré le climat ou le changement climatique dans leurs programmes nationaux de nutrition et comment ?



Source: Auteurs, sur la base de données du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN).

consommateurs une réduction de leur consommation de viande rouge. Le Conseil de santé des Pays-Bas et l'Agence nationale suédoise de l'alimentation, par exemple, sont des précurseurs en la matière (Conseil de santé des Pays-Bas 2011 ; Agence nationale suédoise de l'alimentation 2015). Les recommandations nutritionnelles brésiliennes comprennent également une discussion sur les questions environnementales et préconisent une modération de la consommation de viande, afin d'obtenir des effets bénéfiques tant sur l'environnement que sur la santé (ministère brésilien de la Santé, 2014). Pour l'élaboration des directives nutritionnelles de 2015 aux États-Unis, un comité consultatif a produit un rapport qui formule des recommandations alimentaires non seulement meilleures pour la santé, mais aussi porteuses de moins d'impacts sur l'environnement. Il s'agit notamment de consommer moins de produits d'origine animale (Office américain de prévention des maladies et de promotion de la santé, 2015).

Quelle quantité optimale de viande doit être produite et consommée pour optimiser l'état nutritionnel et réduire les émissions de gaz à effet de serre ? Il n'existe manifestement pas de réponse universelle ; la réponse sera spécifique à chaque pays (et chaque groupe). Néanmoins, plus les milieux de la nutrition et du climat conjugueront leurs efforts pour freiner la consommation de viande, plus ils réussiront à faire progresser leurs priorités communes.

Ces groupes doivent développer des typologies de pays stratifiées, par exemple, en fonction du niveau actuel de consommation de viande, de la dépendance vis-à-vis des ruminants pour la subsistance, et de l'intensité des émissions de gaz à effet de serre provenant des systèmes d'élevage, afin d'amorcer l'exploration du potentiel de ces programmes d'action communs en vue de les développer et de les poursuivre.

LE CLIMAT DANS LES PROGRAMMES NUTRITIONNELS NATIONAUX

Dans quelle mesure les programmes nutritionnels nationaux tiennent-ils compte de la variabilité et du changement climatique ? Au moment de la rédaction de ce rapport (mars 2015), sur les 26 pays membres du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) disposant de documents complets en anglais sur leur stratégie nutritionnelle nationale, 10 mentionnent explicitement le « climat » ou le « changement climatique ». Dans les stratégies, le changement climatique est lié à six catégories directement concernées : l'agriculture, la sécurité alimentaire, la malnutrition, les catastrophes naturelles (telles les inondations et les sécheresses), la variabilité saisonnière, et l'adaptation/atténuation (Figure 6.7). Quatre autres pays font allusion au climat en se référant à certaines de

ses composantes (précipitations, température et variations saisonnières). Douze pays n'y font aucune allusion. De plus, une série de huit études de cas relatives à la prise en compte de la nutrition dans l'agriculture et les politiques alimentaires des pays, commanditée par le Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition, a constaté que cinq pays sur les huit étudiés faisaient référence au changement climatique dans certaines de leurs politiques alimentaires, agricoles ou nutritionnelles (Fanzo et coll. 2013). Ce taux est encourageant, et il serait utile pour d'autres pays (tant les membres du Mouvement SUN que les autres) d'inclure dans leurs programmes nutritionnels les facteurs d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de celui-ci.

ACTIONS RECOMMANDÉES

D'ici la Conférence des parties à la convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP21) de novembre 2016, **les parties prenantes au changement climatique et à la nutrition** devraient forger des alliances pour atteindre des objectifs communs. Le **Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC)** devrait mettre sur pied un groupe d'experts en nutrition, santé et climat en vue d'évaluer les travaux sur le climat et la nutrition et de définir de nouveaux programmes de recherche et de politiques. Les **pouvoirs publics** devraient intégrer explicitement le changement climatique dans leurs stratégies nationales de nutrition et de santé. Tandis que la **société civile** devrait utiliser les réseaux existants pour forger des alliances entre le secteur du changement climatique et celui de la nutrition afin de

plaider en faveur de la nutrition à la COP21 et à l'occasion d'autres événements et processus de pointe axés sur le changement climatique.

1. **Les pouvoirs publics** devraient intégrer plus explicitement le changement climatique dans les stratégies nutritionnelles nationales, nouvelles et existantes. Les évaluations des politiques nutritionnelles montrent que de nombreux pays ne le font pas encore.
2. Le **GIEC** devrait créer un sous-groupe de la nutrition pour faire en sorte que les responsables des questions climatiques s'inspirent des interactions entre le changement climatique et la nutrition ainsi que de l'adaptation des communautés. Les quatre agences-clés des Nations Unies — FAO, UNICEF, Programme alimentaire mondial (PAM), et OMS — devraient s'entendre avec le GIEC pour qu'il admette leurs experts en nutrition au sein de ses Groupes de travail II (vulnérabilité au changement climatique) et III (options pour l'atténuation), en vue d'une contribution commune et constructive au prochain rapport d'évaluation du GIEC, dont la publication est prévue d'ici quatre à cinq ans.
3. **La société civile** devrait prendre l'initiative d'alliances forgées autour du changement climatique et de la nutrition afin d'identifier de nouvelles actions possibles sur ces deux fronts. Les groupes de la société civile devraient ensuite présenter ces nouvelles possibilités d'action dans le cadre de réunions en marge de la COP 22, qui se tiendra à Marrakech en 2016. Les groupes de la société civile préoccupés par la nutrition devraient inclure le changement climatique dans leurs propres activités.



7 INDICATEURS DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES DURABLES ET SOUCIEUX DE LA NUTRITION

COMME NOUS L'AVONS VU DANS LE CHAPITRE PRÉCÉDENT, LES SYSTÈMES ALIMENTAIRES FONT LA JONCTION ENTRE L'AGRICULTURE, LA VIABILITÉ ENVIRONNEMENTALE ET LA NUTRITION. Depuis la publication du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, on observe un regain d'intérêt pour les systèmes alimentaires et leur

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. La prévalence croissante de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à la nutrition dans le contexte d'une sous-alimentation persistante renvoie plus que jamais au rôle central des systèmes alimentaires dans la contribution aux résultats nutritionnels.
2. Les indicateurs de résultats des systèmes alimentaires peuvent permettre de classer les systèmes alimentaires nationaux par types.
3. L'élaboration d'indicateurs de résultats des systèmes alimentaires peut aider les décideurs à prendre des décisions plus avisées pour établir des systèmes alimentaires soucieux de la nutrition et durables, tout en aidant les citoyens à responsabiliser leurs gouvernements face à leurs choix politiques. Nous proposons ici, à titre d'exemple, un tableau de bord de 10 indicateurs.
4. L'absence ou l'insuffisance de données pose un réel défi quant à la responsabilité des systèmes alimentaires en matière de nutrition et de durabilité.
5. Les décisions visant à améliorer les systèmes alimentaires dépendent non seulement de considérations techniques mais également de l'économie politique des systèmes alimentaires.

ENCADRÉ 7.1 ÉLABORATION D'UNE TYPOLOGIE DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES

RACHEL NUGENT, CAROL LEVIN ET DANIEL GRAFTON

Pour définir une typologie des systèmes alimentaires, nous avons tout d'abord sélectionné dans la documentation disponible les indicateurs correspondant aux intrants et processus identifiés dans le cadre logique. Afin d'éviter toute circularité, nous n'avons pas utilisé d'indicateurs de résultats pour définir les systèmes alimentaires. Deuxièmement, nous avons identifié les indicateurs les plus aptes à mesurer les intrants et processus spécifiques. Troisièmement, nous avons éliminé les indicateurs étroitement corrélés les uns aux autres en faveur de ceux possédant le

plus grand nombre d'observations faites par les pays. Quatrièmement, nous avons défini des quartiles pour chacun des indicateurs et attribué des valeurs aux quartiles de chaque indicateur pour chaque pays. Cinquièmement, sur la base de ces valeurs de quartiles, nous avons classé 215 pays par ordre croissant ou décroissant en fonction de la valeur de l'indicateur, en employant le moins d'indicateurs possibles pour des questions de simplicité. Enfin, nous avons éliminé les pays pour lesquels deux des trois indicateurs¹ les plus influents manquaient, pour arriver à une

liste finale de 150 pays dotés de données relativement complètes. Nous avons précisé qu'au moins un des indicateurs doit provenir de chacun des cinq domaines qui, selon la documentation disponible, caractérisent les systèmes alimentaires : productivité, diversité de la chaîne d'approvisionnement, abordabilité, proportion des ressources naturelles utilisées et composition de la population qui en est tributaire. Cinq groupes de pays ont ainsi été constitués, définis par les sept indicateurs du Tableau 7.1.

contribution à la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes. La Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) de novembre 2014 a notamment exploré en profondeur cette question, comme l'ont fait plusieurs rapports récents.¹

La question abordée ici consiste à établir comment les États et autres acteurs du secteur peuvent être amenés à rendre compte des impacts de leurs décisions en matière de systèmes alimentaires sur la nutrition et la durabilité. Ainsi, les États doivent-ils être capables de mesurer et d'assurer le suivi des impacts de leurs politiques en la matière. Les indicateurs, quand ils sont adaptés, peuvent aider à établir si un pays est en bonne ou mauvaise voie de réaliser ses objectifs nutritionnels et de durabilité, voire suggérer un changement de cap en mettant en exergue ce qui marche dans d'autres pays.

La complexité des systèmes alimentaires rend ce processus plus ardu. Les systèmes alimentaires impliquent des individus qui prennent à chaque étape des décisions sur la manière de convertir des ressources naturelles en aliments, dans le but de préserver la vie humaine. Ces étapes, « de la ferme à la poubelle, » comprennent la culture, la récolte, la transformation, l'emballage, la distribution, la commercialisation, le négoce, la consommation et l'élimination des déchets.² Le système alimentaire intègre à la fois la dynamique de l'offre (impliquant des chaînes d'approvisionnement sophistiquées et complexes, et d'autres plus courtes

et plus simples) et de la demande (ce que les individus ont les moyens d'acheter et les choix qu'ils opèrent).

Chaque partie prenante possède sa propre vision des caractéristiques d'un système alimentaire sain et durable. Ainsi, pour les individus préoccupés par la sécurité alimentaire, un système alimentaire sain et durable permet d'éradiquer la faim. Pour les défenseurs de la nutrition et de la santé publique, il doit favoriser une bonne alimentation et prémunir contre les maladies. Pour les individus soucieux de la viabilité à long terme des ressources naturelles, il n'épuise pas les ressources en eau et terrestres et n'altère pas la qualité de l'air. Pour les exploitants agricoles, il récompense équitablement leurs efforts et leur transmet des signaux précis du marché pour choisir les bonnes options de production et d'investissement. Pour les personnes inquiètes du pouvoir de la grande industrie agroalimentaire, les systèmes alimentaires sains et durables réglementent et contrôlent les produits qui parviennent aux consommateurs, en particulier aux enfants.

Manifestement, il n'existe pas un modèle unique de système alimentaire sain et durable, mais tous les acteurs s'accorderont sur plusieurs de ses caractéristiques essentielles : un niveau réduit de malnutrition au sein de la population, et une utilisation efficace des ressources en eau et terrestres. Pour certains, la réalisation de ces objectifs passe par l'adoption du concept d'« alimentation durable » (Burlingame et Dernini 2012). Conscients des fortes disparités sur le plan des capacités des pays à atteindre ces objectifs, mais convaincus

TABLEAU 7.1 Indicateurs utilisés pour définir la typologie des systèmes alimentaires

| Caractéristiques des systèmes alimentaires | Description des caractéristiques des systèmes alimentaires | Indicateur des caractéristiques des systèmes alimentaires |
|--|--|--|
| Productivité agricole | La productivité agricole mesure la quantité de denrées alimentaires et d'autres produits agricoles produite par chaque ouvrier agricole. Elle reflète l'efficacité sectorielle ainsi que la quantité des autres ressources disponibles pour chaque travailleur agricole. | Valeur ajoutée agricole par travailleur, constante en dollars EU 2005, 2011 (Banque mondiale 2015c) |
| Diversité de l'offre alimentaire | La diversité de l'offre alimentaire indique l'éventail de choix de consommation et de nutriments disponibles pour la population. | Part des apports énergétiques alimentaires dérivés de céréales, racines et tubercules, en pourcentage, moyenne sur 3 ans, 2011 (FAO 2015b) |
| Accessibilité économique des aliments | L'accessibilité économique correspond à la capacité du système alimentaire à fournir des denrées alimentaires abordables. | Part du budget alimentaire (Euromonitor 2014) Indice des prix alimentaires intérieurs, 2011 (FAO 2015b) |
| Utilisation des ressources naturelles | L'utilisation des ressources naturelles est un indicateur de la durabilité de l'utilisation des ressources par un système alimentaire. | Pourcentage annuel de variation dans un domaine agricole, 2011 (FAO 2015b) Teneur moyenne en carbone de la couche arable exprimée en pourcentage de poids, 2008 (FAO 2015b) |
| Démographie | La structure démographique de la population reflète des éléments intrinsèques de la nature de la demande alimentaire, des besoins nutritionnels, de l'activité physique et de l'utilisation des ressources. | Part de la population urbaine, 2011 (Banque mondiale 2015c) |

Source : Auteurs.

par ailleurs que des résultats sains et durables sont un objectif raisonnable pour tout système alimentaire, nous utiliserons ici une typologie des systèmes alimentaires pour débattre de ce qu'un système alimentaire soucieux de la nutrition devrait produire, en s'appuyant sur les notions reconnues de « santé » et de « durabilité », ainsi que sur certains des compromis qui entravent ces objectifs. Un consensus sur ce que doivent être les résultats d'un système alimentaire sain contribuera à faire de la nutrition une priorité, y compris pour les parties prenantes qui ont des visions opposées.

Ce chapitre s'appuie sur une multitude de sources et de données visant à identifier et à décrire cinq types de systèmes alimentaires à travers le monde.³ Il fournit ensuite une série d'indicateurs communs dont les pays peuvent se servir pour suivre les résultats de leur propre système alimentaire. L'objectif ici, est d'aider les acteurs des systèmes alimentaires à améliorer leurs résultats en matière de nutrition, de santé et de durabilité tout en les amenant à rendre des comptes à leurs citoyens.

TPOLOGIE DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES

Les systèmes alimentaires ont subi de profondes transformations structurelles au cours des dernières décennies (Banque mondiale 2008 ; Nugent 2011 ; Reardon et coll. 2012). Il a été observé, par exemple, une tendance générale à la production alimentaire à forte densité de capital, à une baisse de la diversité des cultures et à l'allongement des chaînes d'approvisionnement entre exploitants agri-

coles et consommateurs, dans lesquelles les ingrédients de base subissent de multiples transformations avant l'obtention du produit final (Hawkes et coll.). Parallèlement à ces transformations, sont apparus les multiples fardeaux de l'obésité, de la sous-alimentation et des carences en micronutriments. 2012). Les pays, et leurs différentes localités ont subi ces évolutions à des degrés divers.

Afin de mieux comprendre les systèmes alimentaires et leur fonctionnement, nous avons élaboré un modèle de système alimentaire composé d'intrants, de résultats et de processus.⁴ Par intrants, il faut entendre, par exemple, les ressources naturelles, le capital humain, le capital physique et les technologies agricoles et alimentaires. Les résultats recouvrent, entre autres, les habitudes d'achats alimentaires, les régimes alimentaires, la santé et la situation environnementale. L'écart entre les intrants et les résultats est conditionné par les processus liés à la production primaire de denrées alimentaires, aux chaînes d'approvisionnement post-récolte et à l'environnement alimentaire (en d'autres termes, la disponibilité, l'acceptabilité et l'abordabilité des aliments). Les liens entre les intrants, les résultats et les processus subissent l'influence des facteurs extérieurs à la politique alimentaire, à savoir la gouvernance des marchés et du commerce, les avancées scientifiques et technologiques hors secteur alimentaire et les changements de régime politique (pour une représentation détaillée de ce cadre logique, voir la Figure A7.1, accessible sur globalnutritionreport.org/the-report/appendixes). Élaborée suivant le processus décrit dans l'Encadré 7.1, notre typologie repose sur cinq types de systèmes alimentaires définis par les cinq caractéristiques et sept indicateurs énumérés dans le Tableau 7.1.

TABLEAU 7.2 Typologie des systèmes alimentaires proposée

| | Systèmes alimentaires industriels | Systèmes alimentaires mixtes | Systèmes alimentaires en transition | Systèmes alimentaires émergents | Systèmes alimentaires ruraux |
|---|--|--|--|---|--|
| Caractéristiques des systèmes alimentaires | Degrés divers de productivité agricole et de qualité des sols, fortement urbanisés, faible dépendance vis-à-vis des aliments de base et faible part du budget consacrée à l'alimentation | Productivité agricole modérée, modérément urbanisé, faible dépendance vis-à-vis des aliments de base, part faible à modérée du budget consacrée à l'alimentation, meilleure qualité moyenne des sols | Degré d'urbanisation identique au système 2, mais avec une plus faible productivité, une plus forte dépendance vis-à-vis des aliments de base et une plus grande part du budget consacrée à l'alimentation | Un plus faible degré d'urbanisation et de productivité agricole que les systèmes 1 à 3, une plus forte dépendance vis-à-vis des aliments de base, une part modérée à élevée du budget consacrée à l'alimentation et une faible qualité moyenne des sols | Les caractéristiques urbaines et de productivité les plus faibles, la qualité moyenne des sols la plus faible, la plus forte dépendance vis-à-vis des aliments de base et la plus grande part du budget consacrée à l'alimentation |
| Exemples de pays pour chacun des types de systèmes alimentaires | Australie, Canada, Danemark, Liban, République de Corée, Suède, États-Unis | Barbade, Bulgarie, Estonie, Allemagne, Hongrie, Italie, Suisse | Brésil, Équateur, Guyane, Malaisie, Maurice, Russie, Suriname, Ukraine | Cameroun, Chine, Honduras, Namibie, Pakistan, Philippines, Thaïlande | Bangladesh, Éthiopie, Indonésie, Népal, Sénégal, Zimbabwe |

Source : Auteurs.

Nous attribuons un libellé à chacun de ces systèmes alimentaires : industriel, mixte, en transition, émergent et rural (cf. description dans le Tableau 7.2).⁵

Compte tenu de leur caractère complexe, hétérogène et en évolution constante, il n'est pas aisé d'établir une distinction précise entre les différents systèmes alimentaires. Le système alimentaire du Brésil, par exemple, est en transition, tandis que celui du Danemark est typiquement industriel. Tous deux sont néanmoins urbains, et le Brésil produit plus d'émissions de CO₂ d'origine agricole par habitant que le Danemark. Cependant, parce qu'il a une productivité agricole très inférieure, le Brésil ne rentre pas dans la même catégorie que le Danemark. La typologie met en lumière les différences importantes entre les pays du point de vue des valeurs sociales, de l'accès aux ressources et de leur utilisation, de la politique agricole et industrielle, et de la culture.

Fondée sur les caractéristiques qui sous-tendent les systèmes alimentaires, cette typologie se révèle utile à plusieurs égards. Tout d'abord, elle permet d'associer les différences entre systèmes alimentaires à des variations observées en matière de résultats nutritionnels, de santé et de durabilité, et propose des domaines où les différences méritent d'être examinées de plus près. Deuxièmement, elle permet de recommander des politiques nationales basées sur les caractéristiques du système alimentaire du pays en question, comme la nécessité d'un approvisionnement alimentaire plus varié dans les systèmes alimentaires émergents et ruraux. Troisièmement, elle permet d'identifier plus facilement les pays les plus performants en termes de résultats

sanitaires et nutritionnels et d'en tirer des enseignements. Ainsi, les résultats nutritionnels de la République de Corée sont bien meilleurs que ceux d'autres pays dotés de systèmes alimentaires industriels comparables. Cette différence peut s'expliquer par la consommation beaucoup plus réduite d'aliments emballés dans ce pays (Encadré 7.2).

RÉSULTATS DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES

Est-ce que différents types de systèmes alimentaires produisent des résultats différents ? Pour répondre à cette question, il importe de préciser quels résultats doivent attirer notre attention. Cette analyse se concentre sur quatre grands groupes de résultats :

- abordabilité alimentaire (représentant la quantité d'aliments),
- diversité des aliments consommés (représentant la qualité des aliments),
- résultats en matière de nutrition et de santé,
- viabilité environnementale.

Ces résultats ont été retenus parce qu'ils sont reconnus comme hautement prioritaires pour les pays (FAO 2013), et indispensables à la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable (ODD), en particulier les Objectifs 2, 3 et 12 (Nations Unies 2015). Il s'agira ensuite de savoir comment mesurer ces résultats. Parmi les très nombreux indicateurs disponibles, nous en avons sélectionné 13, qui sont présentés dans le Tableau 7.3 (notre processus de sélection est décrit dans l'Encadré 7.3).

ENCADRÉ 7.2 NUTRITION EN RÉPUBLIQUE DE CORÉE : LA NÉCESSITÉ DE S'APPUYER SUR DES RÉGIMES ALIMENTAIRES TRADITIONNELS SAINS

HEE YOUNG PAIK

Aux yeux du monde occidental, la Corée était surtout considérée comme un pays en guerre des suites du déclenchement de la guerre de Corée en 1950. Inévitablement, le pays a connu de graves pénuries alimentaires pendant un certain temps. Néanmoins, en 1961, les bilans alimentaires de la FAO y indiquaient des apports énergétiques quotidiens de 2 141 kilocalories par habitant, soit des chiffres proches de la moyenne mondiale de 2 193 kilocalories, et significativement plus élevés que la moyenne de l'ensemble de l'Asie, qui s'élevait, elle à 1 806 kilocalories (FAO 2015b). L'aide alimentaire internationale fournie pendant la guerre et dans l'immédiat après-guerre a permis d'éviter de sévères carences nutritionnelles.

Le régime alimentaire traditionnel coréen est principalement composé de végétaux – grains, légumes et fèves – complétés par une petite quantité d'aliments d'origine animale. En dépit de rapides évolutions socio-économiques ces dernières décennies, les Coréens ont largement conservé leurs habitudes alimentaires traditionnelles (Lee et coll. 2012). D'après une récente analyse de données d'enquêtes nationales sur l'alimentation, 80 % des aliments consommés par les personnes interrogées étaient qualifiés de « Han-sik », à savoir des mets coréens traditionnels. Bien que cette proportion varie d'un groupe d'âge à l'autre, 70 % environ des aliments consommés par les adolescents et

les jeunes adultes étaient eux aussi qualifiés de Han-sik (Kang et coll. 2014).

Jusqu'à la fin des années 1970, la faible consommation d'aliments d'origine animale, moins de 10 % de l'apport alimentaire total, était une source de préoccupation quant à l'apport en fer et sa disponibilité. Ces dernières années, la consommation d'aliments d'origine animale a constamment augmenté, atteignant à peu près 20 % de la consommation alimentaire totale. En particulier, la consommation de viande a été multipliée par 15 durant les 40 dernières années. Bien que l'apport minimum en fer reste une préoccupation importante, l'accroissement rapide de la consommation de viande a permis d'améliorer l'apport en fer à la population.

La prévention de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation est un problème de santé majeur en République de Corée. La part de la population en surpoids y est bien inférieure à celle d'autres pays présentant des niveaux comparables de PIB par habitant. En 2011, le taux de surcharge pondérale était de 31,9 % chez les adultes âgés de plus de 19 ans, et supérieur à 40 % chez les hommes de 30 à 49 ans et les femmes dans la soixantaine. Des études ont révélé que le respect du régime alimentaire traditionnel coréen et des recommandations alimentaires propres à la Corée aidait à prévenir l'obésité et les maladies non transmissibles

liées à la nutrition (Lee et coll. 2002 ; Jung et coll. 2011 ; Jung et coll. 2014 ; Yu et coll. 2014).

Le régime alimentaire traditionnel coréen basé sur les plantes est manifestement sain à condition d'être complété par une consommation suffisante d'aliments d'origine animale. Pour quelle raison la République de Corée est-elle si attachée à son régime traditionnel ? La réponse n'est pas simple et plusieurs explications sont possibles. L'évolution de tous les autres aspects du mode de vie coréen s'est-elle faite si rapidement que les habitudes alimentaires, par chance, n'ont pas pu suivre ? Ou alors, les habitudes alimentaires traditionnelles ont peut-être subsisté dans d'autres pays d'Asie, mais les enquêtes nationales sur l'apport alimentaire en République de Corée, signe d'un engagement fort de l'État à l'égard d'une nutrition et d'un régime alimentaire sains, ont permis de mieux suivre les traditions liées à la santé, et ainsi de les renforcer (Song et Song 2014). Rien n'est acquis, cependant : l'évolution des habitudes alimentaires et la réduction de l'activité physique sont inévitables, notamment chez les jeunes générations. Ainsi, des efforts constants doivent être déployés pour conserver des habitudes alimentaires saines afin d'empêcher l'augmentation des taux d'obésité et de maladies non transmissibles liées à la nutrition en République de Corée.

Le Tableau 7.4 applique le tableau de bord à 10 pays, 2 pour chacun des 5 systèmes alimentaires. Cette application a révélé les éléments suivants :

1. Bien que nous ayons sélectionné les indicateurs du tableau de bord en partie pour la disponibilité de données comparables au plan international, il subsiste de nombreux déficits de données.
2. Les indicateurs de résultats varient fortement d'un système alimentaire à l'autre. Par exemple, les consommateurs achètent cinq fois plus d'aliments emballés dans les deux pays caractérisés par un système alimentaire industriel qu'en Indonésie.
3. De façon générale, les variations de valeur dans les indicateurs ne sont pas nécessairement représentatives dans

TABLEAU 7.3 Proposition d'indicateurs de tableau de bord pour l'évaluation des résultats des systèmes alimentaires

| Résultats des systèmes alimentaires | Indicateur de tableau de bord | Lien avec un indicateur ou processus associé ou parallèle |
|-------------------------------------|---|--|
| Abordabilité des aliments | Ampleur du déficit alimentaire (kilocalories/personne/jour, moyenne sur 3 ans) (FAO 2015b) | ILSI/CIMSANS (2015) Nesheim et coll. (2015) Indice global de sécurité alimentaire (EIU 2015) |
| | Indice de la volatilité des prix alimentaires intérieurs (FAO 2015b) | Nesheim et coll. (2015) Cible 2.C des ODD |
| | Part en pourcentage du budget alimentaire consacrée aux fruits et légumes (Euromonitor 2014) | |
| Diversité des aliments consommés | Commerce des aliments emballés (volume par personne) (Euromonitor 2014) | |
| | Volume du commerce de détail des produits frais (en kilogrammes par personne) (Euromonitor 2014) | Nesheim et coll. (2015) (FAO 2013) |
| | Pourcentage d'apports en protéines d'origine animale (en grammes/personne/jour, moyenne sur 3 ans) (FAO 2015b) | ILSI/CIMSANS (2015) Indice global de sécurité alimentaire (EIU 2015) |
| État nutritionnel et de santé | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2013) | Indicateur nutritionnel de l'AMS Cible 2.2 des ODD |
| | Anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) (Banque mondiale 2015c) | Indicateur nutritionnel de l'AMS |
| | Prévalence du diabète (IDF 2013) | Indicateur de maladie non transmissible de l'AMS Cible 3.4 des ODD |
| | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (UNICEF, OMS et Banque mondiale 2013) | Indicateur nutritionnel de l'AMS Cible 2.2 des ODD |
| Viabilité environnementale | Indice de Shannon (diversité des variétés végétales et d'espèces animales dans les systèmes de production sur une échelle de 0 à 1) (Remans et coll. 2014) | Cible 2.5 des ODD |
| | Émissions en kg équivalent CO ₂ /personne issues de l'agriculture (les données sur les émissions agricoles sont issues de la FAO 2015b ; les données sur la population sont issues de la Banque mondiale 2015c) | |
| | Pourcentage de la population ayant accès à des sources d'eau améliorées (FAO 2015b) | Similaire à la cible 7b des ODD |

Source : Auteurs.

Note : Le Tableau annexe A7.3 fournit une liste complète des définitions et sources des indicateurs (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).

un système particulier. Par exemple, le Brésil, caractérisé par un système alimentaire en transition, enregistre le plus haut niveau de consommation de produits frais, tandis que la Barbade, caractérisée par un système alimentaire mixte, présente la prévalence la plus élevée de diabète.

- On observe par ailleurs de fortes variations au sein même des systèmes alimentaires. Ainsi, bien que les chiffres du Danemark et de l'Australie soient quasi identiques au sein du système industriel, les émissions de CO₂ d'origine agricole par habitant en Australie sont cinq fois plus élevées que celles du Danemark. Assorties d'un système de freins et contrepoids, ces variations expliquent la raison d'être de nombreux indicateurs dans chaque domaine.

RÉSULTATS DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES PAR TYPE DE SYSTÈME

Le tableau de bord des indicateurs permet de suivre les progrès de chaque pays au fil du temps et d'expliquer les différences de l'un à l'autre.

ABORDABILITÉ DES ALIMENTS

La Figure 7.1 montre la part du budget consacrée par des ménages de différents systèmes alimentaires aux aliments et boissons non alcoolisées ainsi qu'aux fruits et légumes, ces deux catégories étant des indicateurs importants de l'abordabilité d'un régime alimentaire sain. Les pays posséd-

ENCADRÉ 7.3 SÉLECTION D'INDICATEURS DE MESURE DES RÉSULTATS DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES

RACHEL NUGENT, CAROL LEVIN ET DANIEL GRAFTON

Afin d'aider à mieux comprendre pourquoi les résultats diffèrent d'un système alimentaire à l'autre, nous avons sélectionné 13 indicateurs qui correspondent aux quatre domaines de résultats, en nous basant sur les critères suivants :

1. les indicateurs sont largement reconnus pour leur approximation suffisamment fiable des résultats étudiés,
2. ils sont largement disponibles pour les pays de tous niveaux de revenu et bien adaptés aux processus de collecte de données,
3. ils sont similaires ou identiques aux indicateurs proposés pour la collecte de données dans le cadre des ODD (bien que ces derniers ne soient pas finalisés au moment de la rédaction) et aux autres cadres bien établis cités dans le Tableau 7.3,
4. ils varient fortement d'un système alimentaire à l'autre, reflétant ainsi clairement des conditions nationales différentes.

Pour l'abordabilité des aliments, nous utilisons trois indicateurs. Premièrement, nous utilisons l'indicateur de la FAO mesurant le déficit calorique moyen par habitant en situation de « sous-alimentation ». Au lieu d'indiquer le pourcentage de la population en deçà d'un seuil calorique, cet indicateur évalue l'ampleur moyenne des

individus en deçà du seuil et s'avère ainsi un indicateur plus nuancé de l'abordabilité des aliments. Deuxièmement, nous utilisons la volatilité des prix alimentaires plutôt que les niveaux des prix alimentaires intérieurs, parce que nous avons utilisé ces derniers comme caractéristique structurelle dans la définition d'un système alimentaire. À la différence des niveaux de prix qui dépendent des cours mondiaux et des coûts de transport des aliments au sein d'un pays, la volatilité des prix alimentaires est incontestablement une caractéristique moins structurelle des systèmes alimentaires, bien que nous reconnaissons que la distinction ne soit pas claire. Enfin, nous incluons la part du budget alimentaire consacrée aux fruits et légumes en raison de la grande importance de l'abordabilité de ce type d'aliments dans toutes les formes de malnutrition.

En ce qui concerne la diversité des aliments consommés, nous utilisons le volume de ventes au détail de denrées emballées et d'aliments frais, deux catégories qui excluent les céréales, ainsi que le pourcentage de protéines d'origine animale. Ces indicateurs ne dépeignent qu'une partie de la diversité, tout particulièrement à différents niveaux de revenu national, mais dans de nombreux pays il n'existe aucun indicateur de la diversité des aliments consommés par les individus ou ménages, qui soit comparable au niveau international. Les pays possédant des données de consommation

valables peuvent élaborer un indice de diversité adapté à leur contexte.

S'agissant des résultats nutritionnels et de santé, nous utilisons trois indicateurs nutritionnels de l'AMS, à savoir le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, les enfants de moins de 5 ans en surpoids et l'anémie chez les femmes en âge de procréer, ainsi qu'un indicateur de maladies non transmissibles liées aux habitudes alimentaires et à la nutrition, à savoir le diabète. Ce dernier occupe la première place dans les maladies non transmissibles liées aux habitudes alimentaires et à la nutrition au niveau mondial, outre la cardiopathie ischémique (Murray et coll. 2012).

En ce qui a trait à la viabilité environnementale, nous utilisons les émissions de CO₂ de l'agriculture comme mesure disponible et directe d'une partie de l'impact des systèmes alimentaires sur l'environnement. Nous utilisons aussi des données relatives à l'accès aux ressources en eau potable à des fins de consommation, un aspect clairement déterminant pour la nutrition et la santé et susceptible d'être compromis par les différents choix des systèmes alimentaires (Reyter et coll. 2014 ; Johnson et coll. 2014). Enfin, nous employons l'indice de diversité de Shannon pour les variétés végétales et d'espèces animales en production, qui est associé à l'amélioration des résultats nutritionnels et la santé des écosystèmes (Remans et coll. 2014).

dant un système alimentaire émergent ou rural se révèle moins abordables.

La volatilité des prix alimentaires est un problème majeur pour la promotion de régimes alimentaires plus diversifiés et l'amélioration de la sécurité alimentaire. Les prix des denrées alimentaires de base sont traditionnellement plus volatils que ceux des autres denrées.

Les populations des systèmes alimentaires en transition, émergents et ruraux ont des régimes alimentaires reposant davantage sur des aliments de base que celles des systèmes alimentaires industriels ou mixtes, en conséquence de quoi, les prix des denrées alimentaires sont plus volatils dans ces pays (Figure 7.2) (Brinkman et coll. 2009).

TABLEAU 7.4 Indicateurs de tableau de bord appliqués à 10 exemples de pays

| Résultats des systèmes alimentaires | Indicateurs | Industriel | | Mixte | | En transition | | Émergent | | Rural | |
|-------------------------------------|--|------------|-----------|----------|---------|---------------|--------|----------|-------------|-----------|---------|
| | | Danemark | Australie | Bulgarie | Barbade | Brésil | Russie | Pakistan | Philippines | Indonésie | Sénégal |
| Abordabilité des aliments | Ampleur du déficit alimentaire (kcal/personne/jour) | | | | 16 | 71 | 42 | 78 | 248 | 78 | 190 |
| | Part en pourcentage du budget alimentaire consacré aux fruits et légumes | 15 | 21 | 18 | | 12 | 18 | 17 | 11 | 26 | |
| | Indice de volatilité des prix alimentaires intérieurs | 5,4 | | 9,2 | | 6,1 | 5,2 | 16 | 57 | 10,9 | 10,7 |
| Diversité des aliments consommés | Commerce de détail des aliments emballés, kg par personne | 240 | 240 | 186 | | 145 | | 15 | 28 | 54 | |
| | Commerce de détail des aliments frais, kg par personne | 334 | 226 | 332 | | 364 | 296 | 205 | 250 | 225 | |
| | Part des apports en protéines d'origine animale (g/pers./jour) | 63 | 66 | 48 | 57 | 53 | 53 | 41 | 41 | 28 | 28 |
| État nutritionnel et de santé | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids | | 8 | 14 | | 7 | | 5 | 5 | 12 | 2 |
| | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance | | | 9 | | 7 | | 45 | 30 | 36 | 19 |
| | Pourcentage d'individus atteints de diabète | 8 | 5 | 7 | 15 | 9 | 6 | 7 | 6 | 6 | 4 |
| | Taux d'anémie chez les FAP | 18 | 17 | 24 | 23 | 19 | 21 | 51 | 25 | 22 | 57 |
| Viabilité environnementale | Émissions totales (équivalent CO ₂) de l'agriculture, par kg/pers. | 1,691 | 8,513 | 741 | 134 | 2,219 | 652 | 797 | 532 | 649 | 846 |
| | Indice échelonné de diversité de la production de Shannon | 0,74 | 0,8 | 0,8 | 0,32 | 0,73 | 0,83 | 0,85 | 0,84 | 0,88 | 0,94 |
| | Pourcentage de la population ayant accès à des sources d'eau améliorées | 100 | 100 | 99,5 | | 97,5 | 97 | 91,4 | 91,8 | 84,9 | 74,1 |

Source: Authors

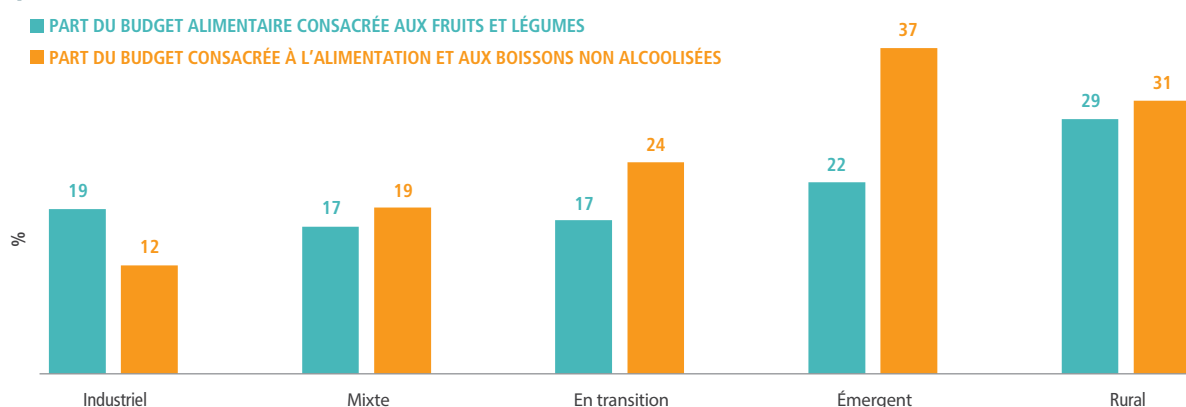
Note: Blank cell means data are not available; Appendix A7.3 provides a full list of indicator definitions and sources (see globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).

DIVERSITÉ ALIMENTAIRE

Les systèmes alimentaires industriels et mixtes fournissent aux populations des denrées alimentaires de qualités diverses, abondantes, abordables et variées, mais contribuent par ailleurs à l'accroissement de régimes alimentaires malsains (Imamura et coll. 2015 ; Popkin et Nielsen 2003 ;

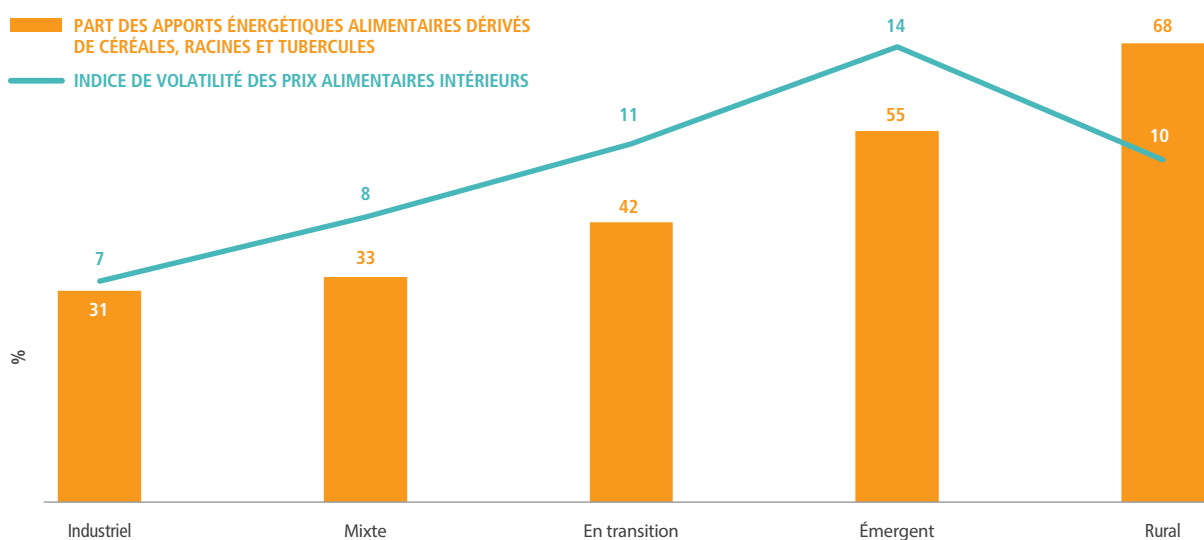
Mozaffarian et coll. 2014)⁶. Les populations des systèmes alimentaires industriels et mixtes consomment, par personne et par an, 80 à 90 kg d'aliments ultratransformés, riches en énergie et contenant du sel ajouté, des sucres raffinés et de faibles quantités de micronutriments essentiels. Les populations des systèmes alimentaires émergents et ruraux

FIGURE 7.1 Dépenses des ménages consacrées à l'alimentation et aux fruits et légumes, par type de système alimentaire



Source : Auteurs, d'après les données de l'Euromonitor (2014).

FIGURE 7.2 Volatilité des prix des aliments et dépendance vis-à-vis des aliments de base, par type de système alimentaire



Source : Auteurs, d'après les données de la FAO (2015d).

consommant, par an et par personne, 20 à 30 kg d'aliments ultratransformés. Néanmoins, la consommation d'aliments emballés croît plus rapidement dans les systèmes alimentaires en transition, émergents et ruraux (Figure 7.3).⁷

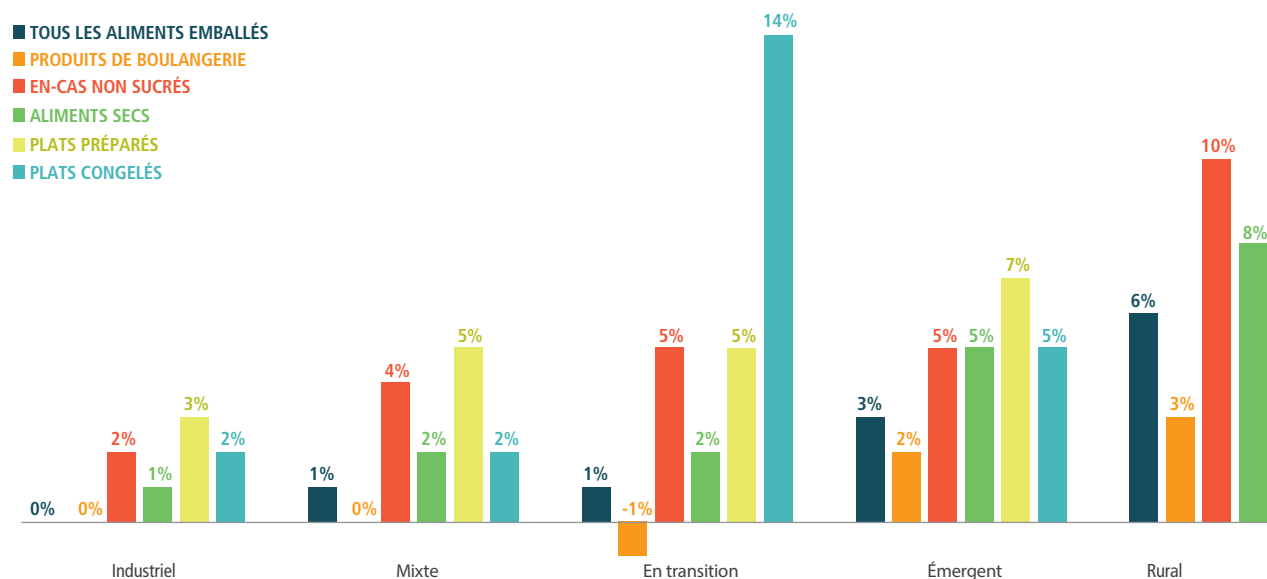
Les systèmes alimentaires industriels, mixtes et en transition dépendent moins des denrées de base et consomment une quantité bien plus importante de protéines d'origine animale que les systèmes alimentaires émergents et ruraux (Figure 7.4). Les populations des pays possédant un système alimentaire industriel ou mixte consomment de grandes quantités de viande transformée et de viande rouge non

transformée. Comme mentionné dans le Chapitre 6, ces préférences alimentaires ont des conséquences néfastes aussi bien sur la santé que sur l'environnement. Parallèlement, les populations des systèmes alimentaires émergents ou ruraux consomment très peu de protéines d'origine animale.

ÉTAT NUTRITIONNEL ET DE SANTÉ

Tous les types de système alimentaire sont présents dans la problématique des fardeaux de la malnutrition, mais la prévalence du surpoids et du diabète adultes est nettement inférieure dans les systèmes alimentaires émergents

FIGURE 7.3 Évolution du commerce de détail des aliments transformés, par type de système alimentaire, 2000–2014

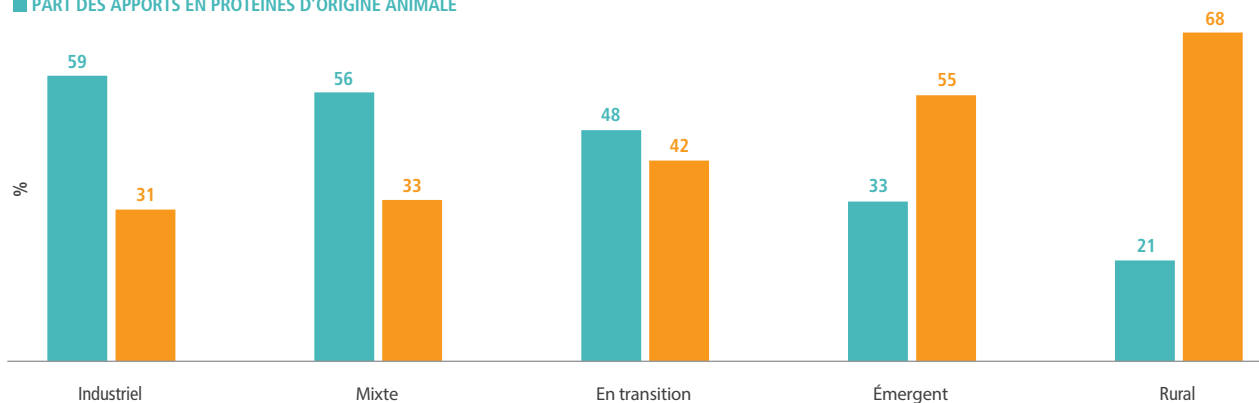


Source : Auteurs, d'après les données relatives au volume de vente au détail (kg par personne et par an), Euromonitor 2014.

Note : Taux de croissance annuelle dérivés pour 46 pays sur 137. Les données sont disponibles pour deux pays seulement possédant un système alimentaire rural, l'Inde et l'Indonésie.

FIGURE 7.4 Consommation d'aliments de base et de protéines d'origine animale par habitant, par type de système alimentaire

■ PART DE LA DIVERSITÉ ALIMENTAIRE COUVERTE PAR LES ALIMENTS DE BASE
 ■ PART DES APPORTS EN PROTÉINES D'ORIGINE ANIMALE



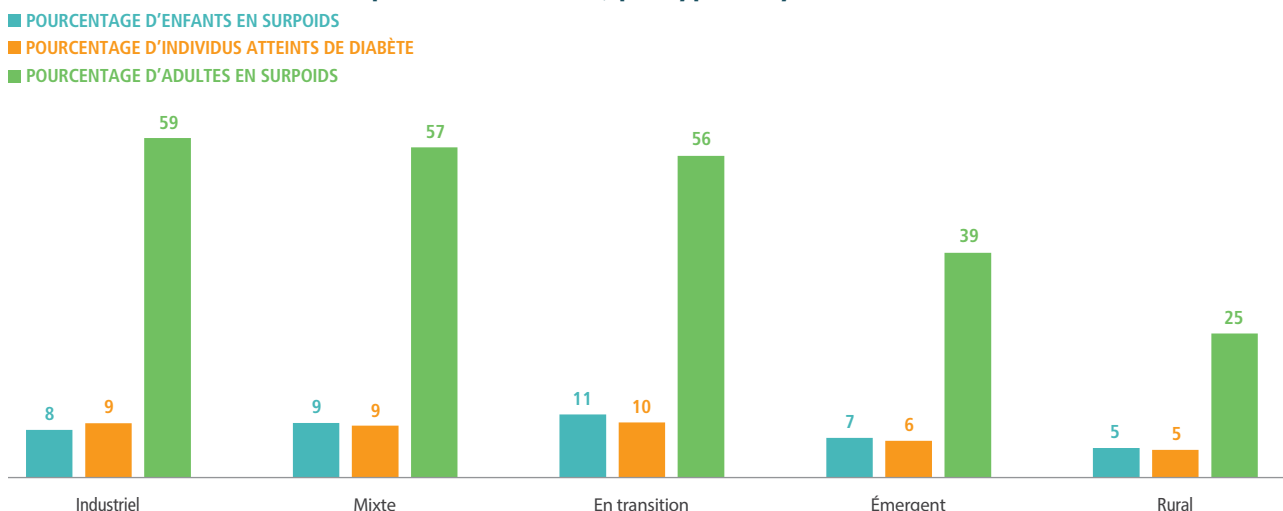
Source : Auteurs, d'après les données de la FAO (2015d).

et ruraux (Figure 7.5), où les chiffres de la sous-alimentation sont en revanche élevés (Figure 7.6). Dans les trois premiers types de systèmes alimentaires – industriel, mixte et en transition –, la surcharge pondérale chez les adultes augmente alors qu'elle régresse légèrement chez les enfants lorsque le système alimentaire passe du stade « en transition » au stade « industriel ». Il en est plus ou moins de même pour la prévalence du diabète.

VIABILITÉ ENVIRONNEMENTALE

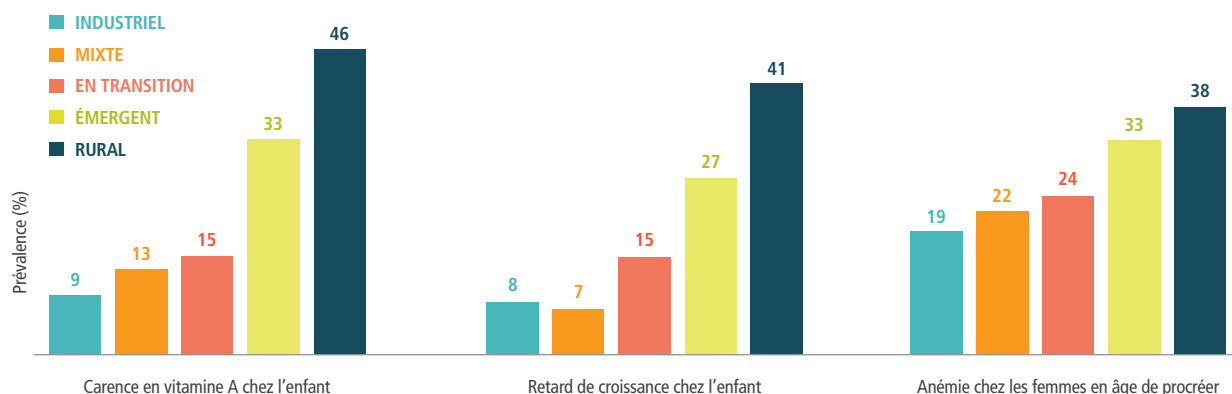
Le compromis entre les résultats environnementaux et les autres résultats des systèmes alimentaires, comme l'abordabilité et la diversité alimentaire n'est pas obligatoire. La Figure 7.7 montre que les pays possédant un système alimentaire mixte enregistrent de bons résultats dans un certain nombre d'indicateurs environnementaux. Mais, ils

FIGURE 7.5 Prévalence du surpoids et du diabète, par type de système alimentaire



Source : Auteurs.

FIGURE 7.6 Prévalence de la carence en vitamine A, du retard de croissance chez l'enfant, et de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, par type de système alimentaire



Source : Auteurs.

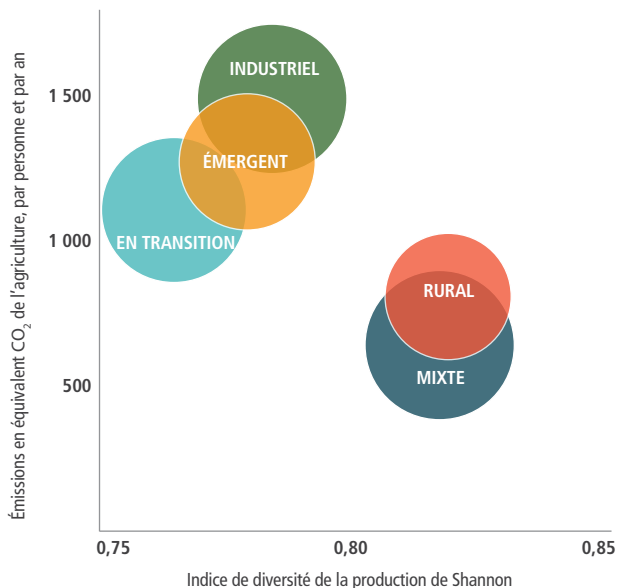
possèdent également une chaîne d'approvisionnement plus variée et abordable. En revanche, les systèmes alimentaires émergents, en transition et industriels enregistrent de mauvais résultats environnementaux et des résultats contrastés en matière de nutrition et de santé. Ces indicateurs reflètent des choix politiques sur l'importance de la durabilité des ressources naturelles, ainsi que, dans certains cas, des contraintes technologiques et économiques.

Tous les systèmes alimentaires peinent à trouver un équilibre entre l'augmentation de la productivité agricole et la viabilité environnementale. Parce qu'elle intensifie les émissions de méthane, la production d'aliments d'origine animale est un facteur important d'émissions

de gaz à effet de serre. Les ruminants ont un impact plus marqué que les animaux situés en bas de la chaîne alimentaire (poisson et volaille) (Steinfeld et coll. 2006). Cette disparité est manifeste pour les protéines animales par habitant disponibles dans les différents types de systèmes alimentaires (Figure 7.4). Face au niveau élevé d'émissions de gaz à effet de serre générées au cours de la production d'aliments d'origine animale, les pays devraient surveiller et mettre en œuvre des politiques garantant de niveaux de protéines sains et viables pour l'environnement.

Les données nationales et les indicateurs pertinents sur la viabilité environnementale sont plus nombreux (Hsu et coll. 2014), mais ils restent encore limités, en particulier

FIGURE 7.7 Trois indicateurs de viabilité environnementale, par type de système alimentaire



Source : Auteurs.

Note : L'indice de diversité de la production de Shannon est une mesure mathématique de la diversité des espèces (dans le cas présent, diversité des denrées alimentaires) au sein d'une communauté (dans le cas présent, production ou offre alimentaire nationale). La taille des bulles représente le pourcentage de la population ayant accès à des sources d'eau potable améliorées.

dans le domaine des systèmes alimentaires. À l'avenir, les données sur le gaspillage et les pertes alimentaires deviendront des indicateurs importants de la viabilité environnementale des systèmes alimentaires.

INCIDENCES SUR LES POLITIQUES

Les systèmes alimentaires sont complexes et hautement différenciés. Comme nous l'avons dit, il n'existe pas de définition unique d'un système alimentaire sain et viable, mais ces qualités sont recherchées pour chacun d'entre eux. Au fil des ans, l'agriculture a subi de profondes transformations dans presque tous les pays, et les systèmes alimentaires aussi. Certains pays ont instauré des politiques garantissant un revenu prévisible aux exploitants agricoles. D'autres ont taxé l'agriculture tout en garantissant une nourriture abordable aux consommateurs. D'autres encore ont instauré des politiques alimentaires en faveur des pauvres, œuvré pour le maintien de l'autosuffisance alimentaire, ou privilégié l'agriculture locale et la qualité environnementale. De nombreux pays ont vaillamment lutté pour préserver un équilibre entre ces objectifs essentiels.

L'analyse dans ce chapitre établit clairement que chaque type de système alimentaire a des impératifs fondamentaux, dès lors qu'il s'agit de les rendre respectueux de la nutrition et durables :

- Les pays possédant un système alimentaire industriel doivent accroître leur consommation d'aliments frais et privilégier les sources de protéines non animales afin de réduire les émissions de gaz à effet de serre, la dégradation des sols et des eaux et les risques de maladies chroniques.
- Les pays possédant un système alimentaire mixte doivent réduire leur consommation d'aliments emballés.
- Les pays possédant un système alimentaire en transition doivent accroître leur productivité agricole tout en améliorant la diversité de la production.
- Les pays possédant un système alimentaire émergent doivent mettre en œuvre des politiques de réduction du double fardeau de la malnutrition grâce à une alimentation saine plus abordable, sans pour autant menacer davantage l'environnement.
- Les pays possédant un système alimentaire rural doivent se concentrer sur l'amélioration de la productivité agricole et de la sécurité alimentaire.

Les décisions concernant la pertinence et la manière de rendre les systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition dépendront de considérations techniques (notamment la fiabilité des données factuelles), de compromis avec les objectifs d'autres systèmes alimentaires, et des capacités des gouvernements à mettre en œuvre et faire respecter leurs décisions (cf. Chapitre 8). Mais en définitive, la réforme des systèmes alimentaires va au-delà de ces considérations techniques pour intégrer des dimensions politiques. Comme souligné dans l'Encadré 7.4, les systèmes alimentaires sont tributaires de décisions politiques, et des rapports de force entre les acteurs qui influent sur ces décisions.

ACTIONS RECOMMANDÉES

En s'appuyant sur la priorité accordée aux systèmes alimentaires lors de la conférence CIN2 de 2014, les **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires** devraient, d'ici fin 2016, proposer des indicateurs de l'impact des systèmes alimentaires sur les résultats en matière de nutrition et de santé.

1. Des **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires**, comme le Panel Mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition (*GLOPAN*), le Panel *IPES-Food* (*Groupe international d'experts sur les systèmes alimentaires durables*), et l'*Initiative EAT*,

ENCADRÉ 7.4 ÉCONOMIE POLITIQUE DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES

OLIVIER DE SCHUTTER

Dans l'une de ses principales découvertes sur les systèmes alimentaires, Amartya Sen a déclaré que la famine n'existait pas dans les démocraties (Sen 1999). Cette découverte décisive a permis de souligner le fait que l'accès aux denrées alimentaires repose sur des dispositifs politiques et des rapports de force, et non uniquement sur les marchés et la disponibilité des aliments. Avec cette découverte, la question de l'accès aux denrées alimentaires n'est plus un problème purement technique, à traiter avec les outils de l'économie et de l'agronomie, mais une question politique dans laquelle la justice sociale, la redevabilité et la non-discrimination occupent une place prépondérante.

Cependant, la situation extrême que constitue la famine n'est pas la seule à requérir l'attention des pouvoirs et des politiques. De par le monde, les systèmes alimentaires sont définis par des décisions politiques, et les rapports de force entre les acteurs qui souhaitent peser sur ces décisions (IPES Food 2015). Bien que la démocratie puisse protéger de nombreux pays des injustices extrêmes telles que la famine, il n'existe aucune garantie que les systèmes alimentaires soient façonnés dans l'intérêt de la majorité des citoyens, ou qu'ils se conçoivent ou se construisent de manière cohérente. En effet, plusieurs types de systèmes alimentaires ont émergé selon les différentes structures de pouvoir et dispositifs politiques implantés – autrement dit, selon l'économie politique de ces systèmes.

Par exemple, la production de masse de biens échangeables qui caractérise les systèmes alimentaires industriels reflète souvent une structure de pouvoir sous-jacente dans laquelle les acteurs clés ont exercé une influence et se sont enfermés dans un schéma donné (IPES Food 2015). Dans ces systèmes, où l'objectif principal des États est de garantir une large disponibilité de denrées alimentaires bon marché pour les consommateurs, le pouvoir économique est détenu par de grandes sociétés agroalimentaires réalisant des économies d'échelle, dont l'efficacité est optimisée par plusieurs effets de réseau et par leur contrôle des processus

logistiques. Les entreprises qui prospèrent dans ce système sont susceptibles de convertir leur pouvoir économique croissant en pouvoir politique, par exemple en faisant pression sur les décideurs pour mettre en œuvre des politiques commerciales qui accroissent leurs profits économiques. Ces rapports de force peuvent être renforcés par des actions à de multiples niveaux, sous forme de dons au profit de campagnes politiques ou de programmes de recherche, d'enseignement et de programmes publics de sensibilisation encourageant des modèles de recherche ou de développement particuliers.

La réorientation des systèmes alimentaires vers des priorités différentes, comme des habitudes alimentaires saines et un plus faible impact environnemental, peut nécessiter des changements dans les structures de pouvoir afin de permettre à des groupes impliqués dans la nutrition ou l'environnement de s'engager dans des processus politiques. De tels changements peuvent se produire lorsque ces groupes forment des alliances avec de petits producteurs alimentaires, ou lorsque les citoyens ordinaires se mobilisent, par exemple les parents et responsables scolaires cherchant à améliorer la qualité des repas scolaires ou les consommateurs soucieux de rebâtir une culture culinaire. Ils peuvent également émaner du système politique, lorsque les représentants politiques réalisent ce qu'il en coûte de ne pas agir plus rapidement pour réformer la production et la consommation alimentaires. À titre d'exemple, la décision du Mexique en 2014 d'introduire une taxe sur les boissons édulcorées a principalement été motivée par l'envolée des coûts de traitement des maladies liées à l'obésité dans le pays, en particulier du diabète de type 2. La taxe (1 peso/litre, à savoir 0,7 \$ EU), représentant une augmentation de 10 % du prix de vente, a contribué à une réduction moyenne des achats de 9 % dans les familles à faible revenu en 2014, et de 17 % à la fin de l'année (Mexique, ministère de la Santé 2015).

Cependant, dans de nombreux pays et régions du monde, ces initiatives ont

essuyé des échecs, malgré la visibilité accrue des externalités des mauvais résultats nutritionnels et environnementaux. Les rapports de force actuels se renforcent mutuellement – ceux qui prospèrent économiquement dans des circonstances données sont capables de garantir un contexte politique propice et de fixer les termes d'un débat public. Au fil du temps, différentes composantes des systèmes alimentaires modernes ont co-évolué pour se renforcer mutuellement. Individuellement, chaque composante est difficile à réformer, et collectivement, elles représentent un obstacle de plus en plus imposant à la réforme.

Ce qui distingue le plus les systèmes alimentaires les uns des autres est la mesure dans laquelle ces structures de pouvoir se sont implantées et le poids des forces pour les renverser. Alors que certains systèmes alimentaires échappent aux effets de la réforme, d'autres créent des espaces et opportunités de changement. Ils peuvent, par exemple, établir des forums pour tous à différents niveaux, des conseils locaux de politique alimentaire aux organes consultatifs à l'échelle nationale, ou encourager les innovations sociales des systèmes alimentaires (jardins collectifs, chaînes d'approvisionnement courtes ou achats institutionnels responsables susceptibles de débloquer le système). Au Brésil, par exemple, des efforts concertés ont été déployés ces dix dernières années pour contester les structures de pouvoir et faire entendre la voix de la société civile dans une nouvelle série d'institutions chargées d'élaborer des politiques alimentaires. Au Brésil, le Conseil national de sécurité nutritionnelle et alimentaire (CONSEA) a été une source d'inspiration pour l'ensemble de l'Amérique latine (Paes-Sousa et Vaitsman 2014). Considérer les systèmes alimentaires sous l'angle de l'économie politique ne permet pas un classement clair, mais favorise une analyse nuancée de leur évolution jusqu'à leur forme actuelle et l'identification d'éventuels points de levier pour le changement.

devraient s'engager à œuvrer avec les acteurs de la nutrition à la définition d'indicateurs et paramètres susceptibles de nous renseigner sur les systèmes alimentaires en faveur de la nutrition. Le processus devrait prévoir la collecte de données intégrées représentatives au niveau national et couvrant l'agriculture, les systèmes alimentaires, la nutrition et la santé. Il importe d'aider les pays à améliorer la qualité de leurs données, lesquelles ne permettent actuellement aucun parallèle entre les systèmes alimentaires et les résultats en matière de nutrition et de santé en raison de l'absence de liens entre les enquêtes sur l'agriculture, les systèmes alimentaires et la nutrition.

2. En s'inspirant de l'expertise des **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires**, les États devraient définir une série d'indicateurs de mesure des intrants, des processus et des résultats caractérisant leurs systèmes alimentaires nationaux respectifs. Cela

permettrait aux pays de mieux comprendre le fonctionnement de leur système alimentaire et la voie à suivre pour améliorer la nutrition et la durabilité. Les mesures chiffrées permettent par ailleurs aux citoyens de responsabiliser leurs gouvernements face à l'impact sur la santé et la durabilité de leurs politiques relatives aux systèmes alimentaires.

3. Les **États** devraient élaborer, mettre en œuvre et surveiller des plans et politiques visant à rendre leurs systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition. L'éventail des options disponibles pour y parvenir est potentiellement immense. Les États à tous les niveaux de revenus ont donc besoin d'un processus minutieux et détaillé d'identification des options politiques à fort impact, susceptibles de rendre leurs systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition. Il conviendrait d'aider les pays à faible revenu à mener à bien cette mission.



RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITÉ DES ENTREPRISES DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION

LES ACTIONS ET ACTIVITÉS DES ENTREPRISES ONT UN IMPACT PROFOND SUR LES RÉSULTATS NUTRITIONNELS. Indépendamment de leur taille, les grandes, moyennes ou petites entreprises employant des salariés, produisent des biens (nourriture, boissons, médicaments) et des services (eau et assainissement) déterminants pour la nutrition. Elles recrutent la majeure partie de leurs effectifs au

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Les entreprises influent fortement sur la nutrition en orientant les décisions d'achat des individus. Elles agissent également sur les services qu'ils reçoivent, sur leurs conditions de travail et sur les impacts environnementaux auxquels ils font face, et contribuent aux recettes fiscales disponibles pour la prestation de services publics.
2. Les actions des entreprises peuvent avoir des résultats tant positifs que négatifs sur la nutrition. Une plus grande redevabilité pourrait contribuer à accroître les premiers et réduire les seconds.
3. De nombreuses possibilités s'offrent aux entreprises en matière d'engagements positifs à l'égard de la nutrition en dehors des secteurs habituels, les réseaux de téléphonie mobile, notamment.
4. Les analyses aident à identifier les domaines qui pèchent par leur faible degré de responsabilisation. Ainsi, les 25 plus grandes entreprises alimentaires du monde affichent des performances particulièrement mauvaises en matière de divulgation des informations sur leur utilisation de déclarations nutritionnelles et de santé et sur la divulgation de leurs positions et activités de plaidoyer.
5. Il existe une multitude de mécanismes potentiels pour renforcer la redevabilité – législatifs, volontaires ou informels. Cependant, étant donné les capacités relatives de certains États et grandes entreprises, leur mise en application a peu de chances d'être efficace.
6. Des mesures concrètes peuvent être prises pour renforcer la redevabilité des entreprises quant à leurs impacts sur la nutrition.

sein de la population active, dont les conditions de travail sont un facteur important de la santé globale de la population. Les activités des entreprises agissent également sur l'environnement, qui influe à son tour sur les résultats nutritionnels.

En définitive, les entreprises servent à créer de la valeur pour le compte de leurs investisseurs et actionnaires. Des conflits d'intérêts surviennent lorsque cet impératif ne concorde pas avec l'amélioration de la santé publique. L'éventail des objectifs et des activités menées par les entreprises peut par conséquent avoir des répercussions à la fois positives et négatives sur la nutrition (Stuckler et coll. 2012 ; Gomes et Lobstein 2011).

L'objet de ce chapitre est de contribuer au renforcement de la redevabilité des entreprises en termes de résultats nutritionnels et, en définitive, à multiplier leurs impacts positifs tout en réduisant leurs effets nuisibles. Il traite cette question au cours d'une brève présentation du paysage d'intervention des entreprises dans les activités liées à la nutrition, notamment l'éventail de secteurs dans lesquels leurs activités commerciales peuvent influencer sur les résultats nutritionnels. Il résume également plusieurs comportements considérés comme favorables ou défavorables aux résultats nutritionnels. L'accent est mis principalement sur le renforcement des mécanismes de redevabilité, soient-ils réglementaires, politiques, de marché ou fondés sur la rétroaction, et susceptibles de faire en sorte que les pratiques des entreprises aboutissent à un accroissement des bons résultats nutritionnels aux dépens des mauvais.

De toute évidence, les questions portant sur les entreprises et la nutrition n'ont pas de réponses faciles et ne se résolvent pas par des analyses simplistes (Johnston et Finegood 2015). Par exemple, le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS, qui définit la relation de cette institution avec les groupes de la société civile et les entreprises, fait depuis plusieurs années l'objet de pourparlers, avec d'autres négociations encore prévues à l'occasion de la 69^e Assemblée mondiale de la santé de 2016.

PAYSAGE D'INTERVENTION DES ENTREPRISES DANS LES ACTIVITÉS LIÉES À LA NUTRITION

S'il est avéré que les entreprises sont déjà engagées dans des activités qui influent sur l'état nutritionnel, que doivent-elles modifier dans leur démarche ?

Le Tableau 8.1 présente un aperçu du paysage dans lequel les entreprises peuvent agir sur l'état nutritionnel et les

opérations liées à la nutrition. Outre la production, la transformation, la distribution, la commercialisation et la vente au détail des produits alimentaires, d'autres secteurs touchent de près ou de loin ce domaine. Le secteur de la santé fournit des médicaments et des produits et services qui agissent sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et contribue à l'établissement des normes de santé. Le secteur de la téléphonie mobile est de plus en plus impliqué dans des initiatives de santé et de nutrition mobiles à travers la fourniture d'informations nutritionnelles aux femmes enceintes et aux tuteurs des enfants. Les médias, souvent négligés en tant que secteur commercial, peuvent fortement influencer la définition de normes nutritionnelles par le biais de la publicité, des événements qu'ils choisissent de couvrir, et de la manière de les aborder. Les entreprises s'engagent dans des domaines très variés : recherche et développement, livraison, consultation en matière de mise en œuvre, changement des comportements, services au comptoir, et potentiellement, renforcement de la redevabilité (notamment à travers des initiatives des médias).

Le Tableau 8.2 décrit des types d'actions par lesquelles les entreprises peuvent agir sur la nutrition. Des études de cas évaluées par les pairs montrent par exemple que les petites et moyennes entreprises locales contribuent à élargir l'accès aux denrées alimentaires enrichies localement (Nwuneli et coll. 2014 ; Piccoli et coll. 2012 ; Yiannakis et coll. 2014), en dépit des nombreux problèmes à surmonter pour assurer la viabilité du marché (Humphrey et Robinson 2015). D'autres activités commerciales sont, quant à elles, nuisibles. Il existe deux motifs de discordance récurrents sur le rôle des entreprises : 1) leur influence sur les politiques publiques, et 2) leurs actions de marketing et de promotion de produits qui contreviennent au principe d'une alimentation saine, tels les substituts du lait maternel (Encadré 8.1) ou les aliments riches en matières grasses, sucres et sodium, dont les boissons sucrées.

Loin d'être les seuls, ces points de désaccord mettent en évidence deux problèmes. Tout d'abord, les avantages et les risques liés à la manière dont les professionnels de la nutrition et des services publics collaborent avec les entreprises, qu'il convient d'examiner de plus près. À l'heure actuelle, les données disponibles pour réaliser une telle évaluation ne sont pas suffisantes (cf. partie suivante). Deuxièmement, comme l'indique le Tableau 8.1, le paysage est vaste dans lequel il serait bon d'amorcer un virage des actions nuisibles à des interventions plus positives, même si nous manquons encore de données permettant d'identifier les domaines d'impact les plus prometteurs. On néglige souvent le potentiel de ces engagements positifs dans certains de ces domaines, notamment en raison de l'attention que suscitent, à juste titre, les résultats négatifs.

TABLEAU 8.1 Exemples d'activités commerciales qui influent sur l'état nutritionnel, par secteur et domaine d'activité

| Domaine d'activité | Secteur | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| | Production et transformation alimentaires | Distribution et commerce de détail alimentaires | Environnement sanitaire | Technologies mobiles | Médias |
| Établissement de priorités pour les politiques publiques | Probablement beaucoup de lobbying informel Quelques forums formels | | | | |
| Politiques concernant le lieu de travail | | | Conditions générales de travail Protection du congé de maternité Installations sanitaires propres et sûres Conséquences environnementales des actions | | |
| Recherche et développement | Nouveaux engrais, nouvelles cultures, méthodes agricoles Nouvelles méthodes de transformation et d'enrichissement des aliments | Nouveaux modèles commerciaux pour la distribution, comme la microfranchise | Nouveaux médicaments, nouvelles procédures, formations et infrastructures médicales Nouveaux produits liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (tels les comprimés, filtres, carafes de purification, désinfectants pour les mains à faible coût, latrines hygiéniques et abordables, tests de dépistage de les infections par les vers) | Recherche sur la façon dont les individus préfèrent recevoir les messages sanitaires | |
| Consultation sur le caractère réalisable des politiques proposées | Sur les normes et réglementations en matière d'enrichissement Sur les normes de sécurité alimentaire | Sur l'étiquetage des aliments en matière de sécurité et de contenu nutritionnel Sur l'environnement obésogène | Sur les normes de sécurité et d'autorisation | Sur l'octroi d'autorisations, la confidentialité et l'exactitude des messages | Sur la liberté de la presse, l'exactitude des rapports |
| Livraison/prestation | De nutriments via l'enrichissement, la supplémentation ou les produits naturels | Via les points de vente au détail Via les établissements publics (écoles, hôpitaux, prisons) | Dans les écoles et d'autres établissements de service public De services via des marchés publics ou des obligations d'impact social Nombreux prestataires privés | D'informations et de diagnostics de santé de qualité variable | D'informations de qualité variable |
| Achats dans les points de vente | | Une part croissante des aliments sont achetés Une part croissante des aliments achetés sont transformés | Nombre de médicaments et de traitements sont achetés en vente libre et à titre privé | | |
| Changement des comportements | Publicité et marketing de produits et de services | Publicité et marketing de produits et de services | Publicité et marketing de produits et de services médicaux et liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène | Utilisation du téléphone mobile dans le cadre d'initiatives sur la santé et l'agriculture pour transmettre des messages approuvés par le gouvernement, promotion de services de l'opérateur de téléphonie mobile auprès des consommateurs | Publicité dans les médias pour sensibiliser le public et créer une demande |
| Redevabilité de l'ensemble des acteurs du système | | | | | Production de rapports sur les résultats des exercices de redevabilité |

Source : Auteurs.

Note : Les cellules orange correspondent aux niveaux de controverse relativement élevés. Les cellules vides n'indiquent pas nécessairement des domaines dénués d'activité commerciale.

TABLEAU 8.2 Exemples d'actions par lesquelles les entreprises influencent l'état nutritionnel

| | Influence directe | Influence indirecte |
|--|--|---|
| Action vraisemblablement positive pour l'état nutritionnel | <ul style="list-style-type: none"> Élargir l'accès aux aliments enrichis, en parfaite conformité avec les politiques et plans nationaux Faciliter pour les consommateurs le choix d'options plus saines, par exemple grâce à l'étiquetage sur le devant de l'emballage, au placement des produits et à des prix abordables Reformuler les produits pour améliorer leur profil nutritionnel Fournir des informations utiles sur les étiquettes des produits, comme les informations nutritionnelles Consolider les pratiques de santé au travail, comme les politiques de congé de maternité Appliquer des pratiques fondées sur des données probantes lors de l'élaboration d'allégations nutritionnelles et de santé Soutenir la recherche et le développement de nouvelles technologies favorisant la nutrition Soutenir les initiatives sur l'éducation et la sensibilisation en matière de nutrition approuvées par le gouvernement Commercialiser et promouvoir les produits de façon responsable (par exemple, promotion restreinte auprès de groupes vulnérables comme les enfants) Respecter les normes et meilleures pratiques mondiales sur la santé Respecter les bonnes pratiques de fabrication, les normes de sécurité et de qualité alimentaire et l'ensemble des lois et normes applicables | <ul style="list-style-type: none"> Créer des emplois Payer des impôts Prendre des décisions de tarification |
| Action vraisemblablement négative pour l'état nutritionnel | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser leur pouvoir économique pour nuire aux politiques publiques en faveur de la nutrition lorsqu'elles vont à l'encontre de leurs intérêts Exercer des niveaux d'influence inacceptables auprès des responsables politiques Fournir des informations trompeuses ou difficiles à interpréter Utiliser des stratégies de marketing augmentant la fidélité à la marque pour des produits malsains et nuisibles à l'environnement Mener des actions commerciales inappropriées auprès de groupes vulnérables Enfreindre la loi, par exemple en omettant d'ajouter des micronutriments obligatoires aux aliments Communiquer des messages qui ne soutiennent pas, voire qui contredisent les politiques et messages nationaux en faveur de la nutrition Ne pas soutenir les politiques et normes de meilleures pratiques (par exemple, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel) Créer des produits malsains Ne pas respecter leurs propres normes et codes d'autoréglementation | <ul style="list-style-type: none"> Fournir des informations nutritionnelles difficiles à interpréter Utiliser les téléphones mobiles pour transmettre au public des messages nutritionnels qui ne sont pas nécessairement en phase avec les priorités du pays |

Source : Auteurs.

MÉCANISMES DE REDEVABILITÉ INCITANT LES ENTREPRISES À AMÉLIORER LEURS RÉSULTATS NUTRITIONNELS

Les mécanismes de redevabilité sont essentiels pour renforcer l'efficacité de toutes les parties prenantes aux efforts d'amélioration de la nutrition. Ils sont nécessaires pour accroître les actions des entreprises en en faveur de la nutrition aux dépens de leurs actions nuisibles. Le cycle d'évaluation des données factuelles se rapportant aux engagements et politiques, à l'adoption d'arrangements avec d'autres acteurs visant à exploiter au mieux ces engagements, au partage d'informations sur les engagements et politiques, à l'application de mesures incitatives pour stimuler les pratiques de promotion de la nutrition, et au suivi des évolutions ultérieures de ces pratiques et poli-

tiques est important pour tous les acteurs de la nutrition, soient-ils publics ou privés. Ces mesures peuvent permettre de bâtir des relations productives et de mettre un terme à celles qui ne le sont pas, sans compter leur potentiel d'instauration de la transparence et de la confiance. Toutes ces caractéristiques sous-tendent une action multipartite en faveur de la nutrition.

Contraindre les entreprises à rendre des comptes pose un certain nombre de défis particuliers. Tout d'abord, la divulgation d'informations peut avoir des conséquences commerciales : la transparence n'est donc pas aussi simple à mettre en place que dans le secteur public. Deuxièmement, il faut compter avec le pouvoir économique et politique indéniable des grandes entreprises, lequel, tout en leur conférant les capacités de se soumettre aux mécanismes de redevabilité, leur permet aussi de les contes-

ENCADRÉ 8.1 COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL ET CONFLITS D'INTÉRÊTS : DEUX SUJETS BRÛLANTS

ELLEN PIWOZ

Rien n'est plus sujet à controverse, dans l'univers de la nutrition, que les initiatives du secteur privé destinées aux enfants de moins de 2 ans, pour qui l'allaitement maternel est recommandé. Les entreprises qui produisent et commercialisent des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons se livrent une concurrence féroce sur un marché faiblement réglementé, évalué à 58 milliards de dollars EU en 2013, et en croissance régulière (Euro-monitor, 2013). En 2014, seuls 39 pays avaient intégré à leur législation nationale l'ensemble des dispositions principales du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (UNICEF, 2014). Ce Code a été adopté il y a plus de 34 ans pour cesser la promotion préjudiciable des substituts du lait maternel, pour faire en sorte que les consommateurs disposent d'informations correctes et protéger l'allaitement maternel (OMS, 1981).

Plusieurs facteurs expliquent les relations tendues avec les entreprises productrices de lait reconstitué. La commercialisation agressive des substituts du lait maternel nuit à la pratique et aux normes en matière d'allaitement maternel, notamment lorsque des échantillons gratuits sont livrés aux hôpitaux et que

des professionnels de la santé, en qui les parents ont confiance, en font la promotion (Piwoz et Huffman, à paraître). Les nouvelles stratégies de promotion des produits, telles que la prolifération des laits reconstitués pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois, la promotion sur les médias sociaux et le commerce électronique, sont considérées par beaucoup comme des tentatives de contourner le code des entreprises. La confiance est encore plus compromise lorsque les fabricants de lait artificiel et les associations professionnelles exercent des pressions sur les gouvernements pour affaiblir les règlements régissant sa commercialisation ou pour influencer d'autres politiques nutritionnelles. Comme nous l'avons appris par ailleurs, la confiance dans le secteur ne peut être rétablie que si les entreprises mettent fin à ces pratiques nuisibles. Cela ne s'est pas encore produit pour la commercialisation des substituts du lait maternel, et les entreprises continuent de violer le code de différentes façons, même lorsqu'une législation nationale est en vigueur (cf., par exemple, Kean, 2014). La commercialisation d'aliments complémentaires et de

produits riches en graisses, sucre et sel pour enfants est tout aussi critiquée.

Ces questions commerciales brûlantes, comme bien d'autres, tournent autour du profit, de l'influence et des conflits d'intérêts. Lorsque la rentabilité des entreprises dépend de la vente de produits susceptibles de nuire à la santé publique, et lorsque ces mêmes entreprises cherchent à travailler avec des gouvernements, des ONG et d'autres acteurs responsables de la promotion et de la protection du bien-être des citoyens, un conflit d'intérêts se fait jour. Bien qu'ils soient nombreux à considérer que les entreprises devraient être consultées dans le cadre des discussions sur les politiques nutritionnelles, la limite est tracée dès lors qu'il s'agit de négocier des décisions politiques, car les intérêts des entreprises peuvent compromettre, entraver ou primer sur ceux des gouvernements et des consommateurs. Cependant, la frontière entre la consultation et la négociation est souvent floue, en particulier dans contextes d'asymétrie des pouvoirs. Une plus grande transparence sur ces questions — en particulier sur qui a rencontré qui, quand et ce qui a été dit — s'impose, et des principes de redevabilité devraient être appliqués par l'ensemble des parties prenantes (Swinburn et coll., 2015).

ter et de s'y soustraire à leur gré. Cette partie examine brièvement les options, initiatives et outils de promotion de la redevabilité des entreprises. Elle adapte les cadres utilisés dans Swinburn et coll. (2015) et dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* pour souligner la nécessité : 1) d'identifier les engagements et les moyens de les exploiter au mieux à travers les relations, 2) de prendre des engagements transparents auprès d'un large public, 3) d'adopter des mesures incitatives et de faire respecter ces engagements, et 4) d'établir s'ils ont été porteurs d'améliorations au niveau des résultats et des comportements.

IDENTIFIER ET EXPLOITER AU MIEUX LES ENGAGEMENTS

La première étape du renforcement de la redevabilité consiste à assurer le suivi des objectifs de nutrition et de santé et des actions – législatives, politiques et volontaires – mises en œuvre pour les réaliser. Dans l'ensemble, il reste encore beaucoup à faire dans le suivi des actions des entreprises. Le Réseau international d'aide à la recherche, au suivi et à l'action sur l'alimentation et l'obésité/les maladies non transmissibles (*International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support* – INFORMAS) procède au suivi d'une

série d'actions d'entreprises, bien que ce suivi se limite à quelques pays seulement, à l'heure actuelle. Le Rudd Center for Food Policy and Obesity de l'Université du Connecticut a suivi les engagements d'entreprises en matière de commercialisation d'aliments ciblant les enfants. Nutrition pour la croissance et le Réseau d'entreprises SUN assurent eux aussi le suivi d'une série d'engagements d'entreprises (Chapitre 3). En collaboration avec l'UNICEF, le Réseau de groupes d'action pour l'alimentation infantile (International Baby Food Action Network – IBFAN), Helen Keller International et le Comité scientifique de l'alimentation humaine (CSAH), l'OMS œuvre à la création d'un réseau international dédié au renforcement des activités de suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ce dernier, appelé NetCode, évaluera entre autres la conformité des entreprises.

Dans certains cas, des engagements en matière de nutrition sont pris par les entreprises uniquement lorsqu'elles peuvent s'appuyer sur des initiatives du secteur public ou les exploiter, ce dernier déclarant à son tour tirer profit des engagements des entreprises. Un certain nombre de partenariats public-privé ont été développés pour mettre à profit les efforts publics et privés en matière de nutrition. Ces partenariats se déclinent sous diverses formes d'entités publiques, entités à but non lucratif ou financées par des fonds publics ou privés, ou entreprises à but lucratif, et peuvent varier des engagements transactionnels à des partenariats intégratifs (Johnston et Finegood 2015). Une étude de Hoddinott et coll. (à paraître) décrit un large éventail de dispositifs sous la bannière de partenariats public-privé en matière de nutrition (Encadré 8.2).

Peu de preuves rigoureuses confirment la valeur ajoutée de ces partenariats public-privé (Hoddinott et coll. à paraître ; Swinburn et coll. 2015). Même pour les relations public-privé qui remportent l'adhésion manifeste des partenaires, telle la relation entre le Programme alimentaire mondial (PAM) et la multinationale Royal DSM spécialisée dans les sciences de la vie, aucune évaluation de l'impact global sur les résultats en matière de nutrition n'a été réalisée (Bahl et coll. 2015). Il convient par ailleurs de cerner les inconvénients des PPP. À titre d'exemple, Hawkes et Buse (2011) font remarquer que l'utilisation sans discrimination du terme « partenariat » a « brouillé le discours » portant sur le moment, la manière et avec qui engager des partenariats. Brady et Rundall (2011) appellent à une définition claire de la relation public-privé et à une gestion plus transparente des conflits d'intérêts, et préconisent en outre de bannir tout simplement le terme « partenariat ».

Les travaux de Kraak et coll. (2011) insistent sur la nécessité d'une plus grande clarté. Ils analysent les partenariats, les alliances et les interactions de 15 entreprises

transnationales alimentaires, de boissons et de restauration ou à service rapide, avec les agences des Nations Unies, les agences gouvernementales et les ONG pour relever les défis mondiaux de la nutrition. Leur analyse conclut que tous les partenaires devraient adopter des processus de redevabilité systématiques et transparents afin d'équilibrer les intérêts commerciaux privés et les intérêts de santé publique. Pour les PPP existants, il conviendrait de rendre publiques les facteurs à l'origine des décisions d'engagement. Des recherches approfondies s'imposent également afin de comprendre les contextes et caractéristiques des PPP qui tendent à produire des résultats positifs en matière de nutrition.

PARTAGE D'INFORMATIONS SUR LA NATURE DES ENGAGEMENTS

De nombreux citoyens tendent à se méfier des entreprises qui agissent dans l'intérêt public, et de ce fait de l'État lorsque celui-ci collabore avec les entreprises. Dans ce cas, la transparence constitue une première étape du renforcement de la redevabilité. Qu'est-ce que les acteurs de la nutrition peuvent apprendre des initiatives d'autres secteurs sur le partage d'informations relatives à la nature des engagements ? Il existe un secteur où règne une grande méfiance envers les entreprises et l'État d'une part, et entre ces deux groupes d'autre part : le secteur des industries extractives. En 2007, une coalition de gouvernements, entreprises et groupes de la société civile a créé l'Initiative pour la transparence dans les industries extractives (ITIE) afin d'instaurer la confiance et de promouvoir une gestion plus transparente et responsable des ressources naturelles. La dernière évaluation de l'ITIE conclut que la transparence s'est améliorée au niveau des pays, ce qui n'est pas le cas pour la redevabilité, parce que les améliorations politiques, juridiques et institutionnelles qui s'imposent n'ont pas été mises en place (Scanteam 2011). Locke et Henley (2013) citent plusieurs autres initiatives destinées à renforcer la transparence des transactions de l'État avec les entreprises aux yeux des citoyens. Il existe vraisemblablement un potentiel pour une initiative en faveur de la transparence dans l'industrie de la nutrition, qui permettrait de développer une norme de conduite mondiale en vue de renforcer la transparence des systèmes de rapports publics et privés pour éclairer le débat public et renforcer la confiance. Il conviendrait de poursuivre les discussions en ce sens.

MOYENS DE FAIRE PROGRESSER LES PRATIQUES DE PROMOTION DE LA NUTRITION

Les mécanismes de redevabilité peuvent être réglementaires, politiques ou fondés sur les marchés et sur les évaluations. Le Tableau 8.3 présente un cadre de relations de redevabilité développé dans une série récente du *Lancet* consacrée à

ENCADRÉ 8.2 DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ POUR RÉDUIRE LA SOUS-ALIMENTATION

JOHN HODDINOTT, STUART GILLESPIE ET SIVAN YOSEF

Les discussions sur les partenariats public-privé (PPP) en matière de sous-alimentation se caractérisent par l'optimisme pour certains, la méfiance pour beaucoup, et la confusion pour tous. Optimisme car le secteur privé est considéré comme une source potentielle d'expertise, de ressources techniques et de nouveaux financements en faveur de la nutrition. Méfiance car de nombreux acteurs de la société civile et des gouvernements ont été confrontés à des comportements du secteur privé nuisibles aux politiques publiques. Confusion parce que les termes « nutrition » et « PPP » sont rarement définis précisément dans les débats sur le rôle des PPP, donnant lieu à des discussions vides de sens ou trop denses, mais peu informatives, et parce que l'on dispose de peu de preuves indépendantes corroborant le succès de ce type d'initiatives.

Les PPP ont le potentiel de mobiliser des ressources, d'exploiter les capacités de développement et de prestation de services du secteur privé et d'appliquer rapidement, efficacement et à grande échelle des interventions, entre autres nombreux avantages. L'éventail des mesures visant à réduire la sous-alimentation et celui des actions dans lesquelles s'implique activement le secteur privé sont aussi vaste l'un que l'autre, et se chevauchent largement. Sur le plan nutritionnel, les PPP sont les mieux placés pour opérer dans les contextes où les avantages (en termes de réduction de la sous-alimentation) sont les plus manifestes, où les solutions du secteur

public ne sont pas facilement disponibles, efficaces ou durables, et où les risques de résultats défavorables sont moindres. Quels sont ces contextes, et de quelles activités s'agit-il ?

Dans notre examen (Hoddinott et coll., à paraître), nous nous efforçons de structurer le débat en faisant la lumière sur les différents modèles d'engagement du secteur privé (contractuel/non contractuel, basé sur les intrants/les résultats) et les différents rôles que peuvent jouer les acteurs (financiers, exécutants, bénéficiaires). La littérature est submergée d'études de cas qui ne sont guère plus que des publicités commerciales. En filtrant ces publications afin de nous concentrer uniquement sur des exemples d'impacts documentés, nous n'avons trouvé que bien peu de preuves de bonne qualité, générées de façon indépendante, établissant l'impact des PPP sur la réduction de la sous-alimentation infantile. La prudence est donc de rigueur pour avancer. Dans les études de cas examinées, il était également clair que certains PPP sont couronnés de succès, mais ceux-ci tardent considérablement à se concrétiser. Des contrats clairs et contraignants, et des dispositifs visant à fixer et à pérenniser les engagements afin d'éviter les problèmes de renonciation s'imposent. Notre travail a aussi mis en évidence la résistance des entreprises du secteur privé à travailler en commun, à moins qu'elles n'y perçoivent un avantage concurrentiel.

Même lorsque des preuves solides démontrent qu'un PPP semble être

« gagnant-gagnant » car il permet aux deux partenaires d'atteindre leurs objectifs (par exemple, réduire la sous-alimentation et réaliser un bénéfice financier), cela ne suffit pas. Il importe de tenir compte de l'éthique de l'engagement, à savoir les intérêts des partenaires ont-ils été communiqués et discutés afin de divulguer les conflits réels ou potentiels ? Faut-il développer et maintenir des PPP avec des entreprises qui ont eu recours à des pratiques nuisant à la nutrition dans d'autres domaines ? Faut-il éviter les PPP car les participants sont tellement préoccupés par la mauvaise presse qu'ils peuvent renoncer à des opportunités de réduire la sous-alimentation ? Des PPP éthiques et efficaces exigent un processus administratif transparent, fondé sur des règles, dans le cadre duquel les projets sont élaborés et font l'objet de passations de marchés, comprenant des incitations équitables pour toutes les parties prenantes et des rendements équitables pour tous les partenaires, en tenant compte de leur niveau d'engagement et d'acceptation du risque. Il importe d'évaluer les intérêts commerciaux privés parallèlement aux intérêts de santé publique et de nutrition, de reconnaître et de gérer les conflits d'intérêts, d'adhérer à la législation et aux codes de conduite et d'évaluer l'ensemble des résultats du partenariat. On ne saurait ignorer le mérite du « bâton » que représentent les réglementations gouvernementales solides, rigoureusement appliquées, et de la « carotte » qui encourage les actions en faveur de la nutrition.

l'obésité (Swinburn et coll. 2015). Le tableau présente une liste exhaustive des mécanismes d'incitation positifs et négatifs. Les constats en matière de sécurité alimentaire montrent que la répression (ou la menace de répression) est essentielle si les relations doivent insuffler un changement de compor-

tement au sein du secteur (Yapp et Fairman 2006). L'initiative de diligence raisonnable en matière de droits humains insiste sur le fait que les États pourraient recourir bien plus systématiquement à la législation existante, en matière d'environnement, de droit de la consommation et du travail,

TABLEAU 8.3 Relations de redevabilité entre entreprises, gouvernements et société civile

| Type de mécanisme d'incitation | Gouvernements exigeant la redevabilité des entreprises du secteur privé | Société civile exigeant la redevabilité des entreprises du secteur privé |
|--------------------------------|---|--|
| Légal | Réglementation directe au moyen de lois, de règlements et de décrets précisant la conduite requise Réglementation par le biais d'institutions qui ont pour mandat de suivre la conformité et d'enquêter sur les plaintes Exigences que les aliments fournis dans le cadre de contrats de passation de marchés publics et de subventions gouvernementales (par exemple destinés aux écoles et aux hôpitaux) soient conformes aux normes nutritionnelles Procédure judiciaire en cas d'infraction à la loi | Protection des consommateurs par des organismes de défense du consommateur, qui ont le mandat de protéger la santé et le bien-être des consommateurs contre les pratiques néfastes et les allégations trompeuses des entreprises Procédure judiciaire en cas de torts causés par des produits nocifs pour revendiquer des droits constitutionnels (comme le droit à la santé ou à l'alimentation) |
| Quasi-réglementaire | Appui législatif et réglementaire pour rendre les initiatives du secteur privé plus responsables et plus crédibles, et plus à même d'atteindre des objectifs et de défendre des intérêts publics Création d'une attente crédible qui, en l'absence d'améliorations volontaires et mesurables de la performance, exigera la mise en place de formes de réglementation plus directes | Évaluation du respect par les entreprises des codes de conduite et des directives éthiques (par exemple, pour les spécialistes du marketing et les chercheurs travaillant pour ou au sein de l'industrie) Évaluation du respect par les entreprises de leurs promesses ou engagements volontaires unilatéraux ou multilatéraux |
| Politique | Communication claire des orientations et des attentes politiques du gouvernement aux parties prenantes de l'industrie Promotion de l'accès de la société civile aux processus d'élaboration des politiques, restriction de l'accès des entreprises en cas de conflits d'intérêts potentiels | Activisme actionnarial, par exemple sous la forme de propositions de résolutions lors des assemblées générales annuelles des sociétés Changement des pratiques commerciales en réponse à l'influence politique des organisations de la société civile, afin d'éviter des changements juridiques et réglementaires promus par ces organisations |
| Axé sur le marché | Taxes, subventions et concessions pour influencer le marché par le biais d'un impact sur les prix et pour modifier les coûts liés aux comportements des entreprises et des individus Passation de marchés publics pour stimuler une dynamique de marché favorable à des produits plus sains | Comportements d'investissement ou de désinvestissement afin de modifier les cours des actions des sociétés Actions visant à renforcer ou à affaiblir la demande des consommateurs pour les produits et services d'une entreprise (par exemple au moyen du boycottage) |
| Réactions publiques | Éloges ou critiques des performances des entreprises par des hommes politiques dans les médias | Éloges ou critiques des performances des entreprises par la société civile (via les médias, des campagnes de plaidoyer, des sondages d'opinion, les médias sociaux, les forums publics, des organismes de surveillance, des pétitions, des classements et des manifestations) |
| Réactions privées | Commentaires privés sur les performances, destinés à des acteurs clés des sociétés ou des organismes professionnels, provenant d'hommes politiques ou de fonctionnaires | Commentaires privés sur les performances, destinés à des acteurs clés des sociétés ou des organismes professionnels, provenant d'organisations de la société civile ou d'individus |

Source : Adapté de Swinburn et coll. (2015).

par exemple, pour faire en sorte que les entreprises respectent les droits humains (De Schutter et coll. 2012). Mais l'application des lois nécessite des ressources. Pour contrer les menaces de recours juridiques coûteux engagés par les grandes entreprises de l'industrie du tabac, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Bloomberg ont récemment créé un Fonds pour les litiges commerciaux antitabac, très modestement financé à l'heure actuelle, dans l'optique d'aider les pays à appliquer leurs propres mesures antitabac. Un fonds similaire pourrait aider les États à appliquer des règlements en matière de nutrition.

GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

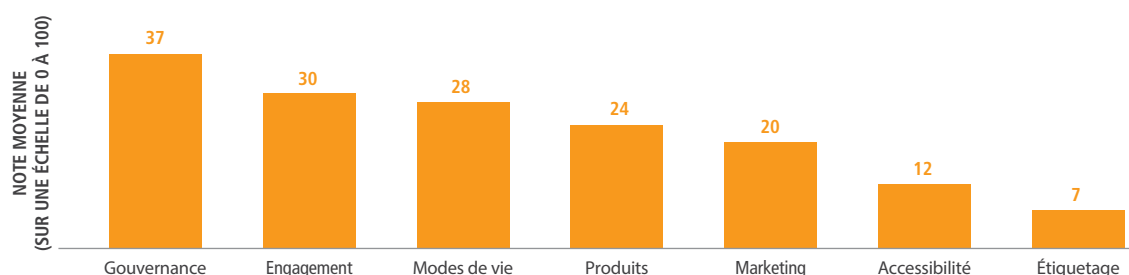
Des mécanismes s'imposent à leur tour pour gérer les conflits d'intérêts (Encadré 8.1). L'OMS œuvre à l'élabo-

ration d'un Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA), en partie pour gérer ces conflits. Ce Cadre vise à décrire les normes de gestion des risques liés aux collaborations entre l'OMS et les acteurs non étatiques, et serait appliqué à tous les échelons de l'institution. La création du Cadre répond à une requête expresse de l'Assemblée mondiale de la santé, au titre du processus de réforme de l'OMS entamé en 2011. Les négociations sur le contenu exact du document sont en cours et aucune décision concrète n'a encore été prise (OMS 2015d).

SUIVI DES ÉVOLUTIONS DES PRATIQUES ET POLITIQUES

Peu de recherches indépendantes ont étudié les impacts des entreprises sur la nutrition, sur la valeur ajoutée des différents types de dispositifs institutionnels et sur les

FIGURE 8.1 Scores moyens par catégorie des 25 entreprises sur leurs engagements, performances, et informations publiées dans l'ATNI 2013



Source : Auteurs, d'après des données fournies par l'ATNI.

meilleures pratiques commerciales en matière de nutrition (Gillespie et coll.2013). Hormis les travaux menés par le Rudd Center de l'Université du Connecticut sur l'obésité aux États-Unis, il n'existe en réalité aucun programme de recherche digne de mention sur les entreprises et la nutrition. Un programme de recherche majeur et indépendant ou un réseau dans ce domaine contribuerait de manière significative à la transparence et la redevabilité dans le paysage des entreprises et la nutrition.

Compte tenu de la nécessité d'instaurer la confiance par l'ouverture, la transparence et l'apprentissage, l'absence de programme de recherche indépendant majeur ou de réseau dans cet espace est difficile à justifier. L'indépendance est essentielle, car les conflits d'intérêts peuvent peser sur les résultats de recherche. À titre d'exemple, un exercice de revue systématique conclut que les études dont les chercheurs auraient déclaré des conflits d'intérêts financiers étaient cinq fois plus susceptibles de conclure à l'absence d'association positive entre la consommation de boissons sucrées et l'obésité que celles sans conflit d'intérêts (Bes-Rastrollo et coll.2013).

D'autres mécanismes de recherche pourraient être adaptés afin de promouvoir l'évaluation et la transparence. Par exemple, une base de données volontaire pour évaluer les partenariats public-privé pourrait être établie, y compris une déclaration d'intérêts concurrents ou de conflits d'intérêts potentiels inhérents à ces partenariats.

VERS UNE AMÉLIORATION DES OUTILS D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DES ENTREPRISES

L'indice d'accès à la nutrition (*Access to Nutrition Index* – ATNI) comprend un ensemble de normes permettant d'évaluer les efforts des entreprises en faveur de la nutri-

tion. En 2013, pour la première fois, l'ATNI a évalué et référencé 25 grands fabricants de produits alimentaires et de boissons sur la base de leurs engagements, performances et pratiques de divulgation relatives à lutte contre l'obésité et la sous-alimentation dans le monde (ATNI 2013). Sur la base d'informations du domaine public et de renseignements non divulgués fournis par les entreprises en vertu d'accords de confidentialité, l'entreprise MSCI de recherche spécialisée a mis au point l'ATNI en évaluant les sociétés à l'aune de 178 indicateurs d'engagement en matière de nutrition, pratiques et divulgation publique. Les indicateurs évaluent les mesures prises par les entreprises en vue de lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes, et comprennent un ensemble de questions plus spécifiques sur la sous-alimentation. Les données sont analysées pour aider à identifier les domaines dans lesquels des outils d'évaluation améliorés sont particulièrement souhaitables.

Toutes les entreprises ont été généralement mal notées sur l'indice. En d'autres termes, dans l'ensemble, les plus grands fabricants mondiaux de produits alimentaires et de boissons pourraient faire beaucoup plus pour améliorer leurs engagements en matière de nutrition, de pratiques et de divulgation publique. Seules trois entreprises ont obtenu un score global de synthèse supérieur à 5 sur une échelle de 10, tandis que la majorité n'a pas réussi à franchir la barre de 3. Le score le plus élevé atteint dans un classement distinct de la sous-alimentation était de 5,3 sur 10, la majorité ayant obtenu une note inférieure à 2. Il convient de préciser par ailleurs qu'un bon classement à l'ATNI n'est pas forcément synonyme de bonnes performances dans l'absolu.

La Figure 8.1 présente les scores moyens sur l'indice mondial 2013 dans chacune des 7 catégories ATNI. Chaque catégorie est évaluée sur une échelle de 0 à 100. (La deuxième évaluation est en cours et sera publiée en novembre 2015.) Le score moyen pour chaque catégorie était

TABLEAU 8.4 Indicateurs de l'ATNI 2013 sur lesquels les 25 entreprises ont obtenu la note 0

| Catégorie | Critère | Indicateurs sur lesquels toutes les entreprises ont obtenu 0 |
|---------------------------|---|---|
| Gouvernance | Systèmes de gouvernance et de gestion en matière de nutrition (1 indicateur sur les 19 de ce critère) | Sous-alimentation : Engagements : Les programmes (sur la sous-alimentation) de l'entreprise s'adressent aux enfants de moins de 2 ans et/ou aux femmes en âge de procréer. |
| Produits | Formulation des produits (2 indicateurs sur les 24 de ce critère) | Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise publie des informations sur l'impact sur ses activités provenant de l'intégration de nouveaux produits sains à son portefeuille. Sous-alimentation : Engagements : L'entreprise s'est fixé des objectifs sur l'augmentation de ses dépenses en R&D en vue du développement de produits enrichis OU sur le nombre de produits enrichis qu'elle prévoit d'introduire. |
| | Tarification des produits (2 indicateurs sur les 9 de ce critère) | Nutrition en général : Engagements : L'entreprise définit des objectifs concernant l'abordabilité de ses produits sains. Sous-alimentation : Engagements : L'entreprise définit des objectifs d'amélioration de l'abordabilité de ses produits enrichis. |
| Stratégie d'accessibilité | Distribution des produits (3 indicateurs sur les 9 de ce critère) | Nutrition en général : Engagements : L'entreprise établit des objectifs concernant l'accessibilité de ses produits sains. Nutrition en général : Engagements : L'entreprise établit des objectifs chiffrés concernant l'accessibilité de ses produits sains. Sous-alimentation : Engagements : L'entreprise établit des objectifs d'amélioration de l'accessibilité de ses produits enrichis. |
| | Audit et conformité aux politiques : ensemble des consommateurs (1 indicateur sur les 4 de ce critère) | Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise divulgue des renseignements détaillés sur la nature de son audit (concernant la conformité à sa politique en matière de marketing responsable). |
| | Dépenses publicitaires consacrées aux produits sains : ensemble des consommateurs (3 indicateurs sur les 9 de ce critère) | Nutrition en général : Engagements : L'entreprise a fixé des objectifs pour commercialiser en priorité des produits sains auprès de tous les consommateurs. Sous-alimentation : Performance : L'entreprise peut prouver qu'elle met particulièrement l'accent sur la commercialisation de ses aliments enrichis auprès des consommateurs. Sous-alimentation : Informations publiées : L'entreprise a publié des informations sur ses efforts pour commercialiser des produits enrichis. |
| Politique marketing | Dépenses publicitaires consacrées aux produits sains : enfants (1 indicateur sur les 5 de ce critère) | Nutrition en général : Engagements : L'entreprise a fixé des objectifs pour commercialiser en priorité ses produits sains auprès des enfants. |
| | Soutenir des programmes axés sur les consommateurs promouvant des régimes alimentaires sains et un mode de vie actif (2 indicateurs sur les 9 de ce critère) | Nutrition en général : Engagements : Les impacts du/des programme(s) (visant les consommateurs pour promouvoir une alimentation saine et un mode de vie actif) sont évalués. Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise publie des évaluations d'impact sur les programmes favorisant une alimentation saine et un mode de vie actif qu'elle soutient. |
| Étiquetage | Étiquetage nutritionnel (2 indicateurs sur les 10 de ce critère) | Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise publie une politique/des engagements détaillés sur l'étiquetage nutritionnel. Sous-alimentation : Informations publiées : L'entreprise présente sa politique sur l'étiquetage des micronutriments pour les produits ciblant les consommateurs exposés au risque de sous-alimentation. |
| | Allégations nutritionnelles et de santé (4 indicateurs sur les 7 de ce critère) | Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise publie ses engagements concernant l'emploi d'allégations nutritionnelles et de santé. Nutrition en général : Informations publiées : L'entreprise révèle si des plaintes ont été déposées contre elle des suites d'une mauvaise utilisation d'allégations nutritionnelles ou de santé. Sous-alimentation : Engagements : L'entreprise s'engage à utiliser des allégations nutritionnelles ou de santé concernant des produits enrichis, UNIQUEMENT s'ils ont été enrichis conformément aux normes Codex. Sous-alimentation : Informations publiées : L'entreprise divulgue sa politique sur l'étiquetage de ses produits enrichis. |

À suivre

Tableau 8.4 (suite)

| Catégorie | Critère | Indicateurs sur lesquels toutes les entreprises ont obtenu 0 |
|------------|---|---|
| Engagement | Politique de lobbying et d'influence auprès des gouvernements et des décideurs (3 indicateurs sur les 6 de ce critère) | Nutrition en général : Performance : L'entreprise fournit des exemples d'une prise de position contraire à celle d'une association industrielle, lorsque cette organisation défend une position que l'entreprise considère néfaste pour l'amélioration de la législation, de la réglementation ou du contrôle nutritionnel (par ex. rédaction d'une lettre ouverte exposant sa position). |
| | | Nutrition en général : Informations publiées : La société divulgue ses actions de lobbying sur les éléments suivants de son marché national : développement de réglementations sur les allégations nutritionnelles et de santé ; étiquetage sur le devant de l'emballage ; instruments fiscaux liés à la nutrition ; marketing destiné aux enfants |
| | | Sous-alimentation : Informations publiées : L'entreprise fournit un compte-rendu de ses activités de lobbying concernant la sous-alimentation. |

Source : Auteurs, d'après des données fournies par l'ATNI.

Note : « Nutrition en général » concerne la malnutrition sous toutes ses formes, y compris l'obésité ; « sous-alimentation » inclut les points mettant l'accent sur la sous-alimentation. Les cellules orange représentent les domaines pour lesquels toutes les entreprises ont obtenu 0 sur la moitié des indicateurs ou moins. Les indicateurs énumérés ici, pour lesquels toutes les entreprises ont obtenu 0, représentent 24 des 178 indicateurs constituant l'ATNI.

bien inférieur au maximum de 100 %. Les scores les plus bas des entreprises concernaient l'étiquetage (affichage d'informations, réclamations, plaintes à leur encontre) et l'accessibilité (prix, abordabilité et distribution). Des détails sont fournis dans le Tableau annexe A8.1 (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).

Toutes les entreprises ont obtenu une note de « zéro » sur 24 des 178 indicateurs de l'ATNI (Tableau 8.4). En tant que groupe, les entreprises ont enregistré des scores peu reluisants dans les domaines « Allégations nutritionnelles et de santé (étiquetage) » et « Politique de lobbying et d'influence auprès des États et des décideurs (engagement) » (en couleur dans le tableau). Il s'agit clairement de domaines où l'ensemble du secteur peut s'améliorer, et les États devraient envisager une législation qui les contraigne à le faire.

Ces types de données méritent une analyse plus approfondie que celle que nous fournissons. Et à mesure que la base de données s'étoffera au fil du temps, les possibilités d'analyse, d'enseignements et de plus grande rigueur méthodologique se développeront. De surcroît, une grande partie de la réflexion sur l'identification des engagements dont les entreprises devraient être redevables pourrait être consacrée aux entreprises extérieures au secteur alimentaire qui interviennent de près ou de loin dans la nutrition.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Une fois que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS sera finalisé, les **quatre grandes agences des Nations Unies les plus concernées par la nutrition – la FAO, l'UNICEF, le PAM et l'OMS – de concert avec d'autres organismes internationaux compétents**, devraient créer une commission inclusive, soumise à une échéance, pour clarifier les rôles et responsabilités des **entreprises** en matière de nutrition.

La commission devrait engager de vastes consultations avec toutes les parties concernées afin d'aboutir à une compréhension commune des rôles et responsabilités des entreprises en matière de nutrition. En outre, elle devrait évaluer les impacts que produisent différentes entreprises dans divers secteurs d'activités sur la nutrition. Elle devrait identifier les mesures incitatives et les réglementations susceptibles d'encourager les actions positives et de diminuer le nombre d'actions négatives. Enfin, la commission devrait définir la priorité des mécanismes de redevabilité dans lesquels investir. À l'heure actuelle, il n'existe aucun mécanisme largement accepté à l'appui de ce dialogue, en l'absence duquel la redevabilité et les possibilités d'actions positives des entreprises sont compromises.

Indépendamment de la création d'une telle commission, il conviendrait de prendre les mesures supplémentaires suivantes :

1. **Les bailleurs de fonds de la recherche** devraient financer des programmes à long terme pour générer des données sur les initiatives porteuses et celles qui ne fonctionnent pas en termes de participation des entreprises à la nutrition. À l'heure actuelle, il existe trop peu de données factuelles pour orienter l'amélioration de la redevabilité. Des recherches s'imposent pour : 1) élaborer des paramètres visant à orienter les actions et promouvoir la redevabilité, et 2) évaluer de manière indépendante et transparente les mesures mises en œuvre par les entreprises pour améliorer la nutrition.
2. Toutes les **entreprises alimentaires** devraient améliorer leurs performances dans les domaines où les indicateurs de l'Indice d'accès à la nutrition (ATNI) ont révélé des faiblesses. Les scores de l'ATNI 2016 devraient comparer les performances des 25 entreprises à l'aune des 24 indicateurs pour lesquels elles ont toutes obtenu zéro en 2013.

3. **Les États** devraient renforcer les cadres réglementaires visant à réduire les effets négatifs des entreprises sur la nutrition. D'ici la fin de l'année 2016, les **bailleurs de fonds** devraient étudier la mise en place d'un fonds pour renforcer les capacités des organismes publics à élaborer, renforcer et appliquer des règlements sur la conduite des affaires. La réglementation devrait tenir compte de la dimension internationale de nombreuses entreprises et du potentiel de la réglementation à encourager l'action positive et à uniformiser les règles du jeu pour toutes.
4. **Les États** devraient promouvoir la transparence en établissant un registre des partenariats public-privé et d'autres mécanismes formels d'engagement. Cela permettrait à tous de voir les conditions dans lesquelles les collaborations public-privé sont établies.
5. **Les États** devraient explorer une collaboration potentielle avec les entreprises au-delà du secteur de l'alimentation. Par exemple, une initiative commune avec les opérateurs de réseaux de téléphonie mobile dans le domaine de la nutrition pourrait se révéler porteuse de changements au niveau des comportements et d'améliorations sur le plan de la redevabilité pour un large éventail d'acteurs de la nutrition.



9

RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITÉ : ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES EXPÉRIENCES INHÉRENTES ET ÉTRANGÈRES AU CONTEXTE DE LA NUTRITION

LA REDEVABILITÉ EST LE CIMENT QUI ASSURE LA COHÉSION ENTRE L'ENGAGEMENT ET L'ACTION ; SON RENFORCEMENT EST DONC UNE PRIORITÉ. Faire preuve de redevabilité dans le domaine de la nutrition est difficile car l'amélioration de la nutrition implique que différents secteurs se concertent sans néanmoins disposer d'un

PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Les engagements en matière de nutrition doivent être SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps), et, le cas échéant, propres au pays.
2. L'Afrique et l'Asie se ressemblent sur le plan de leurs parts d'indicateurs disponibles (75 %) dans les profils nutritionnels nationaux. Les données relatives aux régimes des nourrissons et jeunes enfants sont celles qui, parmi tous les indicateurs existants, présentent le plus de déficits. Seuls 14 % des pays les détiennent, ce qui reflète le caractère nouveau de la collecte de ces données.
3. Davantage de données n'amènent pas toujours à plus de clarté pour orienter les actions. Les données doivent être recueillies avec cohérence sur le long terme, comme le montrent les études menées sur l'Inde et le Mali.
4. Une panoplie d'approches s'impose pour combler les déficits de données essentielles. Deux exemples sont présentés – les enquêtes de couverture post-campagne et l'utilisation des téléphones mobiles à des fins de surveillance –, mais la valeur ajoutée de l'approche adoptée sera fonction du contexte.
5. Les mécanismes de redevabilité sociale sont une solution citoyenne d'évaluation des engagements et de renforcement de l'action. Il n'existe que de rares mises en application de ces mécanismes dans le domaine de la nutrition.

siège institutionnel formel. Les six cibles mondiales de la nutrition fixées par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) pour 2025 forment un mécanisme de redevabilité essentiel dont nous présentons les progrès au Chapitre 2. Nous identifions et examinons ici d'autres mécanismes (propres ou non au domaine de la nutrition) susceptibles d'être utilisés pour responsabiliser davantage les acteurs de la nutrition vis-à-vis des citoyens, y compris ceux qui sont mal nourris.

Pour structurer ce chapitre, nous utilisons un modèle d'engagement simple en quatre étapes. Premièrement, identifier les engagements. Par exemple, quels enseignements pouvons-nous tirer des tableaux de bord d'engagements réalisés dans d'autres domaines que celui de la nutrition ? Deuxièmement, assurer le suivi des engagements, un processus qui fait appel à la collecte de données. Quels sont les déficits de données et quelles innovations pourraient permettre de les combler ? Troisièmement, évaluer si l'engagement a été respecté. De telles évaluations requièrent de combiner des approches ascendantes et descendantes, non seulement pour vérifier par recoupement les informations, mais aussi pour donner des moyens aux bénéficiaires éventuels de ces engagements. Nous examinons succinctement, au-delà de la documentation disponible dans le domaine de la nutrition, ce qui fonctionne en matière de redevabilité sociale. Quatrièmement, une fois l'évaluation conduite, de quelle façon les mesures d'incitation et de dissuasion peuvent-elles encourager une réponse positive ? Pour illustrer certaines de ces problématiques, nous examinons tant les expériences menées en dehors du domaine de la nutrition (indice sur l'accès aux médicaments) qu'en son sein (réponses humanitaires apportées à des situations d'urgence). Enfin, nous concluons par un appel à un travail d'analyse susceptible d'établir si, et comment, les mécanismes de gouvernance nutritionnelle actuels peuvent renforcer davantage la redevabilité à l'égard des citoyens, notamment en termes d'actions visant à améliorer la nutrition.

IDENTIFICATION DES ENGAGEMENTS

Il n'est pas simple d'identifier un engagement destiné à améliorer la nutrition. Par exemple, le Chapitre 3 indique que seul un faible pourcentage des engagements pris dans le cadre du Pacte N4G sont SMART, c'est-à-dire spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps. En outre, le Chapitre 5 souligne le besoin de recourir à une analyse poussée des allocations financières avant qu'un élément puisse, sans équivoque, être qualifié d'engagement nutritionnel. L'assimilation d'un objectif à un engagement nutritionnel, lorsque celui-ci a

pour objet l'avancement d'une autre cause, ne peut que compromettre la redevabilité. Le manque de convergence nécessaire des engagements est bien illustré par l'indice d'engagement sur la faim et la nutrition (*Hunger and Nutrition Commitment Index* [HANCI]) (et Lintelo et coll. 2014). L'indice HANCI peut être décomposé en deux engagements : l'un visant à réduire la faim et l'autre à améliorer la nutrition. Bien que les deux composantes partagent 9 des 22 indicateurs, pour la cinquantaine de pays environ que l'indice HANCI classifie, l'engagement en faveur de la nutrition n'équivaut pas à celui visant à lutter contre la faim (Figure 9.1). Comme le montre la courbe ascendante de meilleur ajustement, les deux sont certes liés mais imparfaitement. S'engager à lutter contre la faim contribue positivement à l'amélioration de la nutrition, mais diffère d'un engagement concret en faveur de l'amélioration de la nutrition elle-même.

Il importe également de savoir qui identifie les engagements. L'expérience lancée en 2011 par l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA), pour suivre les progrès des pays combattant le paludisme, aboutissait à la conclusion que les engagements doivent être spécifiques et pris par les pays eux-mêmes (Encadré 9.1). Lorsque les pays se lancent dans un processus de redevabilité, ils s'impliquent davantage dans la définition de ce qui constitue ou non un engagement acceptable.

SUIVI DES ENGAGEMENTS

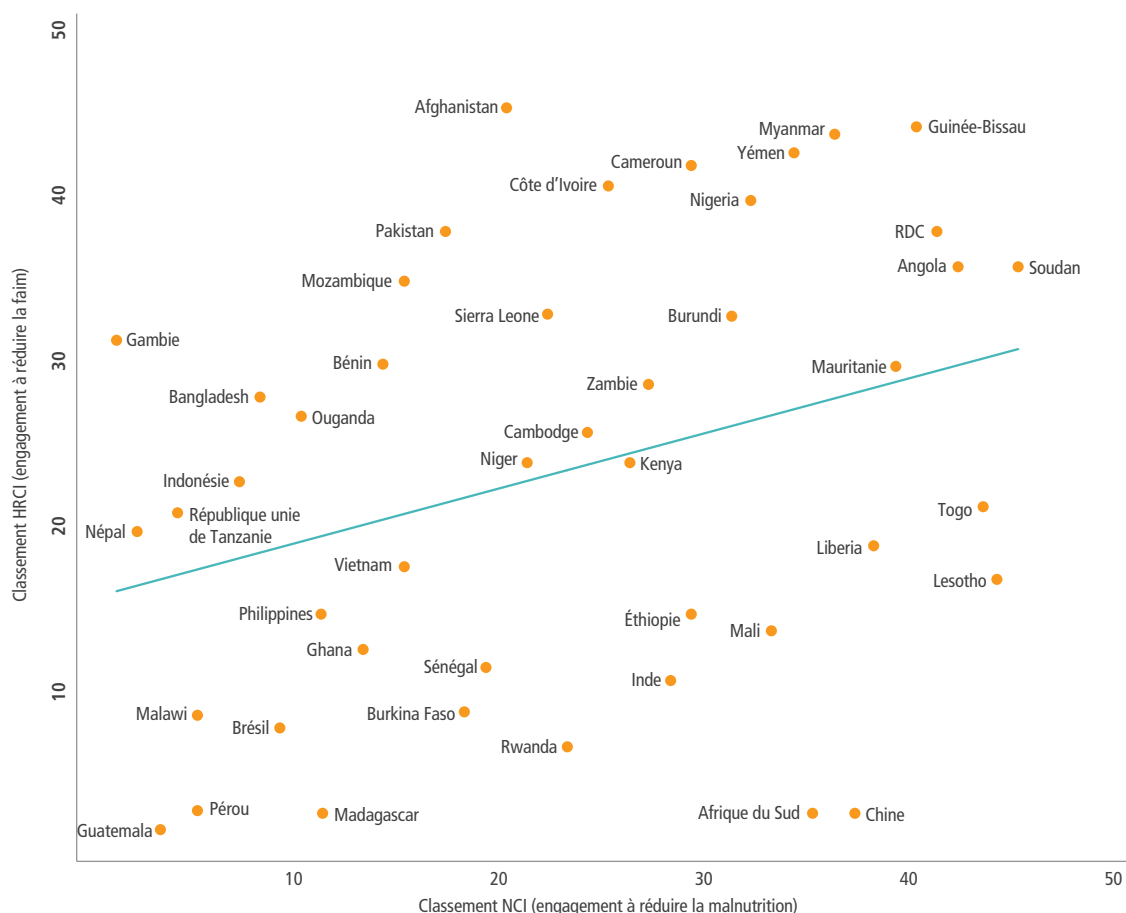
Assurer le suivi des engagements fait appel à la collecte de données. Tout le monde sait que « ce qui peut se mesurer peut se réaliser ». En matière de nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, les États membres de l'OMS ont récemment adopté un nouveau Cadre mondial de suivi qui recommande l'emploi de 14 indicateurs devant fournir des informations sur les résultats intermédiaires, les processus et les politiques, l'environnement et les capacités. Les pays obtiendraient des données sur ces indicateurs en plus des données inhérentes aux six cibles de nutrition définies par l'AMS (OMS 2015i). Ce nouveau cadre concourra fortement à améliorer la collecte de données.

Avant d'explorer quelques-unes des nouvelles approches visant à combler les déficits de données et à en améliorer leur qualité, il importe de bien identifier ces déficits de données pour chaque région.

OÙ DÉPLORE-T-ON DES DÉFICITS DE DONNÉES ?

Pour situer les déficits de données en matière de nutrition, nous avons analysé les données compilées dans les 193 profils nutritionnels nationaux du *Rapport sur la nutrition mondiale*. La Figure 9.2 en présente les résultats.

FIGURE 9.1 Classement des pays par rapport à leurs engagement à réduire la faim et améliorer la nutrition



Source : Auteurs, d'après les données dans teLintelo et coll., (2014).

Note : 1 est le meilleur classement. $y = 0,327x + 15,47$ $R^2 = 10,9\%$

Les régions Asie, Afrique et Amérique latine affichent un déficit de 10 % à 25 % de points de données. L'Europe (23 % à 33 % de données manquantes) et l'Océanie (29 % à 51 % de données manquantes) sont les régions enregistrant le plus fort taux de points de données manquants dans les bases de données internationales. Il convient d'établir pour chaque pays si ces déficits résultent de la non-existence de données ou d'une absence de comparabilité. L'Encadré 9.2 présente le résultat des analyses menées pour les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Il apparaît que pour certains indicateurs spécifiques, les données font particulièrement défaut pour tous les pays (Tableau 9.1). Rares sont ceux qui présentent des données sur le régimes alimentaire du nourrisson et du jeune enfant (c'est-à-dire, sur la diversité alimentaire minimale et le régime minimal acceptable), mais leur collecte est facilitée par le fait qu'il s'agit de nouveaux indicateurs et

que de nombreux pays amorcent tout juste la collecte des données. La pénurie de données sur la surcharge pondérale et l'obésité chez l'adolescent et sur le poids et la taille des femmes en âge de procréer est patente. Les données relatives aux dépenses des États, y compris celles concernant les grandes catégories liées à la nutrition, ne sont disponibles que pour moins de la moitié des pays.¹

Tous les déficits de données n'ont pas à être comblés. En réalité, si trop de données sont incompatibles, les orientations pour mener des actions et la redevabilité par rapport à ces actions peuvent rapidement devenir une source de confusion. L'Inde a par exemple réalisé 14 enquêtes nutritionnelles majeures entre 1992 et 2014 mais, prises dans leur ensemble, ces enquêtes ne fournissent que peu de possibilités de suivi dans le temps à l'échelle nationale (Encadré 9.3 et Tableau annexe A9.1, [cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes]).

ENCADRÉ 9.1 LEÇONS TIRÉES DE LA CARTE DE SCORE DES PROGRÈS ENREGISTRÉS PAR LES PAYS EN MATIÈRE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE

MELANIE RENSHAW ET JOY PHUMAPHI

L'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA) réunit 49 chefs d'État et de gouvernement africains œuvrant conjointement à l'élimination des décès dus au paludisme. Les membres utilisent la Carte de score pour la redevabilité et l'action afin de suivre les progrès de la lutte antipaludique et des traceurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (ALMA, 2015b). Cette carte a été développée à la demande des chefs d'État et de gouvernement qui souhaitaient la création d'un mécanisme de suivi des progrès et des actions pour accroître la transparence et la redevabilité des actions au niveau national.

Depuis le lancement de la Carte de score en 2011, les pays ont réalisé des progrès significatifs sur l'ensemble des 14 indicateurs du paludisme par le biais de changements de politiques documentés, de financements accrus et d'une extension de la couverture des interventions (ALMA, 2015a). Sous l'effet direct de la Carte de score, les pays ont pris des mesures pour résoudre les problèmes de mauvaise performance, notamment les goulets d'étranglement dans la mise en œuvre. Lorsqu'ils ont été appelés à interdire les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale (pour empêcher le développement de la

résistance), le nombre de pays qui sont passés à l'acte a augmenté de plus de 25 %. Les cartes de score ont également stimulé la gestion communautaire des cas : en deux ans, le pourcentage de pays qui n'ont pas mis en place cette politique a chuté de 50 % à 20 %. Un pays a augmenté son engagement financier en faveur de la lutte antipaludique, passant de moins de 1 million à 8 millions de dollars EU par an après que les pénuries de produits de base du paludisme ont été mises en exergue dans la carte de score. Par ailleurs, un financement accru, pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée, s'est traduit par une amélioration significative des indicateurs de la carte de score.

Les leçons clés tirées des expériences de l'ALMA sont les suivantes :

- Les pays doivent s'approprier et piloter le processus d'élaboration et de gestion de la carte de score et de l'outil de suivi des actions. Le processus doit impérativement être lancé et conduit par les pays.
- Toutes les parties prenantes doivent comprendre que les cartes de score sont des outils de gestion pour améliorer l'efficacité par le suivi des progrès, la récompense des succès, l'identification

des goulets d'étranglement et la conception ainsi que le suivi des actions visant à aborder les domaines qui enregistrent des succès sous-optimaux.

- Les outils de redevabilité doivent s'appuyer sur les processus existants pour devenir plus efficaces. Par exemple, la carte de score doit être examinée lors des réunions de gestion existantes (et non nouvelles).
- Les données sur les résultats sont essentielles, mais il est important de consacrer au moins autant de temps au suivi des composantes « redevabilité » et « action ».
- Les cartes de score doivent utiliser des données en temps réel pour permettre d'identifier des actions sur la base de la situation actuelle et suivre les progrès résultant de ces actions.

Les membres de l'ALMA pensent que les outils de la carte de score ont renforcé la transparence des données, la redevabilité et l'action dans la lutte contre le paludisme. Combinée à une forte appropriation nationale, la carte de score est un outil utile et accepté parce qu'elle stimule efficacement les décisions et les actions.

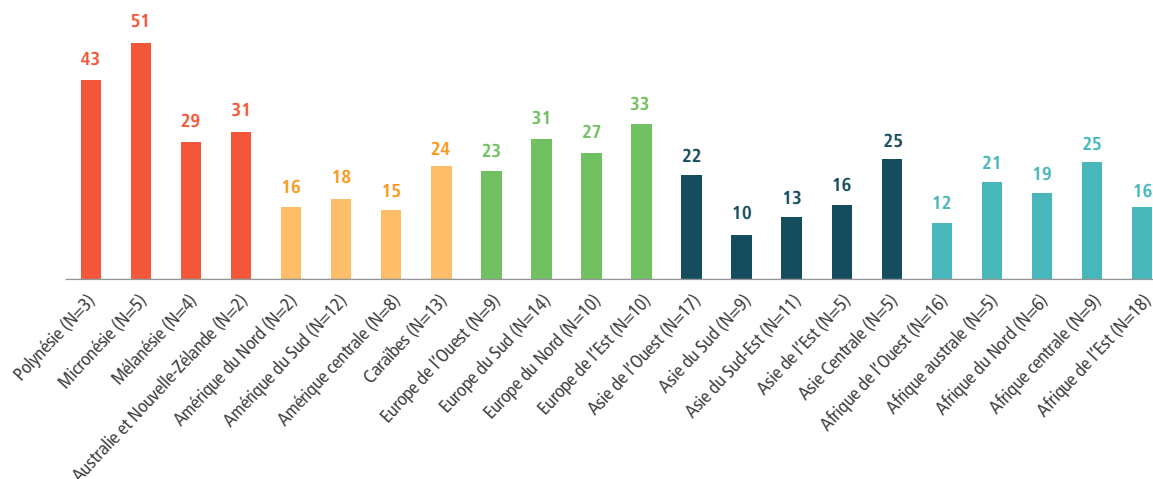
Une étude de cas concernant le Mali aboutit à la même conclusion (Encadré 9.4). L'encadré montre de quelle façon deux logiques différentes peuvent émerger de séries de données rendues publiques et apparemment de grande qualité. L'étude de cas insiste sur la nécessité pour les États de s'investir dans la collecte de données comparables dans le temps.

QUE FAIRE POUR COMBLER LES DÉFICITS DE DONNÉES ?

Un certain nombre d'innovations ont été pilotées et sont actuellement utilisées pour réduire les coûts engendrés par la collecte de données tout en améliorant la couverture, la fréquence et la qualité. Nous ne préconisons pas spécifi-

quement l'emploi de l'une d'elles, mais souhaitons juste souligner que des innovations potentiellement utiles existent et peuvent stimuler la réflexion et l'action sur les moyens disponibles pour combler les principaux déficits. Nous nous cantonnons ici à deux méthodes : la première consiste en des enquêtes menées consécutivement à l'organisation d'une campagne de vaccination organisée dans le cadre des Journées de la santé de l'enfant, qui ont servi à améliorer les données relatives à la couverture et à la mise en œuvre du programme (Encadré 9.5). La seconde consiste à utiliser la technologie des téléphones mobiles pour améliorer la surveillance nutritionnelle (Encadré 9.6).

FIGURE 9.2 Pourcentage de points de données manquant dans les profils nutritionnels nationaux pour les pays des sous-régions des Nations Unies (population pondérée et ajustée pour le groupe de revenu du pays)



Source : Auteurs.

Note : N = nombre de pays de chaque sous-région des Nations Unies. Les profils comprennent 82 indicateurs et un maximum de 140 points de données, car les données sur les tendances sont comptées comme des points de données individuels. Nous avons jugé que 15 des indicateurs ne s'appliquent pas aux pays à revenu élevé (tels que définis par la Banque mondiale). Ces pays se retrouvent donc avec un maximum de 122 points de données dans leurs profils. Sur cette base, nous avons d'abord calculé le pourcentage de points de données disponibles pour chaque pays, puis les moyennes de la population pondérée pour chaque sous-région des Nations Unies. Pour les indicateurs qui ne s'appliquent pas aux pays à revenu élevé, le pourcentage a été calculé avec un dénominateur différent de celui utilisé pour les indicateurs pertinents pour tous les pays. Les indicateurs relatifs aux transformations institutionnelles des membres SUN ont été exclus de l'analyse car ils ne s'appliquent qu'à 53 pays. Le dénominateur pour la supplémentation en vitamine A concernait les 82 pays conseillés par l'UNICEF. Le coefficient de Gini a été exclu de l'analyse.

TABLEAU 9.1 Indicateurs disponibles dans moins de la moitié des profils nutritionnels des pays

| Indicateur | Pourcentage de pays disposant de données |
|--|--|
| Diversité alimentaire minimale | 14 |
| Régime minimal acceptable | 14 |
| Adolescents en surpoids | 31 |
| Obésité chez les adolescents | 31 |
| Interventions contre la malnutrition aiguë sévère, couverture géographique | 34 |
| Femmes en âge de procréer, maigre | 35 |
| Femmes en âge de procréer, petite taille | 35 |
| Dépenses publiques en faveur de l'agriculture | 38 |
| Dépenses publiques en faveur de la protection sociale | 41 |
| Dépenses publiques en faveur de l'éducation | 42 |
| Dépenses publiques en faveur de la santé ^a | 42 |
| Densité démographique des agents de santé communautaires | 42 |

Source: Auteurs.

Note : Pour les indicateurs non applicables aux pays à revenu élevé, le pourcentage a été calculé avec un dénominateur différent de celui des indicateurs pertinents pour tous les pays. Par ailleurs, les indicateurs de transformation institutionnelle du SUN et les indicateurs sur les « mentions de sous-alimentation dans les documents politiques » ont été exclus de cette analyse. Le dénominateur pour la supplémentation en vitamine A concernait les 82 pays conseillés par l'UNICEF.

^a Les données sur les dépenses de santé pour les profils nutritionnels des pays proviennent de l'ensemble de données SPEED de l'IFPRI, qui couvre tous les secteurs des dépenses publiques. Toutefois, l'OMS dispose d'un ensemble de données pour les dépenses de santé (<http://apps.who.int/gho/data/node.resources>) disponible pour 190 pays, de sorte que les profils nutritionnels des pays sous-estiment la disponibilité des données sur les dépenses de santé.

ENCADRÉ 9.2 POURQUOI AUTANT DE DÉFICITS DE DONNÉES SUR LA NUTRITION DANS LES PAYS EUROPÉENS ?

LAWRENCE HADDAD

Les régions européennes présentent de forts taux de données manquantes dans les profils nutritionnels nationaux du *Rapport sur la nutrition mondiale* (24 % pour l'Europe de l'Ouest, 34 % pour les pays d'Europe de l'Est, Figure 9.2).¹ Ces taux sont supérieurs à ceux des autres régions, à l'exception de la Micronésie. Pourquoi ces déficits sont-ils si importants, alors que la plupart des pays sont à revenu élevé ? La réponse se trouve partiellement dans les enquêtes comparables soutenues par les bailleurs de fonds qui ont permis à ces pays d'être bien représentés dans les bases de données mondiales. Mais est-ce la seule raison ?

Nous avons posé cette question à des collègues d'ONG, membres du Groupe de travail néerlandais sur la nutrition dans le monde, et des représentants du gouvernement britannique issus de Public Health England, une agence exécutive parrainée par le ministère britannique de la Santé.

Les réponses se retrouvent dans plusieurs catégories :

1. Certains indicateurs tels que la supplémentation en vitamine A pour les enfants de moins de 5 ans et l'utilisation des sels de réhydratation orale pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée, ne s'appliquent pas aux pays à revenu élevé. Ces indicateurs ont déjà été exclus de l'analyse des déficits présentée dans la Figure 9.2.
2. Certains indicateurs qui s'appliquent aux pays à revenu élevé, tels que

l'anthropométrie des enfants et les visites prénatales, sont renseignés sans être enregistrés de manière centralisée. Aux Pays-Bas, par exemple, les données des centres de santé publique communautaires montrent qu'environ 95 % des enfants néerlandais de 0 et 19 ans participent régulièrement à des séances de suivi de la croissance. Lors de ces séances, des données sur la croissance (y compris la taille et le poids) sont recueillies et suivies, et des informations sur les pratiques alimentaires sont collectées et discutées avec les parents (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas, 2014). Ces données sont conservées dans des dossiers personnels pour la détection précoce des problèmes de croissance ou de développement, mais ne sont pas transmises au niveau central.

3. Certains indicateurs recueillis ne sont pas compatibles avec les bases de données internationales, qui utilisent des tranches d'âge ou des normes différentes. Par exemple, en Angleterre (pays membre du Royaume-Uni), les mesures de la croissance des enfants sont étudiées avec deux instruments différents pour les enfants de 2 à 10 ans et de 4 à 5 ans, mais pas de 1 à 23 mois. Au Pays-Bas, une série de normes nationales est utilisée pour évaluer le retard de croissance chez les très jeunes enfants en raison des incertitudes sur la capacité des normes OMS de croissance de l'enfant à

détecter les retards de croissance dans une population de très grande taille.

4. Certains indicateurs sont disponibles, mais pas dans le même format ou au niveau d'un seul organe. Par exemple, au Royaume-Uni et peut-être dans d'autres pays où les pouvoirs sont très déconcentrés, les données régionales sur l'insuffisance pondérale à la naissance et l'obésité ne sont pas détenues en un seul lieu et n'utilisent pas nécessairement le même instrument d'enquête.
5. Certains indicateurs ne sont enregistrés qu'en néerlandais, une difficulté supplémentaire à surmonter avant de pouvoir les incorporer dans les bases de données internationales.

Compte tenu du fait que les objectifs de développement durable font évoluer le monde vers une série d'indicateurs communs à tous, les pays à revenu élevé subiront des pressions croissantes pour adapter leurs données aux bases de données internationales. Outre les arguments de solidarité, les incitations en faveur d'un renforcement de la compatibilité des données peuvent ne pas toujours être évidentes, mais pour le diagnostic comparatif et l'apprentissage de leçons, les avantages sont susceptibles d'être importants. Des investissements dans le renforcement des relations entre ceux qui hébergent les bases de données mondiales et ceux que nous essayons de prendre en compte s'imposent pour amener ces pays dans le système de données mondial. Cela nécessite en outre des ressources.

ENCADRÉ 9.3 INDE : TROP DE DONNÉES OU PAS ASSEZ ?

APARNA JOHN ET PURNIMA MENON

Depuis 1992, quatorze grandes enquêtes nutritionnelles ont été réalisées en Inde. Dans le cadre des Partenariats et opportunités visant à renforcer et harmoniser les actions en faveur de la nutrition en Inde (Partnerships and Opportunities to Strengthen and Harmonize Actions for Nutrition - POSHAN), une initiative conçue pour accroître l'accès aux connaissances, données et preuves sur la nutrition en Inde, nous avons procédé à un examen des données nationales sur la nutrition et ses facteurs. Nous avons examiné quatre séries d'enquêtes et deux enquêtes ponctuelles :

- Trois enquêtes nationales sur la santé des familles (NFHS) 1992–1993, 1998–1999, 2005–2006
- Quatre enquêtes de santé au niveau des districts (DLHS) 1998–1999, 2002–2004, 2007–2008, 2012–2013
- Trois enquêtes annuelles de santé (AHS), 2011, 2012, 2013

- Deux enquêtes sur le développement humain en Inde (IHDS) 2004, 2012

- Deux enquêtes ponctuelles : HUN-GaMA en 2011 et l'Enquête rapide sur les enfants (RSOC) en 20

L'examen a porté sur six éléments de ces enquêtes : la couverture géographique, le contenu, la comparabilité, la fréquence/temporalité, l'appropriation et le financement, et la disponibilité. Les résultats détaillés figurent dans le Tableau A9.1 de l'Annexe (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes). Notre examen a révélé un certain nombre de problèmes qui limitent l'utilité de ces enquêtes dans le cadre des efforts visant à améliorer la redevabilité :

- Les enquêtes n'avaient pas une bonne couverture géographique, empêchant ainsi la comparabilité géographique.

- Elles variaient beaucoup dans leur contenu thématique, limitant les déductions sur les tendances des résultats nutritionnels et leurs facteurs.

- Elles ont utilisé différentes définitions et populations cibles, limitant ainsi la comparabilité des données.

- Certaines enquêtes étaient représentatives au niveau national et d'autres l'étaient au niveau de l'État ou du district.

De cet examen, nous concluons qu'il est crucial de se concentrer sur un ensemble d'indicateurs de résultats nutritionnels de base et d'établir un mécanisme de collecte des données à des fréquences raisonnables, à savoir tous les deux à trois ans, afin de faire en sorte que des données comparables sur ces indicateurs soient disponibles pour prendre des décisions stratégiques axées sur la nutrition à l'échelle nationale, des États et des districts.

LES 14 GRANDES ENQUÊTES NATIONALES DE L'INDE, 1992–2014

| | |
|--|----|
| Nombre d'enquêtes représentatives au niveau national | 9 |
| Nombre d'enquêtes de portée nationale et représentatives à un niveau inférieur à celui de l'État | 3 |
| Nombre d'enquêtes contenant 4 indicateurs de l'AMS (retard de croissance, émaciation et surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, anémie chez les femmes en âge de procréer) | 4 |
| Nombre d'enquêtes ayant recueilli des informations sur l'anthropométrie des enfants | 10 |
| Nombre d'enquêtes de portée nationale, représentatives à un niveau inférieur à celui de l'État, et qui recueillent des données sur la taille des enfants de moins de 5 ans | 0 |
| Sur quatre séries d'enquêtes, nombre d'enquêtes ayant utilisé une définition cohérente du groupe de répondants cibles | 2 |

Source : Auteurs de cet encadré.

ÉCART MOYEN ENTRE LES ENQUÊTES

| | |
|------|-----------|
| NFHS | 7 ans |
| DLHS | 4 à 5 ans |
| IHDS | 7 ans |

Source : Auteurs de cet encadré.

ENCADRÉ 9.4 LES NOUVELLES DONNÉES SUR LA NUTRITION DOIVENT APPORTER PLUS DE CLARTÉ, ET NON DE LA CONFUSION : LE CAS DU MALI

YVES MARTIN-PRÉVEL ET PATRICK EOZÉNOU

Le Mali a-t-il enregistré des avancées en matière de réduction des taux de retard de croissance ces sept dernières années ? L'enquête démographique et de santé (EDS) de 2012-2013 a évalué à 38,3 % le taux de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans, contre 38,5 % dans l'EDS de 2006. Ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que la dernière EDS n'a pas pu couvrir les régions plus vulnérables du Nord. L'absence de progrès sur le plan de la réduction des retards de croissance concorde avec le ralentissement économique imputable à une sécheresse et une chute des cours internationaux du coton en 2011, au coup d'État de 2012 (Nossiter, 2012), et à la guerre qui s'en est suivie, laquelle a engendré, au plus fort de la crise, un demi-million de personnes déplacées à l'intérieur du pays et des réfugiés (OCHA, 2015).

Mais la situation n'est pas tout à fait claire et peut être moins sombre. D'autres enquêtes ont suivi l'EDS de 2006 : une enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM) réalisée en 2010, et deux enquêtes (SMART) de suivi et évaluation normalisés des secours et de la transitions menées en 2011 et 2012, avec une troisième enquête SMART

réalisée en 2013, après l'EDS de 2012-2013. Ces exercices décrivent des situations différentes et tendent à montrer une baisse constante de la prévalence du retard de croissance à partir de 2001 (cf. figure ci-dessous). Ce scénario concorde avec la tendance à la baisse des chiffres sur la pauvreté entre 1994 et 2010 (Banque mondiale, 2013).

Les enquêtes SMART de 2012 et 2013 et l'EDS de 2012-2013 ne sont pas représentatives au niveau national et ne sont donc pas tout à fait comparables.¹ Par ailleurs, les enquêtes EGIM 2010 et SMART 2011 ne sont pas encore validées au niveau international et sont donc exclues des estimations du Programme conjoint UNICEF/OMS/Banque mondiale sur la malnutrition (d'où les traits discontinus dans la figure). Néanmoins, toutes ces estimations sont accessibles au public et représentent deux visions contradictoires des progrès. Au regard de ces divergences, comment l'État malien et ses partenaires au développement entendent-ils améliorer la nutrition ?

La situation confuse du Mali n'est pas un cas isolé (cf., Encadré 9.3 sur l'Inde). L'expérience malienne montre qu'une révolution sur le front des données ne signifie

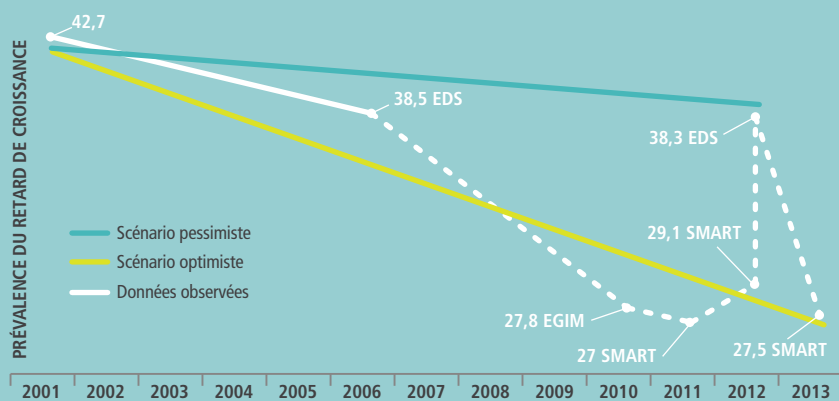
pas toujours la collecte d'un plus grand nombre de données. Au contraire, dans ce cas, cela signifie que l'accent doit être mis sur la collecte d'une série chronologique comparable, tous les deux à trois ans. À court terme et de façon ponctuelle, différentes enquêtes pourraient être rendues plus comparables. Cet effort exige l'accès aux données brutes et la transparence des méthodes utilisées. Il faudra du temps et des ressources, et rien ne garantit que l'effort permettra de rendre les données suffisamment comparables.

À moyen à long terme, il existe au moins trois façons non exclusives de renforcer la crédibilité de la collecte des données et de générer des séries chronologiques plus comparables :

- Soutenir les plans stratégiques des pays sur la collecte des données et la surveillance nutritionnelle. Les bailleurs de fonds devraient aligner leurs propres exigences de rapports sur les objectifs des États.
- Amener l'équipe inter-agence qui produit les estimations conjointes sur la malnutrition infantile à valider les résultats de l'enquête. Ce groupe d'experts devrait être renforcé et soutenu financièrement à cet effet.
- Définir une liste de contrôle internationalement reconnue des critères techniques à respecter pour garantir la qualité des données des enquêtes sur la nutrition et sur laquelle toutes les enquêtes doivent s'appuyer. La liste de contrôle de STROBE propose un tel modèle (Vandenbroucke et coll., 2007).

Une révolution des données nutritionnelles s'impose, mais elle doit mettre l'accent sur des données comparables au fil du temps pour éclairer, et non ensevelir, les voies vers une nutrition améliorée.

PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE DANS DIVERSES ENQUÊTES NUTRITIONNELLES AU MALI



Source : Auteurs de cet encadré.

ENCADRÉ 9.5 UTILISATION DES ENQUÊTES DE COUVERTURE POST-ÉVÉNEMENTS POUR ORIENTER LA COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS

JESSICA BLANKENSHIP

Les gestionnaires de programmes manquent souvent de données fiables et opportunes qui leur indiquent si les programmes nutritionnels atteignent les bénéficiaires potentiels et s'ils sont bien mis en œuvre. Pour résoudre ce problème, Helen Keller International (HKI) a travaillé avec les ministères de la Santé de 13 pays depuis 2010 pour mettre en œuvre des enquêtes de couverture post-événement (ECPE) de routine. Les ECPE sont mises en œuvre six à huit semaines après les Journées de la santé des enfants semestrielles pour évaluer la fourniture et la couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage. La méthodologie des enquêtes ECPE (HKI, 2012) comprend un minimum de 30 grappes de ménages sélectionnés pour une base d'échantillonnage et une moyenne de 900 ménages interrogés par enquête.¹ La méthodologie peut s'appliquer à tout programme de nutrition ou de santé, avec de multiples indicateurs recueillis à travers la même enquête auprès des ménages. L'enquête ECPE est mise en œuvre à l'échelle requise pour la prise de décision programmatique, et les grappes sélectionnées doivent être représentatives à l'échelle nationale, régionale ou sous-régionale.

HKI recommande une mise en œuvre annuelle des ECPE pour fournir des données de suivi de routine valides aux gestionnaires de programmes. Le coût des enquêtes ECPE

varie selon les pays de 8 000 à 40 000 dollars EU pour un échantillon de 30 grappes (HKI, 2012). Il est significativement inférieur à celui d'une enquête démographique et de santé (EDS) ou d'une enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM), car l'ECPE recueille des données sur un échantillon plus petit de 30 grappes et n'est pas mise à l'échelle pour permettre une ventilation régionale à des fins d'analyse des données. Les ECPE coûtent également moins cher que les grandes enquêtes nationales, car elles utilisent le personnel existant du programme pour diriger et superviser le travail et pour nettoyer et analyser les données.

Les ECPE donnent-elles une estimation valable de la couverture par rapport aux feuilles de pointage, qui comparent les dossiers des services fournis aux estimations de la population cible sur la base des données du recensement ? Les feuilles de pointage sont simples, rapides et largement acceptées, mais sont sujettes à des erreurs dues à des problèmes de calcul dans la compilation des données, à des rapports retardés, inexacts ou incomplets, et à des estimations obsolètes des recensements (Hodges et coll., 2013). Les ECPE sont obtenues à partir d'un échantillon représentatif de la population dans laquelle le dénominateur est établi et conçu pour fournir une marge d'erreur de +/- 5 % pour la couverture. En outre, leurs effectifs reçoivent plus de supervision

et de formation sur la gestion des données que les agents de santé chargés de recueillir les feuilles de pointage (NyhusDhillon et coll., 2013).

Ainsi, en Tanzanie, pour les Journées de la santé des enfants de juin 2010, la couverture de la supplémentation en vitamine A était de 99 % selon les feuilles de pointage, et de 63 % selon les estimations des ECPE (NyhusDhillon et coll., 2013). Le résultat des ECPE est similaire à celui de l'EDS 2010, dans laquelle la couverture des deux séries de Journées de la santé des enfants était de 60 %, en utilisant un intervalle de six mois.

Les ECPE fournissent également des données opportunes sur la qualité de l'exécution du programme. La collecte de données mobiles n'est pas nécessaire pour mettre en œuvre l'ECPE, mais peut fournir aux gestionnaires de programmes un accès rapide à des données de haute qualité rapidement utilisables pour éclairer la conception du programme (Katcher et coll., 2014).

Les États ont activement utilisé les données ECPE pour orienter leur stratégie de programmation de la Journée de la santé des enfants. Le Cameroun, par exemple, y a eu recours pour modifier ses stratégies de mobilisation et de prestations sociales, et pour booster la couverture de la supplémentation en vitamine A, de 53 % en 2011 à 80 % en 2013 (Blankenship, 2014).

Comblant les déficits de données implique d'investir dans des systèmes de données nationaux. La base de données de la Banque mondiale consacrée aux capacités statistiques nationales inclut un indicateur qui mesure « la capacité d'un pays à adhérer à des normes et méthodes recommandées au niveau international » (Banque mondiale 2015b).² La Figure 9.3 compare cet indicateur

avec le pourcentage de déficits de données observés dans les profils nutritionnels nationaux d'une série de pays disposant de données et affichant des taux de retard de croissance dépassant les 20 %. Comme prévu, cette comparaison montre une corrélation négative entre la capacité statistique des pays et leur déficit de données nutritionnelles.

ENCADRÉ 9.6 TÉLÉPHONES MOBILES ET SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE : UN FORT POTENTIEL MAIS PEU DE PREUVES

INKA BARNETT

La surveillance nutritionnelle, c'est à dire la collecte continue de données sur les résultats et actions en matière de nutrition, est essentielle pour permettre aux États et aux organismes de répondre rapidement à l'évolution de l'état nutritionnel des populations, pour suivre les progrès vers la réduction de la sous-alimentation et promouvoir la redevabilité. L'utilisation de la téléphonie mobile est une innovation dans l'effort visant à rendre la surveillance nutritionnelle plus efficace et plus rentable que les systèmes traditionnels basés sur des documents imprimés. Les agences intègrent de plus en plus les téléphones mobiles dans leur surveillance de la nutrition. L'UNICEF les a récemment utilisés dans ses activités de surveillance nutritionnelle au Kenya et au Malawi (Berg et coll., 2009 ; Blaschke et coll., 2009), et World Vision, en collaboration avec l'Institut des études pour le développement (Institute of Development Studies) est en train d'expérimenter une application de téléphonie mobile pour la surveillance communautaire en Indonésie (Barnett et coll., 2014).

Pour savoir si l'enthousiasme actuel pour la téléphonie mobile donne de réels résultats, un examen critique de l'impact de son utilisation en faveur de la nutrition et d'autres types de surveillance a été réalisé en 2013 (une mise à jour est en cours) (Barnett et Gallegos, 2013). La recherche a identifié plus de 30 études de surveillance par téléphone mobile, dont 9 seulement ont évalué l'impact de l'utilisation de la technologie pour la surveillance de la nutrition ou liée à la nutrition. La méthodologie utilisée dans l'ensemble des études comportait des lacunes en termes d'établissement de preuves contradictoires.

Malgré le manque général de qualité, les données disponibles montrent que la téléphonie mobile peut potentiellement renforcer la rapidité et l'efficacité de la surveillance, en accélérant par exemple la saisie et le transfert des données et en réduisant les erreurs de saisie. On ignore cependant si, comment et dans quelles conditions la surveillance à partir des téléphones mobiles peut être utilisée plus efficacement pour déclencher des réponses rapides aux crises

nutritionnelles, et mieux éclairer la prise de décisions en faveur de la nutrition.

Autre inconvénient : les études étaient toutes basées sur de petits projets pilotes mal ou pas du tout intégrés aux stratégies nationales de nutrition. Les systèmes de surveillance par téléphonie mobile ont été généralement créés parallèlement à des approches basées sur des documents imprimés, avec donc une duplication des efforts existants. Par conséquent, la plupart des systèmes par téléphonie mobile ont cessé d'exister quand les fonds du projet pilote initial étaient épuisés. Pour améliorer la soutenabilité et les possibilités de mise à l'échelle, les systèmes par téléphonie mobile doivent être alignés sur les besoins de surveillance locale, et soutenus par des partenariats stratégiques avec les opérateurs de téléphonie mobile.

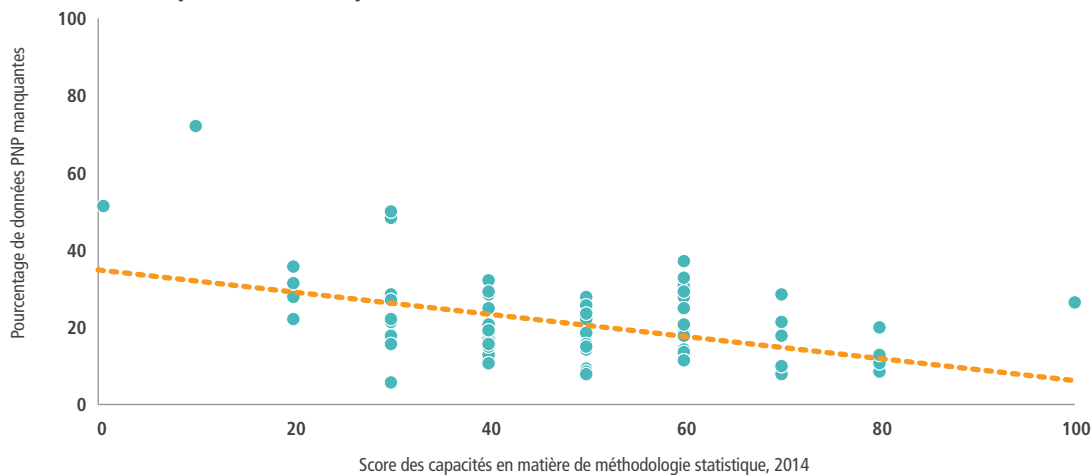
En conclusion, la téléphonie mobile semble avoir le potentiel d'améliorer la surveillance nutritionnelle, mais d'autres évaluations devront être réalisées pour savoir comment réaliser ce potentiel.

Les investisseurs privilégiant les gains rapides peuvent décider d'affecter des ressources à des pays comme le Cambodge, le Laos et le Myanmar affichant des niveaux élevés de retard de croissance, d'importants déficits de données, mais disposant d'une capacité raisonnable. Ou encore, s'ils s'intéressent au développement des capacités à plus long terme, les investisseurs porteront peut-être assistance à des pays enregistrant des taux élevés de malnutrition, d'importants déficits de données, mais une capacité moindre. Ces pays sont souvent des États fragiles en proie à des conflits tels que la Guinée équatoriale, la Libye, la Somalie et le Soudan du Sud.

Un exemple manifeste d'investissement de longue durée dans les capacités de données est l'initiative Plate-

formes nationales d'information sur la nutrition (PNIN), pilotée par l'Union européenne (UE) et mise en œuvre conjointement avec le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN). S'inspirant de l'approche de la Plateforme nationale d'évaluation (Bryce et coll. 2014), chaque PNIN sera animée sous l'égide et à l'initiative du pays concerné. Elle se veut être un instrument axé sur des données probantes, destiné à coordonner les acteurs de la nutrition, à faciliter un dialogue plurisectoriel et à renforcer la redevabilité mutuelle dans tous les secteurs et parmi tous les partenaires. Au cours de sa phase initiale de quatre ans, l'initiative PNIN vise à faire en sorte que les informations sur les ressources, les actions et les résultats des programmes spécifiques à la nutrition ou y contribuant

FIGURE 9.3 Capacités statistiques nationales et déficits de données



Source : Auteurs, d'après les données provenant des profils nutritionnels nationaux dans le Rapport sur la nutrition mondiale 2014 et la Banque mondiale (2015b).

Note : Les données concernent uniquement les pays où la prévalence du retard de croissance est supérieure à 20 %. PNP = Profil nutritionnel des pays

puissent faire l'objet d'un suivi efficace afin d'améliorer la politique, la stratégie et la planification, et de garantir une intensification substantielle des activités de nutrition et des résultats dans ce domaine.

ÉVALUER SI L'ENGAGEMENT A ÉTÉ RESPECTÉ

Lors de l'évaluation d'engagements, il est aisé de négliger les personnes les plus touchées par la malnutrition et les plus vulnérables aux services de mauvaise qualité. L'évaluation de ces engagements est-elle à même de constituer le meilleur catalyseur pour améliorer la prestation de services ? Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* appelait à davantage d'innovation dans les mécanismes de redevabilité sociale, par le biais notamment de l'utilisation de fiches d'appréciation citoyenne et l'élaboration de budgets participatifs dans le domaine de la nutrition. Quelles sont les options envisageables et que nous révèlent les données existantes ? Le Tableau 9.2 donne une bonne indication de la vaste palette de mécanismes de redevabilité auxquels les communautés et les groupes de la société civile ont accès.

Peu d'études présentent des données quantitatives rigoureuses sur la façon dont les mécanismes de redevabilité sociale influent sur la qualité des services fournis, particulièrement dans les domaines de la santé et de la nutrition. Une étude digne de mention démontre leurs incidences considérables dans le secteur de la santé, notamment dans la réduction de la mortalité infantile (Björkman et Svensson

2009). Les résultats dans des domaines connexes tels que l'éducation sont mitigés, mais des éléments de preuve suffisants suggèrent qu'il serait pertinent d'étudier les mécanismes qui fonctionnent, les raisons de leurs succès et dans quels contextes (Joshi 2013 ; Mansuri et Rao 2013). Au sujet de l'obésité, Swinburn et Wood (2013) soulignent le rôle important des évaluations citoyennes dans les efforts déployés pour prévenir l'obésité en Australie et en Nouvelle-Zélande au cours des vingt dernières années. Ils font toutefois remarquer qu'en dépit de la création de plusieurs groupes de pression, de projets communautaires inclusifs et de la présence de médias de masse influents, de nombreuses politiques réglementaires essentielles n'ont toujours pas été mises en œuvre, « principalement en raison de la domination du développement des politiques publiques par les intérêts du secteur privé » (Swinburn et Wood 2013, 60).

FAIRE EN SORTE QUE L'ÉVALUATION DONNE LIEU À UNE RÉPONSE POSITIVE

Les évaluations peuvent amener des réponses positives ou négatives pour la nutrition ou ne produire aucune réponse. Dans quelle mesure les mécanismes d'évaluation des engagements ont-ils produit des réponses positives ?

Nous avons examiné, au Chapitre 8, les mécanismes susceptibles d'appuyer l'exécution dans les domaines de la nutrition et du commerce. Dans le secteur de la santé, l'indice sur l'accès aux médicaments (*Access to Medicine*

TABLEAU 9.2 Paysage des mécanismes de redevabilité sociale et communautaire

| Type de mécanisme | Exemples |
|--|--|
| Mécanismes communautaires | Activisme communautaire Audiences publiques et rassemblements Audits sociaux |
| Listes de contrôle et cartes de score (en majorité communautaires) | Audits de la mortalité maternelle et infantile Audits des organisations de la société civile basés sur des listes de contrôle des établissements Carte de score des communautés |
| Gouvernance des utilisateurs et prestations en fonction des besoins des utilisateurs | Communautés et comités des usagers Prestation communautaire des services |
| Renforcement des capacités pour la participation communautaire | Renforcement du capital social Renforcement des capacités pour la participation à la gestion et aux comités (surtout lorsque les groupes exclus sont ciblés) |
| Mécanismes sociaux | Collaboration des champions de la nutrition avec les médias pour la prise en compte des questions négligées |
| Réforme élargie de la gouvernance | Une gouvernance intersectorielle et intégrée verticalement Planification et mise en œuvre décentralisées des services Législation sur le droit à l'alimentation Législation sur le droit à l'information Suivi judiciaire des autres acteurs |

Source : Adapté de Ahmed et Nisbet (à paraître).

Index), dont s'est inspiré l'indice sur l'accès à la nutrition (*Access to Nutrition Index*) (cf. Chapitre 8), est opérationnel depuis 2007 et peut fournir des exemples sur la façon de générer des « cercles vertueux » (Encadré 9.7).

La communauté humanitaire est également une source d'inspiration. Au cœur des valeurs de la communauté humanitaire se trouve un engagement en faveur du droit humain à être pris en charge quand le pire survient. Honorer cet engagement peut relever du défi dans des situations d'urgence chaotiques et complexes, à évolution rapide. L'Encadré 9.8 souligne comment les chartes et normes juridiques peuvent contribuer à améliorer la qualité de la réponse sur les engagements pris. Il contient des suggestions quant aux normes internationales d'information et pour que les populations confrontées à une crise soient entendues dans leur demande d'une réponse plus ferme au regard des engagements pris. Le Sommet humanitaire mondial 2016 élaborera un nouvel Agenda pour l'action humanitaire (Sommet humanitaire mondial 2015). Les capacités, de même que les obligations des agences de respecter leurs engagements humanitaires de qualité supérieure doivent s'inscrire au cœur de cet événement majeur.

EXPLOITER AU MIEUX LES MÉCANISMES DE REDEVABILITÉ EXISTANTS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION

Le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2014, qui a mis en exergue les défis auxquels est confrontée la redevabilité en matière de nutrition, est à lui seul une contribution au renforcement de cette redevabilité. Un autre mécanisme innovant et primordial, visant à amener les États à assumer leurs responsabilités au regard des engagements pris auprès de l'AMS dans le domaine de la sous-alimentation, est le Cadre de surveillance de la nutrition de l'OMS, approuvé par les États membres lors de la 68^e Assemblée mondiale de la santé en 2015. De nombreux autres mécanismes peuvent également contribuer à renforcer la redevabilité dans le domaine de la nutrition. Y figurent les cibles de l'AMS, la Déclaration et le cadre d'action de la CIN2, le Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA), le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN), le Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition (UNSCN), le programme REACH (Renouvellement des efforts contre la faim parmi les enfants).³ En raison de la multiplicité des mécanismes existants (et certains comme l'UNSCN et REACH sont en phase de transition), il importe de s'interroger sur la façon dont ceux-ci sont susceptibles de participer au renforcement de la redevabilité pour la nutrition. La complexité du système international de

ENCADRÉ 9.7 INDICE SUR L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS : REDEVABILITÉ ET EFFET DE LEVIER

DAMIANO DE FELICE

Deux milliards de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès aux médicaments. C'est un problème multidimensionnel qui doit être résolu par différents acteurs, y compris les États, les ONG, les universités, les institutions financières et les organisations multilatérales. Tout comme les fabricants et concepteurs de produits vitaux, les entreprises pharmaceutiques ont elles aussi un rôle crucial à jouer dans ce domaine.

L'Indice sur l'accès aux médicaments (*Access to Medicine Index*) (Hogerzeil, 2013) est un classement indépendant des 20 premières entreprises pharmaceutiques axées sur la recherche, en fonction de leurs efforts pour améliorer l'accès des populations des pays en développement aux médicaments. Financé par la Fondation Bill et Melinda Gates et les gouvernements britannique et néerlandais, l'Indice est publié tous les deux ans depuis 2008.

L'indice utilise un cadre d'analyse pondéré de 95 indicateurs pour saisir et comparer de façon cohérente les données des entreprises dans 106 pays, sur 47 maladies et 6 types de produits (des médicaments, mais aussi des vaccins, des diagnostics et autres produits). Le cadre comporte sept domaines d'action : la gouvernance, les politiques publiques, la R&D, la tarification, les droits de propriété intellectuelle, la capacité d'avancement et les dons de produits.

L'Indice sur l'accès aux médicaments est largement perçu comme un mécanisme

de redevabilité solide. En 2013, le Groupe de travail sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a rapporté les résultats de l'indice de 2012 et reconnu qu'« il est important de suivre et évaluer ce que les entreprises pharmaceutiques elles-mêmes, en tant que producteurs et fournisseurs de médicaments, font pour améliorer l'accès à leurs produits » (Nations Unies, 2013a, 63).

L'Indice sur l'accès aux médicaments est plus qu'un mécanisme destiné à faciliter la redevabilité, il a le potentiel de créer une série de cercles vertueux qui se renforcent mutuellement :

- Il peut créer un environnement concurrentiel positif qui encourage une course des entreprises vers le haut. Les résultats de l'Indice sont couverts par les principaux organes de presse (tels le *Financial Times* et le *New York Times*), ce qui influence la réputation mondiale des sociétés pharmaceutiques.
- Il peut améliorer le fonctionnement des marchés pharmaceutiques par la réduction des asymétries d'information entre acheteurs et vendeurs, en déclenchant la divulgation des informations. Par exemple, l'Indice produit des informations globales sur les pipelines de R&D et les stratégies de tarification.
- Il favorise des discussions pratiques sur le rôle approprié du secteur privé

dans la réalisation des objectifs de réduction de la pauvreté. Pour chaque indice successif, des représentants des investisseurs, ONG, organisations internationales, associations professionnelles et autres parties prenantes sont consultés pour affiner la méthodologie de l'Indice.

- Il aide les spécialistes internes des entreprises à collaborer avec les cadres supérieurs et les autres ministères. Après la publication de chaque indice, la *Fondation Access to Medicine* contacte les sociétés pharmaceutiques pour expliquer les scores et les recommandations parus dans le rapport. Au cours de ces échanges, les entreprises confirment que l'Indice contribue à la sensibilisation sur les questions d'accès aux médicaments à l'échelle de l'entreprise.
- Il permet à des groupes externes intéressés par le comportement des entreprises pharmaceutiques, tels que les investisseurs et la société civile, de collaborer avec elles sur la base de données factuelles. Plus de 50 investisseurs institutionnels dans les entreprises pharmaceutiques ont promis leur soutien à l'Indice en signant sa Déclaration des investisseurs. Ensemble, ces investisseurs institutionnels gèrent des actifs d'une valeur d'environ 5 000 milliards de dollars EU.

ENCADRE 9.8 AMÉLIORER LA REDEVABILITÉ DES ACTIONS NUTRITIONNELLES DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

CARMEL DOLAN, JEREMY SHOHAM, LOLA GOSTELOW ET DAYNA BROWN

La famine en Éthiopie dans les années 1980, l'apparition des cas de malnutrition par carence en micronutriments chez les réfugiés dans les années 1990 (CDC, 1991), le génocide au Rwanda en 1994 (Adelman et Suhrke, 1996), le tsunami de 2004 (Telford et coll., 2006) et des crises plus récentes comme celles de la Somalie en 2011 (Bailey, 2012) ont souligné le besoin de mieux protéger l'état nutritionnel des populations touchées par les crises. Ces épisodes, parmi d'autres, ont suscité une véritable réflexion sur la façon de renforcer le système international d'intervention humanitaire.

Le lancement par l'ensemble du secteur du *Core Humanitarian Standard* (CHS) à la fin de 2014 a été une réponse essentielle pour identifier un ensemble minimum d'engagements auxquels les organisations humanitaires doivent volontairement souscrire pour améliorer la qualité et l'efficacité de leur aide (Groupe URD et coll., 2014). Les nouvelles normes mettent l'accent sur la redevabilité du point de vue de la transparence budgétaire et soulignent la nécessité de consulter les communautés.

Pour la communauté humanitaire de la nutrition, des chartes et normes telles que les CHS offrent un cadre de redevabilité global. La coordination est assurée, par exemple, par le partenariat du Groupe thématique Nutrition dans le monde (*Global Nutrition Cluster*, 2014). Le Projet Sphere, notamment, fournit des normes techniques pour guider l'évaluation de la nutrition, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de la

gestion de la malnutrition aiguë sévère, des carences en micronutriments, et de l'insécurité alimentaire (Projet Sphere, 2015).¹ Il s'agit cependant, de normes nutritionnelles volontaires. Même si les cadres d'évaluation du Groupe IASC permettent des examens minutieux, aucun organisme n'est chargé de superviser la réalisation des normes en cas d'urgence nutritionnelle.

Le CHS offre une belle opportunité d'améliorer la redevabilité du point de vue de la nutrition. Comment faire pour profiter de cette ouverture ?

1. Les agences d'exécution devraient être encouragées à produire des rapports standardisés par rapport aux normes techniques. Le Système de reporting minimal pour les programmes d'alimentation complémentaire d'urgence est un bon exemple : il permet aux agences de rendre compte de leurs taux de guérison, de la durée de la récupération et de la mortalité infantile dans une base de données centralisée, et ce, dans un format standardisé par rapport aux normes Sphere (*Emergency Nutrition Network*, 2011). La performance des programmes liés à la nutrition dans les interventions d'urgence à grande échelle (niveau 3) doit être évaluée chaque année et figurer dans le *Rapport sur la nutrition mondiale*.
2. Une agence doit être mandatée pour procéder à des évaluations indépendantes afin d'établir si la couverture des programmes spécifiques à la

nutrition et y contribuant a été appropriée dans les situations d'urgence complexes de grande envergure.

3. Les bailleurs de fonds devraient faire davantage pour rattacher les programmes de nutrition dans les contextes d'urgence à ceux des contextes de développement. Cette intégration devrait permettre aux praticiens et bailleurs de fonds d'aborder toutes les formes de sous-alimentation et de poursuivre des programmes de nutrition, même après les situations d'urgence. Les bailleurs de fonds pourraient devoir rendre compte de toute activité de financement de ce genre dans les futures éditions du *Rapport sur la nutrition mondiale*.

Les personnes touchées par les crises ont besoin de s'exprimer elles aussi sur la conception et le type d'intervention nutritionnelle et les ressources qu'elles reçoivent. Les taux élevés de défaillance signalés pour les programmes de nutrition supplémentaires et thérapeutiques ainsi que les émeutes autour des principaux produits de base tels que les substituts du lait maternel pour les enfants non allaités des réfugiés syriens montrent que leurs priorités et leurs points de vue doivent être pris en compte. Les rapports sur les consultations communautaires et leurs conséquences sur les actions devraient figurer dans les rapports de l'agence et partagés avec les communautés. Une synthèse de cet apprentissage pourrait être mise en évidence dans le *Rapport sur la nutrition mondiale*.

gouvernance en matière de nutrition requiert la réalisation d'une étude approfondie. L'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* collaborera avec d'autres à l'exploration de possibilités visant à mener une analyse de cette question dans le rapport 2016.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Les pays, les bailleurs de fonds et les agences devraient collaborer avec les techniciens du secteur de la nutrition pour identifier et hiérarchiser les déficits de données qui freinent l'action, puis investir dans les capacités à même de combler ces manques. **Tous les pays, y compris les États à revenu élevé**, devraient solliciter l'aide des **agences des Nations Unies** pour faciliter la conversion de leurs propres données en bases de données internationales centralisées.

1. **Les gouvernements des pays à revenu élevé** devraient intensifier leurs efforts visant à entrer leurs données nutritionnelles dans les bases de données internationales. Au moins 10 pays à revenu élevé devraient alimenter les bases de données de l'OMS/UNICEF avec au moins l'un des indicateurs de l'AMS afin qu'ils soient dûment pris en compte dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2016. Bien qu'il soit effectivement plus aisé pour les pays à revenu élevé de produire ces données, ces derniers sont largement responsables des déficits de données importants observés à l'échelle internationale. Leur incapacité à fournir des données internationalement comparables risque de compromettre leur crédibi-

lité en tant que partenaires nutritionnels et champions de la redevabilité.

2. Les **bailleurs de fonds** devraient financer un processus inclusif —impliquant **les États, la Banque mondiale, les agences des Nations Unies, les organisations de la société civile et les bailleurs de fonds** — dont l'objet serait d'identifier les déficits de données restants et d'investir dans les capacités nationales et internationales aptes à les combler. Les données permettent d'orienter les actions, d'appuyer les actions de plaidoyer, de suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des cibles de l'AMS et des ODD et de renforcer la redevabilité. Les déficits de données freinent la mise en œuvre d'actions, mais les informations visant à identifier les déficits les plus criants sont pour l'heure insuffisantes. Le développement d'un plan multidonateurs sur le long terme pour investir dans les données devrait être bien engagé d'ici le Sommet N4G de Rio en 2016.
3. **Les États, les agences internationales et les chargés de programmes** devraient se concentrer tout particulièrement sur la collecte de données de couverture fiables pour mener des interventions visant à prévenir et à traiter la sous-alimentation. Les **bailleurs de fonds** devraient accroître leur appui à 1) l'élaboration d'indicateurs universels de couverture de programmes pour les interventions qui en ont besoin, et 2) la recherche en vue d'identifier les facteurs liés aux augmentations de couverture. À l'heure actuelle, les données internationalement comparables couvrent uniquement 4 des 12 interventions-clés.



10 DIX APPELS À L'ACTION POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE NUTRITION

TANDIS QUE NOUS ENTRONS DANS L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (ODD), LE MONDE EST CONFRONTÉ À DE NOMBREUX PROBLÈMES APPAREMMENT INSOLUBLES. La malnutrition ne devrait pas en faire partie. Les pays déterminés à enregistrer des avancées rapides sur le front de la réduction de la malnutrition ont les moyens d'y parvenir. Si les gouvernements veulent atteindre la cible de l'ODD sur l'éradication de toutes les formes de malnutrition d'ici 2030, il leur suffit de suivre les voies clairement tracées pour ce faire. De nombreux leviers sont à leur disposition et ce rapport donne de multiples exemples de pays qui ont su les actionner.

Les forces qui s'allient pour engendrer la malnutrition sont puissantes, et les forces à réunir pour inverser la tendance doivent être de puissance égale, mais mieux coordonnées et plus déterminées. Il convient d'engager les secteurs puissants qui alimentent le développement durable, de les orienter vers des actions à fort impact qui favorisent les résultats nutritionnels dans leur secteur, et de les amener à rendre compte de l'impact de leurs actions sur l'état nutritionnel.

Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* présente 10 appels à l'action pour accélérer les mesures visant à enrayer la malnutrition sous toutes ses formes et engager la responsabilité des acteurs concernés vis-à-vis de cet objectif. Ces appels à l'action sont indispensables si, en 2030, nous souhaitons célébrer une chute vertigineuse des taux de malnutrition et des morbidités connexes. Ils sont conçus non

seulement pour aider la nutrition à mieux impulser un développement durable, mais aussi pour aider le développement durable à mieux impulser l'amélioration des résultats nutritionnels. Chaque appel inclut un ensemble d'actions qui sont, autant que possible, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps.

APPEL À L'ACTION 1 : Renforcer le rôle de la nutrition dans l'ensemble des objectifs de développement durable

Reconnaissant le rôle crucial de la nutrition dans la réalisation de plusieurs ODD, les dirigeants des **institutions financières internationales, les Nations Unies, les membres du groupe leader du Mouvement pour le renforcement de la nutrition et d'autres champions nationaux de la nutrition** devraient activement plaider en faveur de l'intégration des indicateurs nutritionnels dans l'ensemble des indicateurs proposés à la Commission de statistique des Nations Unies fin 2015 – et soutenus par un large groupe d'organisations de la société civile – pour suivre les ODD énoncés par le Comité permanent des Nations Unies pour la nutrition.

- 1.1** Les dirigeants des **institutions financières internationales, les Nations Unies, d'autres membres du groupe de direction du Mouvement pour le renforcement de la nutrition et d'autres champions nationaux de la nutrition** devraient promouvoir l'inclusion des indicateurs nutritionnels dans l'ensemble des indicateurs utilisés pour suivre les progrès des ODD. En particulier, ils devraient établir un dialogue avec le Groupe d'experts interinstitutionnel des Nations Unies sur les indicateurs des ODD (IAEG-SDG) afin de promouvoir les six indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) et les indicateurs de diversité alimentaire chez les femmes. Ces indicateurs peuvent par exemple être appliqués aux ODD relatifs à la pauvreté, à la santé, à l'égalité des sexes et aux systèmes alimentaires durables.
- 1.2** Les représentants **des agences internationales, des pays non membres, du monde universitaire et des organisations de la société civile** devraient participer en tant qu'observateurs aux réunions de l'IAEG-SDG afin de sensibiliser ses membres aux indicateurs nutritionnels proposés.

APPEL À L'ACTION 2 : Renforcer la redevabilité des pays par rapport aux objectifs nutritionnels

Les cabinets des présidents et des premiers ministres des pays en mauvaise voie d'atteindre les cibles mondiales de l'Assemblée mondiale de la santé visant à amélio-

rer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant devraient organiser des consultations intergouvernementales, multipartites et impliquant différents acteurs afin de débattre des obstacles à la réalisation de ces cibles mondiales, des corrections de cap à apporter, et de l'assistance dont ils ont besoin. Ces conclusions devraient être rapportées au Sommet de la nutrition pour la croissance (N4G) de 2016, qui se déroulera à Rio de Janeiro sous l'égide du gouvernement du Brésil, ainsi qu'à toute autre manifestation régionale ou mondiale équivalente.

- 2.1** Afin de renforcer la redevabilité, **tous les pays** devraient définir des objectifs nutritionnels nationaux basés sur les cibles mondiales de l'Assemblée mondiale de la santé visant à améliorer la nutrition chez la mère, le jeune enfant et le nourrisson, et sur les cibles relatives à la nutrition du Cadre de suivi mondial pour les maladies non transmissibles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les pays devraient suivre leurs engagements envers ces cibles à l'aide de mesures de contrôle renforcées.
- 2.2** **Les organisations internationales** telles que la Banque mondiale, les Nations Unies et le CGIAR devraient, en anticipation du Sommet N4G de 2016 à Rio, réitérer leur volonté d'apporter leur appui aux pays souhaitant établir des cibles nutritionnelles à l'échelle nationale. Les objectifs de redevabilité les plus robustes sont ceux que les pays se fixent eux-mêmes.
- 2.3** **Les groupes d'experts techniques, les centres d'innovation et les bailleurs de fonds de la recherche**, dont le Département de recherche de la Banque mondiale, le Groupe consultatif d'experts techniques sur la nutrition OMS/UNICEF, 3ie et *Innovative Methods and Metrics for Agriculture and Nutrition Actions* (IMMANA), devraient rechercher des moyens de renforcer la redevabilité dans le domaine de la nutrition. Ces groupes devraient lancer des appels en faveur d'outils, de méthodes, de mesures et d'évaluations de la redevabilité.

APPEL À L'ACTION 3 : Renforcer le processus du Pacte mondial sur la nutrition pour la croissance

Les signataires du Pacte mondial sur la nutrition pour la croissance (Nutrition for Growth, N4G), adopté en 2013, doivent mettre en œuvre leurs engagements et fournir des rapports complets sur leurs progrès en vue du *Rapport sur la nutrition mondiale* à paraître en 2016. Au Sommet N4G organisé à Rio en 2016, **un plus grand nombre d'États, d'agences internationales, de bailleurs**

de fonds extérieurs, d'organisations de la société civile et d'entreprises devraient prendre des engagements N4G ambitieux, spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps (SMART). Les engagements des signataires existants et nouveaux devraient viser à atteindre les cibles mondiales pour la nutrition de l'AMS d'ici 2025, et s'aligner sur les ODD ciblant l'élimination de la malnutrition d'ici 2030.

3.1 Tous les signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance devraient présenter des rapports sur la mise en œuvre de leurs engagements à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale*.

En 2015, les signataires ont été moins nombreux à répondre aux demandes de compte-rendu sur leurs engagements. La proportion des signataires « en bonne voie » d'honorer leurs engagements demeure inférieure à 50 %.

3.2 Les signataires actuels du Sommet de la nutrition pour la croissance devraient chercher à élargir le cercle d'engagement du sommet en invitant d'autres gouvernements, agences internationales, bailleurs de fonds externes, organisations de la société civile et entreprises à prendre des engagements ambitieux selon les principes SMART au sommet de 2016. À l'heure actuelle, le Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance ne compte que 110 signataires, dont la quasi-totalité est aux prises avec la sous-alimentation plutôt que la malnutrition sous toutes ses formes.

3.3 Les organisations de la société civile devraient jouer un rôle prépondérant dans l'élaboration d'un « guide et modèle d'engagement efficace » pour le sommet de 2016. Ce document aidera **les signataires, actuels et nouveaux, du sommet N4G** à « rendre leurs engagements plus SMART ». Seuls 30 % des engagements actuels obéissent aux principes SMART. Le modèle intégrera les principes SMART et servira à évaluer les projets d'engagements au Sommet de la nutrition pour la croissance de 2016.

3.4 Le Groupe des intervenants du rapport sur la nutrition mondiale devrait charger un **organisme indépendant** de procéder à une évaluation ponctuelle du processus afin de dresser un bilan des engagements pris au sommet et de formuler des recommandations publiques pour le renforcer. Les méthodes actuelles sont limitées, car elles reposent sur l'auto-évaluation des signataires et sur un examen indépendant des co-présidents et du Secrétariat du *Rapport sur la nutrition mondiale*.

APPEL À L'ACTION 4 : Obtenir de meilleurs résultats nutritionnels avec les financements actuels

Pour justifier les appels à une intensification des financements, les **États** et les **bailleurs de fonds** devraient continuer à investir de sorte à produire de meilleurs résultats nutritionnels avec les financements existants. Ils devraient également mettre en avant leurs efforts pour améliorer la qualité et l'efficacité des dépenses actuelles. Les **États** devraient continuer à documenter leurs dépenses en faveur de la nutrition et à collaborer avec des **chercheurs** pour estimer les coûts des stratégies de nutrition. Les **bailleurs de fonds** devraient déclarer leurs décaissements, et les **organisations de la société civile** continuer à exiger des budgets transparents. Les **États et les bailleurs de fonds** devraient collaborer davantage avec les **chercheurs** pour estimer les allocations budgétaires destinées à la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition

4.1 Les États et les bailleurs de fonds devraient travailler plus étroitement avec les **chercheurs** pour évaluer les impacts et les coûts des différentes stratégies de mise en œuvre et d'intensification des actions en faveur de la nutrition. Ces estimations des impacts et coûts spécifiques pour les pays aideront les États à affiner leurs stratégies et à augmenter leurs chances d'accroître l'impact de leurs investissements sur l'état nutritionnel.

4.2 Les États devraient comparer les estimations actuelles de leurs allocations budgétaires en faveur de la nutrition avec des plans chiffrés en vue de réaliser en temps et en heure des estimations crédibles et transparentes des déficits de financement pour le Pacte de Rio 2016. Cela leur permettra de mieux aligner leurs ressources et leurs plans. Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* vise à rendre compte des allocations budgétaires de plus de 30 pays en faveur de la nutrition.

4.3 Chaque année, les **bailleurs de fonds** devraient rendre compte à l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* de leurs engagements et décaissements spécifiques à la nutrition et y contribuant. La disponibilité de ces données permettra de mieux orienter leurs actions et celles de leurs partenaires. L'incapacité des bailleurs de fonds à rendre compte de leurs avancées risque de miner à la fois leur redevabilité et leur crédibilité.

- 4.4** Les **organisations de la société civile** devraient continuer à exiger des États et des bailleurs de fonds des budgets transparents, et utiliser les données sur les allocations budgétaires pour plaider en faveur de dépenses nutritionnelles plus importantes et plus efficaces. La société civile est plus habilitée que nul autre à faire pression sur les États et les bailleurs de fonds afin que ceux-ci prennent des mesures tangibles et surveillent le décaissement effectif de ces ressources.
- 4.5** Compte tenu de l'insuffisance du suivi des dépenses sur l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition, les **États** et les **bailleurs de fonds** devraient collaborer plus étroitement avec les **chercheurs** pour estimer les coûts et surveiller les dépenses allouées aux stratégies de prévention et de lutte contre ces maladies. Ces estimations ne sont pas disponibles actuellement.

APPEL À L'ACTION 5 : Augmenter les financements destinés aux actions nutritionnelles

Les États consacrent en moyenne 1 % à 2 % de leurs budgets à la nutrition, contre environ 4 % pour les bailleurs de fonds, un niveau beaucoup trop bas pour atteindre les cibles mondiales pour la nutrition d'ici 2025. Les **États** devraient donc, au minimum, doubler la part de leurs budgets allouée à l'amélioration de la nutrition. Les **dépenses des bailleurs de fonds** en faveur de la nutrition devraient plus que doubler elles aussi.

- 5.1** D'ici au sommet N4G de 2020 au Japon, les **États et les bailleurs de fonds** devraient avoir doublé leur part des dépenses consacrées aux mesures explicitement destinées à améliorer la nutrition. Des estimations précises des montants requis pour atteindre les cibles de l'AMS ne sont pas disponibles, mais les travaux préliminaires menés sur le retard de croissance par la Banque mondiale montrent que d'ici 2025, les États doivent au moins doubler leurs dépenses consacrées aux interventions nutritionnelles éprouvées et que les bailleurs de fonds doivent plus que quadrupler le financement de ces interventions. Par ailleurs, la marge d'augmentation de la part des dépenses des **États et des bailleurs de fonds** liées à la nutrition dans des secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, la santé, la protection sociale, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène est conséquente, puisque ces budgets sont très importants et les possibilités de solutions gagnant-gagnant nombreuses.

- 5.2** Un nombre plus important de **bailleurs de fonds** doit investir dans la nutrition. Les **13 bailleurs de fonds bilatéraux** qui consacrent actuellement moins de 1 million de dollars EU par an à la nutrition, d'après l'évaluation communiquée par le Comité d'aide au développement de l'OCDE (CAD), devraient prendre de nouveaux engagements substantiels en faveur de la nutrition. Pour les bailleurs de fonds cherchant à maximiser l'impact humain et économique de leur fonds, la nutrition est un investissement à fort impact.

APPEL À L'ACTION 6 : Mettre en œuvre des actions pour enrayer la malnutrition sous toutes ses formes

Les **États, agences internationales, organisations de la société civile et entreprises** devraient mettre en œuvre le Cadre d'action CIN2, qui s'attaque à la malnutrition sous toutes ses formes. Pour encourager les interventions, l'**Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)** et l'**OMS** devraient, d'ici fin 2016, élaborer des indicateurs objectifs et vérifiables pour vérifier si le Cadre d'action est correctement mis en œuvre. Le **Comité de la sécurité alimentaire mondiale** devrait cerner des opportunités pour renforcer la cohérence des actions de nutrition entre les différents secteurs. La **société civile** devrait intensifier ses campagnes de sensibilisation et mobiliser les appuis à la mise en œuvre du cadre d'action, et mettre en lumière les domaines dans lesquels les progrès sont lents. Afin d'inciter à mettre l'accent sur la malnutrition sous *toutes* ses formes, les **chercheurs** devraient identifier les actions luttant en synergie contre la dénutrition et l'obésité/les maladies non transmissibles liées à la nutrition et préciser les facteurs susceptibles de créer un environnement propice à l'amélioration de la nutrition.

- 6.1** L'**OMS** et la **FAO** devraient élaborer, d'ici fin 2016, des indicateurs SMART objectifs et vérifiables quant aux progrès de mise en œuvre du Cadre d'action CIN2. Ces indicateurs SMART orienteront plus efficacement les actions, identifieront les domaines où il est nécessaire de renforcer les capacités et feront du Cadre d'action un outil plus utile.
- 6.2** Les **organisations de la société civile** préoccupées par la sous-alimentation, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à la nutrition devraient travailler de concert pour mobiliser un soutien à la mise en œuvre de mesures de lutte contre la malnutrition

sous toutes ses formes, y compris la Décennie d'action sur la nutrition envisagée par la Déclaration de Rome rédigée lors de la CIN2. Les organisations de la société civile chargées des différents aspects de la nutrition n'ont que récemment commencé à communiquer entre elles. La Décennie d'action sur la nutrition est une occasion décisive de se rassembler pour défendre une cause commune et susciter une dynamique d'action afin de réduire toutes les formes de malnutrition.

- 6.3** Les **chercheurs** travaillant sur toutes les formes de malnutrition devraient collaborer avec les **agences internationales** afin d'identifier les « actions à double fonction » susceptibles de lutter simultanément contre la sous-alimentation, mais aussi le surpoids, l'obésité et les MNT liées à la nutrition. Ils devraient faire état de leurs conclusions dans un rapport qui sera présenté à l'occasion du sommet de Rio N4G en 2016 et d'autres forums pertinents. Les mesures pour créer des environnements politiques propices, des environnements alimentaires plus sains et des systèmes alimentaires plus favorables à la nutrition, ainsi que pour promouvoir la nutrition au cours des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant sont autant d'occasions de s'atteler en synergie aux deux types de malnutrition.
- 6.4** Les **chercheurs** devraient travailler avec des **champions nationaux de la nutrition** pour documenter, analyser, contrôler et évaluer les efforts visant à créer des environnements propices à la mise en œuvre des actions nutritionnelles. En combinant les leçons tirées de la lutte contre la sous-alimentation, l'obésité et les MNT liées à la nutrition, y compris les récentes séries du *Lancet* sur ces questions, ils devraient rassembler ces résultats pour en tirer des enseignements orientés vers l'action et les présenter dans une revue internationale d'ici 2018. Pour ce faire, les chercheurs devront 1) identifier les actions à suivre, 2) développer des outils de mesure, des méthodes et bases de données afin de suivre la progression de ces actions, 3) analyser l'efficacité des actions et les facteurs de leur réussite et 4) en tirer les enseignements et les partager entre les pays.
- 6.5** À l'occasion du Sommet humanitaire mondial de mai 2016, les **États** devraient fixer des objectifs de couverture pour les interventions visant à lutter contre la malnutrition aiguë sévère (MAS). **Les États et les bailleurs de fonds** devraient ensuite s'engager à suivre les avancées relativement à ces objectifs.

APPEL À L'ACTION 7 : Forger activement des alliances entre les communautés de la nutrition et du changement climatique autour d'objectifs communs

D'ici la Conférence des parties à la convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP21) de novembre 2016, **les parties prenantes du changement climatique et de la nutrition** devraient forger des alliances pour atteindre des objectifs communs. Le **Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC)** devrait mettre sur pied un groupe d'experts en nutrition, santé et climat en vue d'évaluer les travaux sur le climat et la nutrition et de définir de nouveaux programmes de recherche et de politiques. Les **pouvoirs publics** devraient intégrer explicitement le changement climatique dans leurs stratégies nationales de nutrition et de santé. Tandis que la **société civile** devrait utiliser les réseaux existants pour forger des alliances entre le secteur du changement climatique et celui de la nutrition afin de plaider en faveur de la nutrition à la COP21 et à l'occasion d'autres événements et processus de pointe axés sur le changement climatique.

- 7.1** Les **pouvoirs publics** devraient intégrer plus explicitement le changement climatique dans les stratégies nutritionnelles nationales, nouvelles et existantes. Les évaluations des politiques nutritionnelles montrent que de nombreux pays ne le font pas encore.
- 7.2** Le **Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat** devrait intégrer plus explicitement le changement climatique dans les stratégies nutritionnelles nationales, nouvelles et existantes. Les évaluations des politiques nutritionnelles montrent que de nombreux pays ne le font pas encore. Le **GIEC** devrait créer un sous-groupe de la nutrition pour faire en sorte que les responsables des questions climatiques s'inspirent des interactions entre le changement climatique et la nutrition ainsi que de l'adaptation des communautés. Les quatre agences-clés des Nations Unies — **FAO, UNICEF, Programme alimentaire mondial (PAM), et OMS** — devraient s'entendre avec le GIEC pour qu'il admette leurs experts en nutrition au sein de ses Groupes de travail II (vulnérabilité au changement climatique) et III (options pour l'atténuation), en vue d'une contribution commune et constructive au prochain rapport d'évaluation du GIEC, dont la publication est prévue d'ici quatre à cinq ans.

7.3 La société civile devrait prendre l'initiative d'alliances forgées autour du changement climatique et de la nutrition afin d'identifier de nouvelles actions possibles sur ces deux fronts. Les groupes de la société civile devraient ensuite présenter ces nouvelles possibilités d'action dans le cadre de réunions en marge de la COP 22, qui se tiendra à Marrakech en 2016. Les groupes de la société civile préoccupés par la nutrition devraient inclure le changement climatique dans leurs propres activités.

APPEL À L'ACTION 8 : Élaborer des indicateurs de l'impact des systèmes alimentaires sur les résultats nutritionnels et sanitaires

En s'appuyant sur la priorité accordée aux systèmes alimentaires lors de la conférence CIN2 de 2014, les **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires** devraient, d'ici fin 2016, proposer des indicateurs de l'impact des systèmes alimentaires sur les résultats en matière de nutrition et de santé.

8.1 Des initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires, comme le Panel Mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition (GLOPAN), le Panel IPES-Food (Groupe international d'experts sur les systèmes alimentaires durables), et l'Initiative EAT, devraient s'engager à oeuvrer avec les acteurs de la nutrition à la définition d'indicateurs et paramètres susceptibles de nous renseigner sur les systèmes alimentaires en faveur de la nutrition. Le processus devrait prévoir la collecte de données intégrées représentatives au niveau national et couvrant l'agriculture, les systèmes alimentaires, la nutrition et la santé. Il importe d'aider les pays à améliorer la qualité de leurs données, lesquelles ne permettent actuellement aucun parallèle entre les systèmes alimentaires et les résultats en matière de nutrition et de santé en raison de l'absence de liens entre les enquêtes sur l'agriculture, les systèmes alimentaires et la nutrition.

8.2 En s'inspirant de l'expertise des **initiatives mondiales en faveur des systèmes alimentaires**, les **États** devraient définir une série d'indicateurs de mesure des intrants, des processus et des résultats caractérisant leurs systèmes alimentaires nationaux respectifs. Cela permettrait aux pays de mieux comprendre le fonctionnement de leur système alimentaire et la voie à suivre pour améliorer la nutrition et la durabilité. Les mesures chiffrées permettent par ailleurs aux citoyens

de responsabiliser leurs gouvernements face à l'impact sur la santé et la durabilité de leurs politiques relatives aux systèmes alimentaires.

8.3 Les **États** devraient élaborer, mettre en œuvre et surveiller des plans et politiques visant à rendre leurs systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition. L'éventail des options disponibles pour y parvenir est potentiellement immense. Les États à tous les niveaux de revenus ont donc besoin d'un processus minutieux et détaillé d'identification des options politiques à fort impact, susceptibles de rendre leurs systèmes alimentaires plus soucieux de la nutrition. Il conviendrait d'aider les pays à faible revenu à mener à bien cette mission.

APPEL À L'ACTION 9 : Œuvrer à une meilleure compréhension commune des rôles et responsabilités du secteur privé dans la nutrition

Une fois que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques de l'OMS sera finalisé, les **quatre grandes agences des Nations Unies les plus concernées par la nutrition – la FAO, l'UNICEF, le PAM et l'OMS – de concert avec d'autres organismes internationaux compétents**, devraient créer une commission inclusive, soumise à une échéance, pour clarifier les rôles et responsabilités des **entreprises** en matière de nutrition.

9.1 La commission devrait engager de vastes consultations avec toutes les parties concernées afin d'aboutir à une compréhension commune des rôles et responsabilités des entreprises en matière de nutrition. En outre, elle devrait évaluer les impacts que produisent différentes entreprises dans divers secteurs d'activités sur la nutrition. Elle devrait identifier les mesures incitatives et les réglementations susceptibles d'encourager les actions positives et de diminuer le nombre d'actions négatives. Enfin, la commission devrait définir la priorité des mécanismes de redevabilité dans lesquels investir. À l'heure actuelle, il n'existe aucun mécanisme largement accepté à l'appui de ce dialogue, en l'absence duquel la redevabilité et les possibilités d'action positive des entreprises sont compromises.

Indépendamment de la création d'une telle commission, il conviendrait de prendre les mesures supplémentaires suivantes :

9.2 Les **bailleurs de fonds de la recherche** devraient financer des programmes à long terme pour générer des données sur les initiatives porteuses et celles

qui ne fonctionnent pas en termes de participation des entreprises à la nutrition. À l'heure actuelle, il existe trop peu de données factuelles pour orienter l'amélioration de la redevabilité. Des recherches s'imposent pour : 1) élaborer des paramètres visant à orienter les actions et promouvoir la redevabilité, et 2) évaluer de manière indépendante et transparente les mesures mises en œuvre par les entreprises pour améliorer la nutrition.

- 9.3** Toutes les **entreprises alimentaires** devraient améliorer leurs performances dans les domaines où les indicateurs de l'Indice d'accès à la nutrition (ATNI) ont révélé des faiblesses. Les scores de l'ATNI 2016 devraient comparer les performances des 25 entreprises à l'aune des 24 indicateurs pour lesquels elles ont toutes obtenu zéro en 2013.
- 9.4** Les **États** devraient renforcer les cadres réglementaires visant à réduire les effets négatifs des entreprises sur la nutrition. D'ici la fin de l'année 2016, les **bailleurs de fonds** devraient étudier la mise en place d'un fonds pour renforcer les capacités des organismes publics à élaborer, renforcer et appliquer des règlements sur la conduite des affaires. La réglementation devrait tenir compte de la dimension internationale de nombreuses entreprises et du potentiel de la réglementation à encourager l'action positive et à uniformiser les règles du jeu pour toutes.
- 9.5** Les **États** devraient promouvoir la transparence en établissant un registre des partenariats public-privé et d'autres mécanismes formels d'engagement. Cela permettrait à tous de voir les conditions dans lesquelles les collaborations public-privé sont établies.
- 9.6** Les **États** devraient explorer une collaboration potentielle avec les entreprises au-delà du secteur de l'alimentation. Par exemple, une initiative commune avec les opérateurs de réseaux de téléphonie mobile dans le domaine de la nutrition pourrait se révéler porteuse de changements au niveau des comportements et d'améliorations sur le plan de la redevabilité pour un large éventail d'acteurs de la nutrition.

APPEL À L'ACTION 10 : Identifier les déficits de données qui entravent l'efficacité des actions, et les combler

Les **pays, les bailleurs de fonds et les agences** devraient collaborer avec les techniciens du secteur de la nutrition pour identifier et hiérarchiser les déficits de données qui freinent l'action, puis investir dans les capacités à même

de combler ces manques. **Tous les pays, y compris les États à revenu élevé**, devraient solliciter l'aide des **agences des Nations Unies** pour faciliter la conversion de leurs propres données en bases de données internationales centralisées.

- 10.1** Les **gouvernements des pays à revenu élevé** devraient intensifier leurs efforts visant à entrer leurs données nutritionnelles dans les bases de données internationales. Au moins 10 pays à revenu élevé devraient alimenter les bases de données de l'OMS/UNICEF avec au moins l'un des indicateurs de l'AMS afin qu'ils soient dûment pris en compte dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016*. Bien qu'il soit effectivement plus aisé pour les pays à revenu élevé de produire ces données, ces derniers sont largement responsables des importants déficits de données existant à l'échelle internationale. Leur incapacité à fournir des données internationalement comparables risque de compromettre leur crédibilité en tant que partenaires nutritionnels et champions de la redevabilité.
- 10.2** Les **bailleurs de fonds** devraient financer un processus inclusif —impliquant **les États, la Banque mondiale, les agences des Nations Unies, les organisations de la société civile et les bailleurs de fonds** — dont l'objet serait d'identifier les déficits de données restants et d'investir dans les capacités nationales et internationales aptes à les combler. Les données permettent d'orienter les actions, d'appuyer les actions de plaidoyer, de suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des cibles de l'AMS et des ODD et de renforcer la redevabilité. Les déficits de données freinent la mise en œuvre d'actions, mais les informations visant à identifier les déficits les plus criants sont pour l'heure insuffisantes. Le développement d'un plan multidonateurs sur le long terme pour investir dans les données devrait être bien engagé d'ici le Sommet N4G de Rio en 2016.
- 10.3** Les **États, les agences internationales et les chargés de programmes** devraient se concentrer tout particulièrement sur la collecte de données de couverture fiables pour mener des interventions visant à prévenir et à traiter la sous-alimentation. Les **bailleurs de fonds** devraient accroître leur appui à 1) l'élaboration d'indicateurs universels de couverture de programmes pour les interventions qui en ont besoin, et 2) la recherche afin d'identifier les facteurs liés aux augmentations de couverture. À l'heure actuelle, les données internationalement comparables couvrent uniquement 4 des 12 interventions-clés.

ANNEXE 1 CIBLES D'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL – PROGRÈS ACCOMPLIS

TABLEAU A1.1 Valeurs les plus courantes des six indicateurs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) retenues pour tous les pays

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Retard de croissance (%) | Année des données sur le surpoids | Surpoids (%) | Année des données sur l'émaciation | Émaciation (%) | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Allaitement maternel exclusif (%) | Année des données sur l'anémie | Anémie (%) | Année des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance | Insuffisance pondérale à la naissance (%) |
|--------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| Afghanistan | 2013 | 40.9 | 2013 | 5.4 | 2013 | 9.5 | | | 2011 | 33.0 | | |
| Afrique du Sud | 2008 | 23.9 | | | 2008 | 4.7 | 2003 | 8.3 | 2011 | 27.6 | | |
| Albanie | 2009 | 23.1 | 2009 | 23.4 | 2009 | 9.4 | 2008–09 | 38.6 | 2011 | 21.5 | | |
| Algérie | 2012 | 11.7 | 2012 | 12.4 | 2012 | 4.1 | 2012–13 | 25.7 | 2011 | 32.7 | 2006 | 6.0 |
| Allemagne | 2005 | 1.3 | 2005 | 3.5 | 2005 | 1.0 | | | 2011 | 17.9 | 2012 | 6.9 |
| Andorre | | | | | | | | | 2011 | 17.0 | | |
| Angola | 2007 | 29.2 | | | 2007 | 8.2 | | | 2011 | 44.8 | 2000 | 12.0 |
| Antigua-et-Barbuda | | | | | | | | | 2011 | 24.9 | 2011 | 6.0 |
| Arabie Saoudite | 2005 | 9.3 | 2005 | 6.1 | 2005 | 11.8 | | | 2011 | 40.3 | 2012 | 8.8 |
| Argentine | 2005 | 8.2 | 2005 | 9.9 | 2005 | 1.2 | 2011–12 | 32.7 | 2011 | 15.6 | 2011 | 7.2 |
| Arménie | 2010 | 20.8 | 2010 | 16.8 | 2010 | 4.2 | 2010 | 34.6 | 2011 | 25.9 | 2010 | 8.0 |
| Australie | 2007 | 2.0 | 2007 | 7.7 | 2007 | 0.0 | | | 2011 | 17.5 | 2010 | 6.2 |
| Autriche | | | | | | | | | 2011 | 18.5 | 2011 | 6.9 |
| Azerbaïdjan | 2013 | 18.0 | 2013 | 13.0 | 2013 | 3.1 | 2013 | 12.1 | 2011 | 32.7 | 2006 | 10.0 |
| Bahamas | | | | | | | | | 2011 | 23.1 | 2011 | 11.6 |
| Bahreïn | | | | | | | 1995 | 33.8 | 2011 | 37.6 | 2012 | 9.9 |
| Bangladesh | 2014 | 36.1 | 2014 | 1.4 | 2014 | 14.3 | 2014 | 55.3 | 2011 | 43.5 | 2006 | 22.0 |
| Barbade | 2012 | 7.7 | 2012 | 12.2 | 2012 | 6.8 | 2012 | 19.7 | 2011 | 23.1 | 2011 | 11.5 |
| Bélarus | 2005 | 4.5 | 2005 | 9.7 | 2005 | 2.2 | 2012 | 19.0 | 2011 | 22.4 | 2011 | 5.1 |
| Belgique | | | | | | | | | 2011 | 18.0 | 2009 | 7.0 |
| Belize | 2011 | 19.3 | 2011 | 7.9 | 2011 | 3.3 | 2011 | 14.7 | 2011 | 21.7 | 2011 | 11.1 |
| Bénin | 2014 | 34.0 | 2014 | 1.7 | 2014 | 4.5 | 2014 | 41.4 | 2011 | 49.6 | 2006 | 15.0 |
| Bhoutan | 2010 | 33.6 | 2010 | 7.6 | 2010 | 5.9 | 2010 | 48.7 | 2011 | 43.7 | 2010 | 9.9 |
| Bolivie | 2012 | 18.1 | 2008 | 8.7 | 2012 | 1.6 | 2012 | 64.3 | 2011 | 32.4 | 2008 | 6.0 |
| Bosnie-Herzégovine | 2012 | 8.9 | 2012 | 17.4 | 2012 | 2.3 | 2011–12 | 18.5 | 2011 | 24.3 | 2012 | 4.5 |
| Botswana | 2007 | 31.4 | 2007 | 11.2 | 2007 | 7.2 | 2007 | 20.3 | 2011 | 28.5 | 2007 | 13.0 |
| Brésil | 2007 | 7.1 | 2007 | 7.3 | 2007 | 1.6 | 2006 | 38.6 | 2011 | 19.6 | 2011 | 8.5 |
| Brunéi Darussalam | 2009 | 19.7 | 2009 | 8.3 | 2009 | 2.9 | | | 2011 | 20.4 | 2011 | 11.9 |
| Bulgarie | | | | | | | | | 2011 | 23.9 | 2011 | 8.8 |
| Burkina Faso | 2012 | 32.9 | 2010 | 2.8 | 2012 | 10.9 | 2014 | 50.1 | 2011 | 49.5 | 2010 | 14.1 |
| Burundi | 2010 | 57.5 | 2010 | 2.9 | 2010 | 6.1 | 2010 | 69.3 | 2011 | 20.9 | 2010 | 12.9 |
| Cabo Verde | | | | | | | 2005 | 59.6 | 2011 | 37.9 | 2005 | 6.0 |

À suivre

Tableau A1.1 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Retard de croissance (%) | Année des données sur le surpoids | Surpoids (%) | Année des données sur l'émaciation | Émaciation (%) | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Allaitement maternel exclusif (%) | Année des données sur l'anémie | Anémie (%) | Année des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance | Insuffisance pondérale à la naissance (%) |
|---|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| Cambodge | 2014 | 32.4 | 2014 | 2.0 | 2014 | 9.6 | 2014 | 65.0 | 2011 | 43.8 | 2010 | 11.3 |
| Cameroun | 2011 | 32.6 | 2011 | 6.5 | 2011 | 5.8 | 2011 | 20.4 | 2011 | 41.5 | 2006 | 11.0 |
| Canada | | | | | | | | | 2011 | 16.5 | 2011 | 6.1 |
| Centrafricaine, République | 2010 | 40.7 | 2010 | 1.8 | 2010 | 7.4 | 2010 | 34.3 | 2011 | 46.0 | 2010 | 13.7 |
| Chili | 2014 | 1.8 | 2014 | 9.3 | 2014 | 0.3 | | | 2011 | 12.1 | 2011 | 5.9 |
| Chine | 2010 | 9.4 | 2010 | 6.6 | 2010 | 2.3 | 2008 | 27.6 | 2011 | 19.6 | . | |
| Chypre | | | | | | | | | 2011 | 27.7 | 2007 | 11.5 |
| Colombie | 2010 | 12.7 | 2010 | 4.8 | 2010 | 0.9 | 2010 | 42.8 | 2011 | 19.5 | 2012 | 9.5 |
| Comores | 2012 | 32.1 | 2012 | 10.9 | 2012 | 11.1 | 2012 | 12.1 | 2011 | 30.8 | 2000 | 25.0 |
| Congo | 2011 | 25.0 | 2011 | 3.6 | 2011 | 5.9 | 2011–12 | 20.5 | 2011 | 50.7 | 2005 | 13.0 |
| Congo, La République Démocratique du | 2013 | 42.6 | 2013 | 4.4 | 2013 | 8.1 | 2013–14 | 47.6 | 2011 | 49.0 | 2010 | 9.5 |
| Corée, République de | 2010 | 2.5 | 2010 | 7.3 | 2010 | 1.2 | | | 2011 | 19.4 | 2006 | 4.4 |
| Corée, République Populaire Démocratique de | 2012 | 27.9 | 2009 | 0.0 | 2012 | 4.0 | 2012 | 68.9 | 2011 | 25.0 | 2009 | 5.7 |
| Costa Rica | 2008 | 5.6 | 2008 | 8.1 | 2008 | 1.0 | 2011 | 32.5 | 2011 | 19.0 | 2012 | 7.3 |
| Côte d'Ivoire | 2012 | 29.6 | 2012 | 3.2 | 2012 | 7.6 | 2011–12 | 12.1 | 2011 | 48.8 | 2006 | 17.0 |
| Croatie | | | | | | | 1996 | 23.3 | 2011 | 24.5 | 2011 | 5.0 |
| Cuba | | | | | | | 2012–13 | 33.2 | 2011 | 23.4 | 2012 | 5.2 |
| Danemark | | | | | | | | | 2011 | 18.0 | 2012 | 5.4 |
| Djibouti | 2012 | 33.5 | 2012 | 8.1 | 2012 | 21.5 | 2006 | 1.3 | 2011 | 27.1 | 2006 | 10.0 |
| Dominicaine, République | 2013 | 7.1 | 2013 | 7.6 | 2013 | 2.4 | 2014 | 4.7 | 2011 | 26.0 | 2007 | 11.0 |
| Dominique | | | | | | | | | 2011 | 25.5 | 2011 | 10.8 |
| Égypte | 2014 | 22.3 | 2014 | 15.7 | 2014 | 9.5 | 2014 | 39.7 | 2011 | 34.5 | 2008 | 13.0 |
| El Salvador | 2008 | 20.6 | 2008 | 5.7 | 2008 | 1.6 | 2014 | 47.0 | 2011 | 23.5 | 2011 | 8.7 |
| Émirats Arabes Unis | | | | | | | 1995 | 34.0 | 2011 | 26.2 | 2009 | 6.1 |
| Équateur | 2012 | 25.2 | 2012 | 7.5 | 2012 | 2.3 | 2004 | 39.6 | 2011 | 24.3 | 2012 | 8.6 |
| Érythrée | 2010 | 50.3 | 2010 | 1.9 | 2010 | 15.3 | 2010 | 68.7 | 2011 | 32.8 | 2002 | 14.0 |
| Espagne | | | | | | | | | 2011 | 18.1 | 2012 | 8.2 |
| Estonie | | | | | | | | | 2011 | 24.0 | 2012 | 4.6 |
| États Fédérés de Micronésie | | | | | | | 1999 | 60.0 | 2011 | 18.3 | 2009 | 11.1 |
| États-Unis | 2012 | 2.1 | 2012 | 6.0 | 2012 | 0.5 | | | 2011 | 12.0 | 2010 | 8.1 |
| Éthiopie | 2014 | 40.4 | 2014 | 2.6 | 2014 | 8.7 | 2011 | 52.0 | 2011 | 19.2 | 2005 | 20.0 |
| Fidji | | | | | | | 2004 | 39.8 | 2011 | 26.8 | 2004 | 10.2 |
| Finlande | | | | | | | | | 2011 | 17.7 | 2012 | 4.2 |
| France | | | | | | | | | 2011 | 18.9 | 2011 | 6.6 |
| Gabon | 2012 | 17.5 | 2012 | 7.7 | 2012 | 3.4 | 2012 | 6.0 | 2011 | 50.8 | 2000 | 14.0 |

Tableau A1.1 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Retard de croissance (%) | Année des données sur le surpoids | Surpoids (%) | Année des données sur l'émaciation | Émaciation (%) | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Allaitement maternel exclusif (%) | Année des données sur l'anémie | Anémie (%) | Année des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance | Insuffisance pondérale à la naissance (%) |
|--|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| Gambie | 2013 | 24.5 | 2013 | 2.7 | 2013 | 11.5 | 2013 | 46.8 | 2011 | 45.3 | 2010 | 10.2 |
| Géorgie | 2009 | 11.3 | 2009 | 19.9 | 2009 | 1.6 | 2009 | 54.8 | 2011 | 27.5 | 2012 | 6.5 |
| Ghana | 2014 | 18.8 | 2014 | 2.6 | 2014 | 4.7 | 2014 | 52.3 | 2011 | 56.4 | 2011 | 10.7 |
| Grèce | | | | | | | | | 2011 | 20.4 | 2012 | 9.8 |
| Grenade | | | | | | | 1998 | 39.0 | 2011 | 25.8 | 2011 | 8.8 |
| Guatemala | 2009 | 48.0 | 2009 | 4.9 | 2009 | 1.1 | 2008-09 | 49.6 | 2011 | 25.7 | 2008-09 | 11.4 |
| Guinée | 2012 | 31.3 | 2012 | 3.8 | 2012 | 9.9 | 2012 | 20.5 | 2011 | 48.4 | 2005 | 12.0 |
| Guinée-Bissau | 2014 | 27.6 | 2014 | 2.3 | 2014 | 6.0 | 2014 | 52.5 | 2011 | 44.6 | 2010 | 11.0 |
| Guinée Équatoriale | 2010 | 26.2 | 2010 | 9.7 | 2010 | 3.1 | 2011 | 7.4 | 2011 | 45.4 | 2000 | 13.0 |
| Guyana | 2014 | 12.0 | 2014 | 5.3 | 2014 | 6.4 | 2014 | 23.3 | 2011 | 33.7 | 2009 | 14.3 |
| Haïti | 2012 | 21.9 | 2012 | 3.6 | 2012 | 5.2 | 2012 | 39.7 | 2011 | 37.1 | 2012 | 23.0 |
| Honduras | 2012 | 22.7 | 2012 | 5.2 | 2012 | 1.4 | 2011-12 | 31.2 | 2011 | 18.0 | 2011-12 | 9.9 |
| Hongrie | | | | | | | | | 2011 | 23.5 | 2012 | 8.6 |
| Île Maurice | | | | | | | 2002 | 21.0 | 2011 | 23.4 | 2003 | 14.0 |
| Îles Marshall | | | | | | | 2007 | 31.3 | 2011 | 20.0 | 2007 | 18.0 |
| Inde | 2006 | 47.9 | 2006 | 1.9 | 2006 | 20.0 | 2005-06 | 46.4 | 2011 | 48.1 | 2005-06 | 28.0 |
| Indonésie | 2013 | 36.4 | 2013 | 11.5 | 2013 | 13.5 | 2012 | 41.5 | 2011 | 22.5 | 2007 | 9.0 |
| Iraq | 2011 | 22.6 | 2011 | 11.8 | 2011 | 7.4 | 2011 | 19.6 | 2011 | 31.3 | 2011 | 13.4 |
| Irlande | | | | | | | | | 2011 | 17.2 | 2011 | 5.2 |
| Islande | | | | | | | | | 2011 | 17.0 | 2012 | 4.2 |
| Israël | | | | | | | | | 2011 | 17.1 | 2012 | 8.0 |
| Italie | | | | | | | | | 2011 | 19.4 | 2010 | 7.3 |
| Jamaïque | 2012 | 5.7 | 2012 | 7.8 | 2012 | 3.0 | 2011 | 23.8 | 2011 | 24.4 | 2011 | 11.3 |
| Japon | 2010 | 7.1 | 2010 | 1.5 | 2010 | 2.3 | | | 2011 | 22.1 | 2012 | 9.6 |
| Jordanie | 2012 | 7.8 | 2012 | 4.7 | 2012 | 2.4 | 2012 | 22.7 | 2011 | 28.4 | 2007 | 13.0 |
| Kazakhstan | 2010 | 13.1 | 2010 | 13.3 | 2010 | 4.1 | 2010-11 | 31.8 | 2011 | 29.8 | 2012 | 6.1 |
| Kenya | 2014 | 26.0 | 2014 | 4.1 | 2014 | 4.0 | 2014 | 61.4 | 2011 | 25.0 | 2008-09 | 8.0 |
| Kirghizistan | 2014 | 12.9 | 2014 | 7.0 | 2014 | 2.8 | 2014 | 41.1 | 2011 | 32.5 | 2012 | 6.3 |
| Kiribati | | | | | | | 2009 | 69.0 | 2011 | 20.9 | 2011 | 8.3 |
| Koweït | 2014 | 5.8 | 2014 | 8.7 | 2014 | 2.4 | 1996 | 11.9 | 2011 | 22.4 | 2011 | 8.3 |
| Lao, République Démocratique Populaire | 2011 | 43.8 | 2011 | 2.0 | 2011 | 6.4 | 2011 | 40.4 | 2011 | 31.0 | 2011-12 | 14.8 |
| Lesotho | 2014 | 33.2 | 2014 | 7.4 | 2014 | 2.8 | 2014 | 66.9 | 2011 | 26.8 | 2009 | 10.7 |
| Lettonie | | | | | | | | | 2011 | 23.5 | 2012 | 4.6 |
| Liban | | | | | | | 2000 | 26.6 | 2011 | 27.5 | 2009 | 11.5 |
| Libéria | 2013 | 32.1 | 2013 | 3.2 | 2013 | 5.6 | 2013 | 55.2 | 2011 | 49.3 | 2007 | 14.0 |
| Libye | 2007 | 21 | 2007 | 22.4 | 2007 | 6.5 | | | 2011 | 27.9 | | |
| Liechtenstein | | | | | | | | | 2011 | | | |
| Lituanie | | | | | | | | | 2011 | 23.0 | 2012 | 4.8 |
| Luxembourg | | | | | | | | | 2011 | 17.6 | 2011 | 7.1 |

À suivre

Tableau A1.1 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Retard de croissance (%) | Année des données sur le surpoids | Surpoids (%) | Année des données sur l'émaciation | Émaciation (%) | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Allaitement maternel exclusif (%) | Année des données sur l'anémie | Anémie (%) | Année des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance | Insuffisance pondérale à la naissance (%) |
|---------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| République Islamique d'Iran | 2011 | 6.8 | | | 2011 | 4.0 | 2010–11 | 53.1 | 2011 | 28.1 | 2011 | 7.7 |
| République Tchèque | | | | | | | | | 2011 | 22.5 | 2012 | 8.0 |
| Roumanie | | | | | | | 2004 | 15.8 | 2011 | 24.3 | 2012 | 8.4 |
| Royaume-Uni | | | | | | | | | 2011 | 14.7 | 2011 | 7.0 |
| Russie, Fédération de | | | | | | | | | 2011 | 21.4 | 2012 | 6.1 |
| Rwanda | 2015 | 37.9 | 2015 | 7.7 | 2015 | 2.2 | 2014-15 | 87.3 | 2011 | 17.4 | 2010 | 7.1 |
| Sainte-Lucie | 2012 | 2.5 | 2012 | 6.3 | 2012 | 3.7 | | | 2011 | 26.4 | 2011 | 10.1 |
| Saint-Kitts-et-Nevis | | | | | | | | | 2011 | | 2011 | 10.4 |
| Saint-Marin | | | | | | | | | 2011 | | 2011 | 10 |
| Saint-Vincent-et-les Grenadines | | | | | | | | | 2011 | 25.3 | 2011 | 10.6 |
| Salomon, Îles | 2007 | 32.8 | 2007 | 2.5 | 2007 | 4.3 | 2007 | 73.7 | 2011 | 25.3 | 2007 | 12.5 |
| Samoa | | | | | | | 2009 | 51.3 | 2011 | 17.7 | 2009 | 10.2 |
| Sao Tomé-et-Principe | 2008 | 31.6 | 2008 | 11.6 | 2008 | 11.2 | 2008–09 | 51.4 | 2011 | 42.7 | 2008–09 | 9.9 |
| Sénégal | 2014 | 19.4 | 2014 | 1.3 | 2014 | 5.8 | 2014 | 33.0 | 2011 | 57.5 | 2010–11 | 18.6 |
| Serbie | 2014 | 6.0 | 2014 | 13.9 | 2014 | 3.9 | 2014 | 12.8 | 2011 | 24.9 | 2011 | 6.1 |
| Seychelles | 2012 | 7.9 | 2012 | 10.2 | 2012 | 4.3 | | | 2011 | 21.2 | . | |
| Sierra Leone | 2013 | 37.9 | 2013 | 8.9 | 2013 | 9.4 | 2013 | 32.0 | 2011 | 45.2 | 2010 | 10.5 |
| Singapour | | | | | | | | | 2011 | 22.0 | 2011 | 9.5 |
| Slovaquie | | | | | | | | | 2011 | 23.3 | 2012 | 7.9 |
| Slovénie | | | | | | | | | 2011 | 23.6 | 2012 | 6.0 |
| Somalie | 2009 | 25.9 | 2009 | 2.9 | 2009 | 14.9 | 2009 | 5.3 | 2011 | 42.6 | . | |
| Soudan | 2014 | 38.2 | 2014 | 3.0 | 2014 | 16.3 | 2014 | 55.4 | 2011 | 31.5 | . | |
| Soudan du Sud | 2010 | 31.1 | 2010 | 6.0 | 2010 | 22.7 | 2010 | 45.1 | 2011 | | . | |
| Sri Lanka | 2012 | 14.7 | 2012 | 0.6 | 2012 | 21.4 | 2006–07 | 75.8 | 2011 | 25.7 | 2006–07 | 17.0 |
| Suède | | | | | | | | | 2011 | 17.8 | 2011 | 4.5 |
| Suisse | | | | | | | | | 2011 | 19.1 | 2012 | 6.7 |
| Suriname | 2010 | 8.8 | 2010 | 4.0 | 2010 | 5.0 | 2010 | 2.8 | 2011 | 24.9 | 2010 | 13.9 |
| Swaziland | 2014 | 25.5 | 2014 | 9.0 | 2014 | 2.0 | 2014 | 63.8 | 2011 | 27.8 | 2010 | 8.7 |
| Syrienne, République Arabe | 2009 | 27.5 | 2009 | 17.9 | 2009 | 11.5 | 2009 | 42.6 | 2011 | 30.9 | 2009 | 10.3 |
| Tadjikistan | 2012 | 26.8 | 2012 | 6.6 | 2012 | 9.9 | 2012 | 34.3 | 2011 | 24.6 | 2005 | 10.0 |
| Tanzanie, République-Unie de | 2014 | 34.7 | 2013 | 5.2 | 2014 | 3.8 | 2014 | 41.1 | 2011 | 39.6 | 2010 | 8.4 |
| Tchad | 2010 | 38.7 | 2010 | 2.8 | 2010 | 15.7 | 2010 | 3.4 | 2011 | 46.6 | 2010 | 19.9 |
| Thaïlande | 2012 | 16.3 | 2012 | 10.9 | 2012 | 6.7 | 2012 | 12.3 | 2011 | 23.8 | 2010 | 11.3 |
| Timor-Leste | 2009 | 57.7 | 2009 | 5.8 | 2009 | 18.9 | 2009–10 | 51.5 | 2011 | 22.5 | 2003 | 12.0 |
| Togo | 2014 | 27.5 | 2014 | 2.0 | 2014 | 6.7 | 2013-14 | 57.5 | 2011 | 52.7 | 2010 | 11.1 |

À suivre

Tableau A1.1 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Retard de croissance (%) | Année des données sur le surpoids | Surpoids (%) | Année des données sur l'émaciation | Émaciation (%) | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Allaitement maternel exclusif (%) | Année des données sur l'anémie | Anémie (%) | Année des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance | Insuffisance pondérale à la naissance (%) |
|-------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| Tonga | 2012 | 8.1 | 2012 | 17.3 | 2012 | 5.2 | 2012 | 52.2 | 2011 | 18.6 | . | |
| Trinité-et-Tobago | | | | | | | 2006 | 12.8 | 2011 | 25.3 | 2011 | 11.9 |
| Tunisie | 2012 | 10.1 | 2012 | 14.3 | 2012 | 2.8 | 2011-12 | 8.5 | 2011 | 28.0 | 2011-12 | 6.9 |
| Turkménistan | | | | | | | 2000 | 12.7 | 2011 | 32.1 | 2011 | 4.8 |
| Turquie | 2013 | 9.5 | 2013 | 10.9 | 2013 | 1.7 | 2013 | 30.1 | 2011 | 28.8 | 2008 | 11.0 |
| Tuvalu | 2007 | 10.0 | 2007 | 6.3 | 2007 | 3.3 | 2007 | 34.7 | 2011 | | 2007 | 6.1 |
| Ukraine | | | | | | | 2012 | 19.7 | 2011 | 22.8 | 2011 | 5.3 |
| Uruguay | 2011 | 10.7 | 2011 | 7.2 | 2011 | 1.3 | | | 2011 | 17.4 | 2012 | 8.1 |
| Vanuatu | 2013 | 28.5 | 2013 | 4.6 | 2013 | 4.4 | 2013 | 72.6 | 2011 | 21.7 | 2007 | 10.0 |
| Venezuela | 2009 | 13.4 | 2009 | 6.4 | 2009 | 4.1 | 1998 | 7.1 | 2011 | 22.5 | 2011 | 8.6 |
| Viêt Nam | 2013 | 19.4 | 2013 | 4.6 | 2013 | 5.7 | 2014 | 24.3 | 2011 | 14.1 | 2010-11 | 5.1 |
| Yémen | 2011 | 46.6 | 2011 | 1.5 | 2011 | 13.3 | 2013 | 10.3 | 2011 | 37.5 | 2010 | 32.0 |
| Zambie | 2013 | 40.0 | 2013 | 6.2 | 2013 | 6.3 | 2013-14 | 72.5 | 2011 | 29.2 | 2007 | 11.0 |
| Zimbabwe | 2014 | 27.6 | 2014 | 3.6 | 2014 | 3.3 | 2014 | 41.0 | 2011 | 28.4 | 2010-11 | 11.0 |

Source : Retard de croissance, surpoids et émaciation : UNICEF, OMS et Banque mondiale (2015), mise à jour de juillet ; allaitement maternel exclusif : UNICEF (2015a), mise à jour de juin ; anémie : OMS (2015g) ; insuffisance pondérale : UNICEF (2015a).

TABLEAU A1.2 État d'avancement (en bonne/mauvaise voie) de 5 des 6 indicateurs AMS dans tous les pays

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Afghanistan | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En bonne voie : À risque | 2013 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Afrique du Sud | 2008 | En mauvaise voie : Quelques progrès | | | 2008 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Albanie | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En mauvaise voie | 2009 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Algérie | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie | 2013 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Allemagne | | | | | 2005 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Andorre | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Angola | | | | | 2007 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Antigua-et-Barbuda | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Arabie Saoudite | | | | | 2005 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Argentine | | | | | 2005 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Arménie | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En bonne voie | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Australie | | | | | 2007 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Autriche | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Azerbaïdjan | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Bahamas | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bahreïn | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bangladesh | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Barbade | | | | | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bélarus | | | | | 2005 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Belgique | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Belize | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Bénin | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Bhoutan | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bolivie | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2008 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie | 2012 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Bosnie-Herzégovine | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Botswana | 2007 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2007 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2007 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bésil | | | | | 2007 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Brunéi Darussalam | | | | | 2009 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Bulgarie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Burkina Faso | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie : À risque | 2012 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Burundi | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie : À risque | 2010 | En mauvaise voie | 2010 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie |

À suivre

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|---|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Cabo Verde | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Cambodge | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie : À risque | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Cameroun | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie | 2011 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Canada | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Centrafricaine République | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En mauvaise voie | 2010 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Chili | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Chine | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En bonne voie : À risque | 2010 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Chypre | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Colombie | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En bonne voie | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En bonne voie |
| Comores | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Congo | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Congo, La République Démocratique du | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Corée, République de | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Corée, République Populaire Démocratique de | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Costa Rica | | | | | 2008 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Côte d'Ivoire | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie | 1996 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Croatie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Cuba | | | | | | | 2014 | En mauvaise voie : Tendence inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| Danemark | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|-----------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Djibouti | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Dominicaine, République | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Dominique | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Égypte | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Tendance inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| El Salvador | 2008 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2008 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2008 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Émirats Arabes Unis | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Équateur | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Érythrée | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En bonne voie : À risque | 2010 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Espagne | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Estonie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| États Fédérés de Micronésie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| États-Unis | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Éthiopie | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : À risque | 2014 | En mauvaise voie | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Fidji | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Finlande | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| France | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Gabon | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Gambie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En bonne voie : À risque | 2013 | En mauvaise voie | 2013 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Géorgie | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2009 | En bonne voie | 2009 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Ghana | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Grèce | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |

À suivre

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Grenade | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Guatemala | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Guinée | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Guinée-Bissau | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Guinée Équatoriale | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Guyana | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Haïti | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : À risque | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Honduras | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : À risque | 2012 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Hongrie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Île Maurice | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Îles Marshall | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Inde | 2006 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2006 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2006 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Indonésie | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En mauvaise voie | 2012 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Iraq | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie | 2011 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Irlande | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Islande | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Israël | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Italie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Jamaïque | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Japon | | | | | 2010 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Jordanie | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie : À risque | 2012 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|--|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Kazakhstan | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Kenya | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie |
| Kirghizistan | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : tendance inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| Kiribati | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Koweït | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Lao, République Démocratique Populaire | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie | 2011 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Lesotho | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Lettonie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Liban | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Libéria | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie | 2013 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Libye | | | | | 2007 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Liechtenstein | | | | | | | | | 2011 | |
| Lituanie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Luxembourg | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Macédoine, l'ex-République Yougoslave de | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Madagascar | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | | | | | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Malaisie | 2006 | En mauvaise voie : Quelques progrès | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Malawi | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Maldives | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En bonne voie : À risque | 2009 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Mali | 2006 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2006 | En bonne voie : À risque | 2006 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |

À suivre

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Malte | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Maroc | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Mauritanie | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie | 2011 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Mexique | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Moldova, République de | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Monaco | | | | | | | | | | |
| Mongolie | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En bonne voie | 2013 | En mauvaise voie : Tendance inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| Monténégro | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En bonne voie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Mozambique | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Myanmar | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En bonne voie : À risque | 2009 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Namibie | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie | 2013 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Nauru | | | | | 2007 | En bonne voie | | | | |
| Népal | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En bonne voie : À risque | 2011 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Tendance inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| Nicaragua | 2006 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2006 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2006 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Niger | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : À risque | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Nigéria | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Norvège | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Nouvelle-Zélande | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Oman | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En bonne voie : À risque | 2009 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Ouganda | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|---------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Ouzbékistan | 2006 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2006 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2006 | En bonne voie | 2006 | | 2011 | En mauvaise voie |
| Pakistan | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie : À risque | 2012 | En mauvaise voie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Palaos | | | | | | | | | | |
| Panama | 2008 | En mauvaise voie : Quelques progrès | | | 2008 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2010 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Paraguay | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Pays-Bas | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Pérou | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Philippines | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En bonne voie : À risque | 2013 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Pologne | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Portugal | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Qatar | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| République Islamique d'Iran | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | | | 2011 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| République Tchèque | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Roumanie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Royaume-Uni | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Russie, Fédération de | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Rwanda | 2015 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2015 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2015 | En bonne voie | 2015 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Sainte-Lucie | | | | | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Saint-Kitts-et-Nevis | | | | | | | | | | |
| Saint-Marin | | | | | | | | | | |
| Saint-Vincent-et-les Grenadines | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Salomon, Îles | | | | | 2007 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |

À suivre

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Samoa | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Sao Tomé-et-Principe | 2008 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2008 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2008 | En mauvaise voie | 2009 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Sénégal | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2014 | En bonne voie : À risque | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Serbie | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Seychelles | | | | | 2012 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Sierra Leone | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En mauvaise voie | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Singapour | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Slovaquie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Slovénie | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Somalie | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2009 | En mauvaise voie | 2009 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Soudan | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Soudan du Sud | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En mauvaise voie | | | | |
| Sri Lanka | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Suède | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Suisse | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Suriname | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En bonne voie : À risque | 2010 | En mauvaise voie | 2010 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Swaziland | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Syrienne, République Arabe | 2009 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En mauvaise voie | 2009 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Tadjikistan | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Tanzanie, République-Unie de | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |

Tableau A1.2 (suite)

| Pays | Année des données sur le retard de croissance | Avancées vers la cible de retard de croissance | Année des données sur le surpoids | Avancées vers la cible pour le surpoids | Année des données sur l'émaciation | Avancées vers la cible pour l'émaciation | Année des données sur l'allaitement maternel exclusif | Avancées vers la cible pour l'allaitement maternel exclusif | Année des données sur l'anémie | Avancées vers la cible pour l'anémie |
|-------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Tchad | 2010 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2010 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2010 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Thaïlande | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En mauvaise voie | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Timor-Leste | 2009 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2009 | En bonne voie : À risque | 2009 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Togo | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : À risque | 2014 | En mauvaise voie | 2014 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Tonga | | | | | 2012 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Trinité-et-Tobago | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Tunisie | 2012 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2012 | En bonne voie | 2012 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Turkménistan | | | | | | | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Turquie | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En bonne voie | 2013 | En mauvaise voie : Tendance inverse | 2011 | En mauvaise voie |
| Tuvalu | | | | | 2007 | En bonne voie | | | 2011 | |
| Ukraine | | | | | | | 2012 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie |
| Uruguay | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Vanuatu | 2013 | En mauvaise voie : Aucun progrès | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En bonne voie | 2013 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie |
| Venezuela | 2009 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2009 | En bonne voie : À risque | 2009 | En bonne voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Viêt Nam | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En bonne voie |
| Yémen | 2011 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2011 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2011 | En mauvaise voie | | | 2011 | En mauvaise voie |
| Zambie | 2013 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2013 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2013 | En mauvaise voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |
| Zimbabwe | 2014 | En mauvaise voie : Quelques progrès | 2014 | En bonne voie : Progrès satisfaisants | 2014 | En bonne voie | 2014 | En bonne voie | 2011 | En mauvaise voie |

Source : Le classement en bonne/mauvaise voie pour le retard de croissance et le surpoids a été élaboré par l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* en consultation avec l'OMS et l'UNICEF. Le classement en bonne/mauvaise voie pour l'émaciation, l'allaitement maternel exclusif et l'anémie a été élaboré par l'OMS et l'UNICEF.

À suivre

TABLEAU A1.3 Prévalence de l'obésité en 2010 et 2014 et évaluation des progrès dans tous les pays

| Pays | Hommes et femmes | | | | Hommes | | | | Femmes | | | |
|----------------------------|------------------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|
| | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut |
| Afghanistan | 2,4 | 2,9 | 0,5 | En mauvaise voie | 1,4 | 1,8 | 0,4 | En mauvaise voie | 3,3 | 4,1 | 0,8 | En mauvaise voie |
| Afrique du Sud | 24,1 | 26,8 | 2,7 | En mauvaise voie | 12,9 | 15,7 | 2,8 | En mauvaise voie | 34,7 | 37,3 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Albanie | 16,1 | 17,6 | 1,5 | En mauvaise voie | 14,6 | 16,5 | 1,9 | En mauvaise voie | 17,5 | 18,7 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Algérie | 22,6 | 24,8 | 2,2 | En mauvaise voie | 16,6 | 18,8 | 2,2 | En mauvaise voie | 28,7 | 30,8 | 2,1 | En mauvaise voie |
| Allemagne | 18,5 | 20,1 | 1,6 | En mauvaise voie | 19,9 | 21,9 | 2,0 | En mauvaise voie | 17,2 | 18,5 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Andorre | 27,5 | 29,5 | 2,0 | En mauvaise voie | 26,1 | 28,5 | 2,4 | En mauvaise voie | 28,8 | 30,5 | 1,7 | En mauvaise voie |
| Angola | 8,3 | 10,2 | 1,9 | En mauvaise voie | 4,6 | 6,0 | 1,4 | En mauvaise voie | 12,0 | 14,2 | 2,2 | En mauvaise voie |
| Antigua-et-Barbuda | 28,0 | 30,9 | 2,9 | En mauvaise voie | 19,4 | 22,8 | 3,4 | En mauvaise voie | 36,4 | 38,7 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Arabie Saoudite | 32,0 | 34,7 | 2,7 | En mauvaise voie | 26,8 | 29,9 | 3,1 | En mauvaise voie | 38,8 | 41,4 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Argentine | 23,7 | 26,3 | 2,6 | En mauvaise voie | 21,0 | 23,6 | 2,6 | En mauvaise voie | 26,2 | 28,9 | 2,7 | En mauvaise voie |
| Arménie | 17,8 | 19,5 | 1,7 | En mauvaise voie | 15,1 | 17,2 | 2,1 | En mauvaise voie | 20,7 | 22,0 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Australie | 26,0 | 28,6 | 2,6 | En mauvaise voie | 25,6 | 28,4 | 2,8 | En mauvaise voie | 26,3 | 28,8 | 2,5 | En mauvaise voie |
| Autriche | 16,7 | 18,4 | 1,7 | En mauvaise voie | 18,5 | 20,5 | 2,0 | En mauvaise voie | 15,0 | 16,3 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Azerbaïdjan | 19,4 | 22,5 | 3,1 | En mauvaise voie | 15,5 | 19,0 | 3,5 | En mauvaise voie | 23,2 | 26,1 | 2,9 | En mauvaise voie |
| Bahamas | 33,5 | 36,2 | 2,7 | En mauvaise voie | 26,4 | 29,7 | 3,3 | En mauvaise voie | 40,2 | 42,5 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Bahreïn | 32,5 | 35,1 | 2,6 | En mauvaise voie | 27,7 | 30,5 | 2,8 | En mauvaise voie | 40,5 | 42,8 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Bangladesh | 2,9 | 3,6 | 0,7 | En mauvaise voie | 1,7 | 2,1 | 0,4 | En mauvaise voie | 4,2 | 5,1 | 0,9 | En mauvaise voie |
| Barbade | 28,3 | 31,3 | 3,0 | En mauvaise voie | 20,7 | 24,4 | 3,7 | En mauvaise voie | 35,9 | 38,2 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Bélarus | 21,0 | 23,4 | 2,4 | En mauvaise voie | 18,1 | 21,0 | 2,9 | En mauvaise voie | 23,6 | 25,5 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Belgique | 18,7 | 20,2 | 1,5 | En mauvaise voie | 20,6 | 22,3 | 1,7 | En mauvaise voie | 16,9 | 18,2 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Belize | 20,8 | 22,5 | 1,7 | En mauvaise voie | 14,4 | 16,1 | 1,7 | En mauvaise voie | 27,2 | 28,8 | 1,6 | En mauvaise voie |
| Bénin | 8,0 | 9,3 | 1,3 | En mauvaise voie | 3,5 | 4,1 | 0,6 | En mauvaise voie | 12,4 | 14,5 | 2,1 | En mauvaise voie |
| Bhoutan | 5,5 | 6,7 | 1,2 | En mauvaise voie | 3,9 | 4,9 | 1,0 | En mauvaise voie | 7,5 | 8,8 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Bolivie | 15,3 | 17,1 | 1,8 | En mauvaise voie | 10,6 | 12,1 | 1,5 | En mauvaise voie | 19,9 | 22,2 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Bosnie-Herzégovine | 16,8 | 17,9 | 1,1 | En mauvaise voie | 14,5 | 16,3 | 1,8 | En mauvaise voie | 19,0 | 19,4 | 0,4 | En mauvaise voie |
| Botswana | 19,4 | 22,4 | 3,0 | En mauvaise voie | 10,0 | 12,7 | 2,7 | En mauvaise voie | 29,0 | 32,3 | 3,3 | En mauvaise voie |
| Brésil | 17,8 | 20,0 | 2,2 | En mauvaise voie | 15,1 | 17,3 | 2,2 | En mauvaise voie | 20,4 | 22,7 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Brunéi Darussalam | 15,9 | 18,1 | 2,2 | En mauvaise voie | 13,4 | 16,2 | 2,8 | En mauvaise voie | 18,4 | 20,1 | 1,7 | En mauvaise voie |
| Bulgarie | 21,2 | 23,2 | 2,0 | En mauvaise voie | 19,5 | 21,8 | 2,3 | En mauvaise voie | 22,7 | 24,5 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Burkina Faso | 5,3 | 6,3 | 1,0 | En mauvaise voie | 2,8 | 3,2 | 0,4 | En mauvaise voie | 7,8 | 9,2 | 1,4 | En mauvaise voie |
| Burundi | 2,0 | 2,6 | 0,6 | En mauvaise voie | 0,6 | 0,7 | 0,1 | En mauvaise voie | 3,5 | 4,5 | 1,0 | En mauvaise voie |
| Cabo Verde | 11,0 | 13,0 | 2,0 | En mauvaise voie | 6,9 | 8,6 | 1,7 | En mauvaise voie | 15,1 | 17,4 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Cambodge | 2,3 | 3,2 | 0,9 | En mauvaise voie | 1,2 | 1,7 | 0,5 | En mauvaise voie | 3,4 | 4,6 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Cameroun | 9,8 | 11,4 | 1,6 | En mauvaise voie | 4,9 | 5,8 | 0,9 | En mauvaise voie | 14,7 | 17,1 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Canada | 25,9 | 28,0 | 2,1 | En mauvaise voie | 24,6 | 26,8 | 2,2 | En mauvaise voie | 27,2 | 29,1 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Centrafricaine, République | 4,4 | 5,1 | 0,7 | En mauvaise voie | 1,9 | 2,2 | 0,3 | En mauvaise voie | 6,8 | 8,0 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Chili | 25,3 | 27,8 | 2,5 | En mauvaise voie | 21,0 | 23,3 | 2,3 | En mauvaise voie | 29,6 | 32,2 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Chine | 5,3 | 6,9 | 1,6 | En mauvaise voie | 4,3 | 5,9 | 1,6 | En mauvaise voie | 6,4 | 8,0 | 1,6 | En mauvaise voie |
| Chypre | 22,0 | 23,8 | 1,8 | En mauvaise voie | 20,0 | 21,9 | 1,9 | En mauvaise voie | 24,2 | 25,7 | 1,5 | En mauvaise voie |
| Colombie | 19,0 | 21,0 | 2,0 | En mauvaise voie | 14,2 | 16,1 | 1,9 | En mauvaise voie | 23,6 | 25,7 | 2,1 | En mauvaise voie |
| Comores | 5,6 | 6,6 | 1,0 | En mauvaise voie | 2,0 | 2,2 | 0,2 | En mauvaise voie | 9,2 | 11,0 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Congo | 9,5 | 11,0 | 1,5 | En mauvaise voie | 5,2 | 6,4 | 1,2 | En mauvaise voie | 13,8 | 15,7 | 1,9 | En mauvaise voie |

Tableau A1.3 (suite)

| Pays | Hommes et femmes | | | | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---|------------------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|
| | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut |
| Congo, La République Démocratique du | 3,7 | 4,4 | 0,7 | En mauvaise voie | 1,4 | 1,6 | 0,2 | En mauvaise voie | 5,9 | 7,1 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Corée, République de | 4,2 | 5,8 | 1,6 | En mauvaise voie | 3,5 | 4,8 | 1,3 | En mauvaise voie | 4,9 | 6,7 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Corée, République Populaire Démocratique de | 2,2 | 2,4 | 0,2 | En mauvaise voie | 1,4 | 1,6 | 0,2 | En mauvaise voie | 2,8 | 3,1 | 0,3 | En mauvaise voie |
| Costa Rica | 21,9 | 24,3 | 2,4 | En mauvaise voie | 17 | 19,2 | 2,2 | En mauvaise voie | 27,1 | 29,5 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Côte d'Ivoire | 7,9 | 9,2 | 1,3 | En mauvaise voie | 4,0 | 4,7 | 0,7 | En mauvaise voie | 12,0 | 13,8 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Croatie | 21,4 | 23,3 | 1,9 | En mauvaise voie | 20,1 | 22,5 | 2,4 | En mauvaise voie | 22,7 | 24,1 | 1,4 | En mauvaise voie |
| Cuba | 22,5 | 25,2 | 2,7 | En mauvaise voie | 16,1 | 19,0 | 2,9 | En mauvaise voie | 28,9 | 31,5 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Danemark | 17,7 | 19,3 | 1,6 | En mauvaise voie | 20,0 | 21,7 | 1,7 | En mauvaise voie | 15,5 | 17,0 | 1,5 | En mauvaise voie |
| Djibouti | 8,3 | 9,6 | 1,3 | En mauvaise voie | 4,9 | 5,6 | 0,7 | En mauvaise voie | 11,7 | 13,5 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Dominicaine, République | 21,0 | 23,9 | 2,9 | En mauvaise voie | 15,2 | 18,2 | 3,0 | En mauvaise voie | 26,8 | 29,5 | 2,7 | En mauvaise voie |
| Dominique | 23,0 | 25,8 | 2,8 | En mauvaise voie | 15,8 | 18,5 | 2,7 | En mauvaise voie | 30,1 | 33,0 | 2,9 | En mauvaise voie |
| Égypte | 26,2 | 28,9 | 2,7 | En mauvaise voie | 17,7 | 20,3 | 2,6 | En mauvaise voie | 34,8 | 37,5 | 2,7 | En mauvaise voie |
| El Salvador | 20,0 | 21,8 | 1,8 | En mauvaise voie | 14,4 | 15,9 | 1,5 | En mauvaise voie | 25,1 | 27,0 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Émirats Arabes Unis | 34,5 | 37,2 | 2,7 | En mauvaise voie | 30,9 | 33,8 | 2,9 | En mauvaise voie | 43,2 | 45,1 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Équateur | 16,8 | 18,7 | 1,9 | En mauvaise voie | 12,6 | 14,4 | 1,8 | En mauvaise voie | 20,9 | 22,9 | 2,0 | En mauvaise voie |
| Érythrée | 3,5 | 4,1 | 0,6 | En mauvaise voie | 1,3 | 1,4 | 0,1 | En mauvaise voie | 5,7 | 6,9 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Espagne | 22,1 | 23,7 | 1,6 | En mauvaise voie | 21,1 | 22,8 | 1,7 | En mauvaise voie | 23,1 | 24,7 | 1,6 | En mauvaise voie |
| Estonie | 21,2 | 22,6 | 1,4 | En mauvaise voie | 20,0 | 22,2 | 2,2 | En mauvaise voie | 22,3 | 22,9 | 0,6 | En mauvaise voie |
| États Fédérés de Micronésie | 35,6 | 37,2 | 1,6 | En mauvaise voie | 29,2 | 31,0 | 1,8 | En mauvaise voie | 42,4 | 43,7 | 1,3 | En mauvaise voie |
| États-Unis | 31,2 | 33,7 | 2,5 | En mauvaise voie | 29,8 | 32,6 | 2,8 | En mauvaise voie | 32,5 | 34,7 | 2,2 | En mauvaise voie |
| Éthiopie | 3,3 | 4,0 | 0,7 | En mauvaise voie | 1,2 | 1,5 | 0,3 | En mauvaise voie | 5,3 | 6,6 | 1,3 | En mauvaise voie |
| Fidji | 35,0 | 36,4 | 1,4 | En mauvaise voie | 29,4 | 30,8 | 1,4 | En mauvaise voie | 40,9 | 42,3 | 1,4 | En mauvaise voie |
| Finlande | 19,0 | 20,6 | 1,6 | En mauvaise voie | 19,8 | 21,6 | 1,8 | En mauvaise voie | 18,3 | 19,6 | 1,3 | En mauvaise voie |
| France | 22,0 | 23,9 | 1,9 | En mauvaise voie | 21,8 | 23,8 | 2,0 | En mauvaise voie | 22,3 | 24,0 | 1,7 | En mauvaise voie |
| Gabon | 15,7 | 17,6 | 1,9 | En mauvaise voie | 10,9 | 12,9 | 2,0 | En mauvaise voie | 20,6 | 22,5 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Gambie | 9,0 | 10,9 | 1,9 | En mauvaise voie | 4,7 | 5,8 | 1,1 | En mauvaise voie | 13,2 | 15,8 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Géorgie | 18,6 | 20,8 | 2,2 | En mauvaise voie | 15,0 | 17,2 | 2,2 | En mauvaise voie | 21,8 | 24,0 | 2,2 | En mauvaise voie |
| Ghana | 10,1 | 12,2 | 2,1 | En mauvaise voie | 4,2 | 5,4 | 1,2 | En mauvaise voie | 16,0 | 18,9 | 2,9 | En mauvaise voie |
| Grèce | 21,3 | 22,9 | 1,6 | En mauvaise voie | 20,0 | 21,9 | 1,9 | En mauvaise voie | 22,6 | 23,8 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Grenade | 23,6 | 26,2 | 2,6 | En mauvaise voie | 15,4 | 18,1 | 2,7 | En mauvaise voie | 31,8 | 34,3 | 2,5 | En mauvaise voie |
| Guatemala | 17,1 | 18,6 | 1,5 | En mauvaise voie | 11,7 | 13,0 | 1,3 | En mauvaise voie | 22,1 | 23,9 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Guinée | 5,8 | 6,8 | 1,0 | En mauvaise voie | 2,8 | 3,2 | 0,4 | En mauvaise voie | 8,8 | 10,3 | 1,5 | En mauvaise voie |
| Guinée-Bissau | 6,1 | 7,2 | 1,1 | En mauvaise voie | 3,0 | 3,6 | 0,6 | En mauvaise voie | 9,2 | 10,8 | 1,6 | En mauvaise voie |
| Guinée Équatoriale | 15,0 | 17,5 | 2,5 | En mauvaise voie | 9,9 | 12,5 | 2,6 | En mauvaise voie | 20,3 | 22,7 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Guyana | 20,5 | 22,9 | 2,4 | En mauvaise voie | 12,1 | 14,4 | 2,3 | En mauvaise voie | 29,3 | 31,6 | 2,3 | En mauvaise voie |
| Haïti | 10,4 | 11,9 | 1,5 | En mauvaise voie | 6,0 | 7,2 | 1,2 | En mauvaise voie | 14,6 | 16,6 | 2,0 | En mauvaise voie |
| Honduras | 16,5 | 18,2 | 1,7 | En mauvaise voie | 11,0 | 12,4 | 1,4 | En mauvaise voie | 21,9 | 24,1 | 2,2 | En mauvaise voie |
| Hongrie | 22,5 | 24,0 | 1,5 | En mauvaise voie | 22,1 | 24,0 | 1,9 | En mauvaise voie | 22,8 | 23,9 | 1,1 | En mauvaise voie |
| Île Maurice | 15,0 | 17,9 | 2,9 | En mauvaise voie | 9,3 | 11,2 | 1,9 | En mauvaise voie | 20,7 | 24,3 | 3,6 | En mauvaise voie |
| Îles Marshall | 41,7 | 42,8 | 1,1 | En mauvaise voie | 35,6 | 36,9 | 1,3 | En mauvaise voie | 47,8 | 48,9 | 1,1 | En mauvaise voie |

À suivre

Tableau A1.3 (suite)

| Pays | Hommes et femmes | | | | Hommes | | | | Femmes | | | |
|------------------------------|------------------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|----------|----------|-------------|------------------|
| | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut | 2010 (%) | 2014 (%) | Change-ment | Statut |
| Soudan | 6,3 | 7,5 | 1,2 | En mauvaise voie | 3,4 | 4,0 | 0,6 | En mauvaise voie | 9,2 | 11,1 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Soudan du Sud | 6,3 | 7,5 | 1,2 | En mauvaise voie | 3,4 | 4,0 | 0,6 | En mauvaise voie | 9,2 | 11,1 | 1,9 | En mauvaise voie |
| Sri Lanka | 4,8 | 6,5 | 1,7 | En mauvaise voie | 2,3 | 3,4 | 1,1 | En mauvaise voie | 7,3 | 9,5 | 2,2 | En mauvaise voie |
| Suède | 18,8 | 20,5 | 1,7 | En mauvaise voie | 20,4 | 22,5 | 2,1 | En mauvaise voie | 17,2 | 18,6 | 1,4 | En mauvaise voie |
| Suisse | 17,8 | 19,4 | 1,6 | En mauvaise voie | 20,2 | 22,3 | 2,1 | En mauvaise voie | 15,5 | 16,5 | 1,0 | En mauvaise voie |
| Suriname | 23,4 | 26,1 | 2,7 | En mauvaise voie | 16,5 | 19,4 | 2,9 | En mauvaise voie | 30,2 | 32,9 | 2,7 | En mauvaise voie |
| Swaziland | 15,9 | 17,7 | 1,8 | En mauvaise voie | 6,2 | 7,5 | 1,3 | En mauvaise voie | 25,2 | 27,8 | 2,6 | En mauvaise voie |
| Syrienne, République Arabe | 21,3 | 23,5 | 2,2 | En mauvaise voie | 15,5 | 17,4 | 1,9 | En mauvaise voie | 27,5 | 29,9 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Tadjikistan | 12,1 | 13,6 | 1,5 | En mauvaise voie | 8,6 | 9,9 | 1,3 | En mauvaise voie | 15,6 | 17,3 | 1,7 | En mauvaise voie |
| Tanzanie, République-Unie de | 5,6 | 7,1 | 1,5 | En mauvaise voie | 2,2 | 2,8 | 0,6 | En mauvaise voie | 9,0 | 11,4 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Tchad | 7,1 | 8,1 | 1,0 | En mauvaise voie | 3,3 | 4,0 | 0,7 | En mauvaise voie | 10,8 | 12,3 | 1,5 | En mauvaise voie |
| Thaïlande | 6,7 | 8,5 | 1,8 | En mauvaise voie | 4,1 | 5,7 | 1,6 | En mauvaise voie | 9,1 | 11,1 | 2,0 | En mauvaise voie |
| Timor-Leste | 1,7 | 2,2 | 0,5 | En mauvaise voie | 0,9 | 1,2 | 0,3 | En mauvaise voie | 2,5 | 3,2 | 0,7 | En mauvaise voie |
| Togo | 6,5 | 7,5 | 1,0 | En mauvaise voie | 2,6 | 3,0 | 0,4 | En mauvaise voie | 10,2 | 11,9 | 1,7 | En mauvaise voie |
| Tonga | 41,6 | 43,3 | 1,7 | En mauvaise voie | 34,3 | 36,4 | 2,1 | En mauvaise voie | 49,0 | 50,1 | 1,1 | En mauvaise voie |
| Trinité-et-Tobago | 27,0 | 31,1 | 4,1 | En mauvaise voie | 19,1 | 24,1 | 5,0 | En mauvaise voie | 34,6 | 38,0 | 3,4 | En mauvaise voie |
| Tunisie | 24,6 | 27,1 | 2,5 | En mauvaise voie | 17,8 | 20,3 | 2,5 | En mauvaise voie | 31,3 | 33,8 | 2,5 | En mauvaise voie |
| Turkménistan | 17,6 | 20,1 | 2,5 | En mauvaise voie | 14,4 | 17,1 | 2,7 | En mauvaise voie | 20,6 | 23,1 | 2,5 | En mauvaise voie |
| Turquie | 27,0 | 29,5 | 2,5 | En mauvaise voie | 20,4 | 22,9 | 2,5 | En mauvaise voie | 33,4 | 35,8 | 2,4 | En mauvaise voie |
| Tuvalu | 38,4 | 40,3 | 1,9 | En mauvaise voie | 32,4 | 34,5 | 2,1 | En mauvaise voie | 44,6 | 46,4 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Ukraine | 18,7 | 20,1 | 1,4 | En mauvaise voie | 15,3 | 17,1 | 1,8 | En mauvaise voie | 21,7 | 22,6 | 0,9 | En mauvaise voie |
| Uruguay | 23,8 | 26,7 | 2,9 | En mauvaise voie | 19,8 | 22,5 | 2,7 | En mauvaise voie | 27,5 | 30,6 | 3,1 | En mauvaise voie |
| Vanuatu | 33,3 | 35,4 | 2,1 | En mauvaise voie | 27,1 | 29,4 | 2,3 | En mauvaise voie | 39,7 | 41,5 | 1,8 | En mauvaise voie |
| Venezuela | 23,3 | 24,8 | 1,5 | En mauvaise voie | 18,8 | 20,3 | 1,5 | En mauvaise voie | 27,9 | 29,4 | 1,5 | En mauvaise voie |
| Viet Nam | 2,6 | 3,6 | 1,0 | En mauvaise voie | 1,5 | 2,3 | 0,8 | En mauvaise voie | 3,6 | 4,8 | 1,2 | En mauvaise voie |
| Yémen | 15,7 | 17,2 | 1,5 | En mauvaise voie | 9,8 | 11,1 | 1,3 | En mauvaise voie | 21,8 | 23,4 | 1,6 | En mauvaise voie |
| Zambie | 7,1 | 8,9 | 1,8 | En mauvaise voie | 2,8 | 3,4 | 0,6 | En mauvaise voie | 11,4 | 14,3 | 2,9 | En mauvaise voie |
| Zimbabwe | 9,7 | 10,5 | 0,8 | En mauvaise voie | 2,2 | 2,4 | 0,2 | En mauvaise voie | 17,1 | 18,5 | 1,4 | En mauvaise voie |

Source : OMS (2014b)

ANNEXE 2 PROGRÈS RÉALISÉS SUR LE PLAN DE LA RÉALISATION DES ENGAGEMENTS N4G

TABLEAU A2.1 Cibles nationales contre cibles mondiales à l'échelle des pays

| Pays | Pourcentage de retard de croissance (estimations les plus récentes) | Dernière année d'estimation | TRAM actuel en % | Objectif du pays (retard de croissance en %) | Année ciblée | % de TRAM requis (sous-entendu par la cible du pays) | En bonne / mauvaise voie (cible du pays) | TRAM requis en % (par cible mondiale de l'AMS) | En bonne / mauvaise voie (cible mondiale de l'AMS) |
|-----------------------------|---|-----------------------------|------------------|--|--------------|--|--|--|--|
| Bangladesh | 41,0 | 2011 | 2,7 | 38 | 2016 | 1,5 | En bonne voie | 3,3 | En mauvaise voie |
| Bénin | 44,7 | 2006 | -2,7 | 30 | 2015 | 4,5 | En mauvaise voie | 5,2 | En mauvaise voie |
| Burkina Faso | 32,9 | 2012 | 2,6 | 25 | 2020 | 3,5 | En mauvaise voie | 5,5 | En mauvaise voie |
| Burundi | 57,5 | 2010 | 0,9 | 48 | 2017 | 2,6 | En mauvaise voie | 5,7 | En mauvaise voie |
| Côte d'Ivoire | 29,6 | 2012 | 5,1 | 20 | 2018 | 6,8 | En mauvaise voie | 5,4 | En mauvaise voie |
| Éthiopie | 44,2 | 2011 | 2,3 | 20 | 2020 | 9,2 | En mauvaise voie | 4,7 | En mauvaise voie |
| Gambie | 23,4 | 2010 | 0,1 | 18 | 2015 | 5,4 | En mauvaise voie | 3,9 | En mauvaise voie |
| Guatemala | 48,0 | 2009 | 0,8 | 40 | 2015 | 3,2 | En mauvaise voie | 5,0 | En mauvaise voie |
| Guinée | 31,3 | 2012 | 1,4 | 20 | 2025 | 3,5 | En mauvaise voie | 5,2 | En mauvaise voie |
| Indonésie | 36,4 | 2013 | 0,5 | 22 | 2025 | 4,2 | En mauvaise voie | 3,0 | En mauvaise voie |
| Mauritanie | 22,0 | 2012 | 3,9 | 12 | 2015 | 4,7 | En mauvaise voie | 5,1 | En mauvaise voie |
| Namibie | 29,6 | 2007 | 0,0 | 20 | 2016 | 4,5 | En mauvaise voie | 4,5 | En mauvaise voie |
| Niger | 43,0 | 2012 | 1,9 | 25 | 2020 | 7,0 | En mauvaise voie | 7,4 | En mauvaise voie |
| Ouganda | 33,7 | 2011 | 2,6 | 27 | 2016 | 4,5 | En mauvaise voie | 6,0 | En mauvaise voie |
| République unie de Tanzanie | 34,8 | 2011 | 1,9 | 35 | 2015 | -0,1 | En bonne voie | 5,7 | En mauvaise voie |
| Sénégal | 19,2 | 2013 | 2,7 | 10 | 2020 | 9,8 | En mauvaise voie | 5,3 | En mauvaise voie |
| Sierra Leone | 44,9 | 2010 | -0,8 | 12 | 2020 | 14,4 | En mauvaise voie | 4,5 | En mauvaise voie |
| Tchad | 38,7 | 2010 | 0,3 | 38 | 2016 | 0,3 | En bonne voie | 5,8 | En mauvaise voie |
| Zambie | 45,8 | 2007 | 2,9 | 23 | 2023 | 4,5 | En mauvaise voie | 6,5 | En mauvaise voie |
| Zimbabwe | 32,3 | 2010 | 0,1 | 18 | 2025 | 4,1 | En mauvaise voie | 4,8 | En mauvaise voie |

Source : Auteurs.

Note : TRAM = Taux de réduction annuel moyen.

TABLEAU A2.2 Évaluation des engagements financiers des bailleurs de fonds dans le Pacte en faveur de la nutrition pour la croissance (N4G)

| Bailleurs de fonds | Engagements financiers N4G spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Engagements financiers N4G contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Observations sur les engagements et les rapports | Évaluation et base d'évaluation du statut En bonne/mauvaise voie |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| Allemagne | Le gouvernement allemand s'engagera à hauteur de 200 millions € (260 millions de dollars EU) de fonds supplémentaires pour des interventions sensibles à la nutrition et contribuant à la nutrition au cours de la période 2013–2020. | Engagements de 2013 : 35 534 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 35 666 000 dollars EU | Aucun engagement ventilé pris | Engagements de 2013 : 20 513 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 20 642 000 dollars EU | Engagement non ventilé en spécifique/contribuant à la nutrition | Pas clair Les niveaux sont bons, mais il est difficile de connaître le montant de la somme supplémentaire |
| Australie | Comme indiqué dans les annonces budgétaires récentes de l'Australie, l'engagement doit fournir un supplément de 40 millions de dollars australiens, sur quatre ans, à l'appui d'une nouvelle initiative pour faciliter à plus de 1 million de personnes de la région Asie-Pacifique l'accès à la nourriture et une amélioration de leur nutrition. | Décaissements en 2014 : 23 100 441 dollars australiens | Aucun engagement ventilé pris | Décaissements en 2014 : 97 017 975 dollars australiens | Engagement peu clair quant à la répartition spécifique/contribuant à la nutrition | Pas clair difficile d'établir si les progrès signalés se limitent à l'Asie-Pacifique ; on ignore également quelle part de ces progrès s'inscrit en sus |
| Banque mondiale | Le Groupe de la Banque mondiale prévoit de tripler le financement direct des programmes de nutrition maternelle et infantile dans les pays en développement en 2013 et 2014, afin de le porter à 600 millions de dollars EU, soit une hausse de 230 millions de dollars EU par rapport à la période 2011–2012. Sous l'impulsion de la forte demande des pays de l'Association internationale de développement (IDA), environ 90 % de ce nouveau financement (540 millions de dollars EU) proviendront de celle-ci, le fonds de la Banque pour les pays les plus pauvres. | Le financement des programmes de nutrition maternelle et infantile (code thème 68 dans le système du GBM) dans les pays en développement a augmenté de 230 millions de dollars EU en 2001–2012, à 680 millions de dollars EU en 2013–2014. | Aucun engagement ventilé pris | Aucune ventilation fournie | Engagement N4G initial non ventilé en spécifique/contribuant à la nutrition | En bonne voie |
| CIFF | L'année dernière, la fondation CIFF a pris un engagement de l'ordre de 90 millions de dollars EU. Aujourd'hui, elle s'engage à nouveau à hauteur de 700 millions de dollars EU pour lutter contre la sous-alimentation. Ce qui donne un total de 793 millions de dollars EU pour la période 2013–2020. La majeure partie de ces fonds sera consacrée à des interventions spécifiques à la nutrition. | Engagements de 2013 : 19 810 789 dollars EU Décaissements de 2013 : 37 482 309 dollars EU | | Engagements de 2013 : 1 053 056 dollars EU Décaissements de 2013 : 854 116 dollars EU | Engagement clair, compte-rendu clair | En bonne voie Les dépenses totales se chiffrent à 793 millions de dollars EU sur huit ans par un engagement implicite. Le décaissement actuel est de 39 millions de dollars EU, mais il est peu vraisemblable que la CIFF atteigne 99 millions de dollars EU (793 millions de dollars EU/8) en une année à partir d'une base si faible. |
| États-Unis d'Amérique | Les États-Unis d'Amérique prévoient de fournir, sur une période de 3 ans comprenant les exercices 2012 à 2014, 1,096 milliard de dollars EU à l'égard des interventions spécifiques à la nutrition et 8,919 milliards de dollars EU à l'égard des activités contribuant à la nutrition. | Engagements de 2013 : 305 362 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 288 649 000 dollars EU | 8,919 milliards de dollars sur 2012–2014 | Engagements de 2013 : 1 774 052 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 1 837 662 000 dollars EU | Engagements et comptes-rendus clairs, bien que le caractère additionnel de l'engagement pourrait être plus clair | En mauvaise voie (mais proche) Les niveaux de décaissement pour les deux catégories sont juste en dessous des cibles annuelles moyennes sur la période de 3 ans : 1,09 milliard de dollars EU/3 ans ; 8,9 milliards de dollars EU/3 ans |

Tableau A2.2 (suite)

| Bailleurs de fonds | Engagements financiers N4G spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Engagements financiers N4G contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Observations sur les engagements et les rapports | Évaluation et base d'évaluation du statut En bonne/mauvaise voie |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|---|
| Fondation Bill et Melinda Gates | D'ici 2020, la Fondation Bill et Melinda Gates investira 862,7 millions de dollars EU dans des programmes spécifiques à la nutrition et des programmes contribuant à la nutrition. Dans cette enveloppe, 492 millions de dollars EU seront consacrés à des interventions spécifiques à la nutrition. Cela comprend un engagement de 100 millions de dollars EU au-delà des niveaux de dépenses engagées par la Fondation Gates en 2010 dans ce domaine et pour atteindre la cible du sommet N4G. L'investissement de la Fondation Gates dans les programmes agricoles contribuant à la nutrition s'élèvera à 370,7 millions de dollars EU entre 2013 et 2020, dont 308,3 millions de dollars EU au-delà des niveaux de dépenses de 2010 dans ce domaine. | Nos engagements de 2013 à l'égard du Code 12240 (nutrition de base), tels que communiqués au CAD de l'OCDE, étaient de 63 662 173 dollars EU, tandis que nos décaissements de 2013 au titre du Code 12240 étaient de 83 533,708 dollars EU. | 370,7 millions de dollars EU sur la période 2013–2020 | Engagements de 2013 : 78 900 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 43 500 000 dollars EU | Engagement clair, compte-rendu clair | En bonne voie Les dépenses spécifiques à la nutrition en 2013 sont supérieures à la moyenne annuelle, compte tenu d'un engagement de 492 millions de dollars EU sur huit ans. En ce qui concerne les dépenses contribuant à la nutrition pour l'année 2013, les décaissements sont inférieurs à la moyenne annuelle, compte tenu d'un engagement de 370 millions de dollars EU sur 8 ans, mais les engagements sont plus élevés. |
| Irlande | Le gouvernement irlandais s'engage à redoubler d'efforts en matière de nutrition au cours des huit prochaines années (2013 à 2020). En doublant le volume de ses dépenses dans le domaine de la nutrition, l'Irlande s'engage pour un montant additionnel de 169 millions de dollars EU (130 millions €) au cours de cette période de 8 ans en faveur des programmes et des interventions spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition | Décaissements de 2013 : 9 535 808 € | Aucun engagement ventilé pris | Décaissements de 2013 : 42 766 471 € | Engagement non ventilé en spécifique/contribuant à la nutrition | En bonne voie Base d'évaluation : L'Irlande s'engage à doubler ses dépenses pour les porter à 260 millions € sur une période de 8 ans. Le total des décaissements pour 2013 s'élève à 52 millions €, ce qui va bien au-delà du montant annuel moyen nécessaire, compte tenu de l'engagement de 260 millions € sur huit ans. |
| Pays-Bas | Le gouvernement néerlandais s'engagera à déboursier un montant total de 195 millions de dollars EU (150 millions €) pour des interventions spécifiques à la nutrition au cours de la période 2013–2020, dont une enveloppe supplémentaire de 171 millions de dollars EU (132 millions €) par rapport aux niveaux d'investissement de 2010. Nous nous engageons également à dépenser 195 millions de dollars EU (150 millions €) pour des programmes contribuant à la nutrition sur la période 2013–2020. | Décaissements de 2013 : 20 125 566 dollars EU Engagements de 2013 : 77 560 518 dollars EU | 195 millions de dollars EU pour 2013–2020 | Décaissements de 2013 : 21 615 898 dollars EU Engagements de 2013 : 6 737 667 dollars EU | Dans l'engagement contribuant à la nutrition, il est difficile de savoir ce qui est supplémentaire et ce qui ne l'est pas. | En mauvaise voie Les décaissements pour les activités à la fois spécifiques à la nutrition et y contribuant sont en dessous des niveaux moyens annuels nécessaires, compte tenu d'un engagement de 195 millions de dollars EU sur plus de 8 ans pour chaque catégorie. |

À suivre

Tableau A2.2 (suite)

| Bailleurs de fonds | Engagements financiers N4G spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers spécifiques à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Engagements financiers N4G contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Progrès des engagements financiers contribuant à la nutrition (en dollars EU, sauf indication contraire) | Observations sur les engagements et les rapports | Évaluation et base d'évaluation du statut En bonne/mauvaise voie |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| Royaume-Uni | Le Royaume-Uni s'engage à tripler son investissement dans les programmes spécifiques à la nutrition entre 2013 et 2020 ; un total de 375 millions £ (environ 572 millions de dollars EU) de plus que les niveaux d'investissement de 2010. Cet investissement dans les programmes spécifiques à la nutrition sera complété par un supplément de 280 millions £ (environ 427 millions de dollars EU) si les autres apportent une contrepartie, à hauteur de 32 millions £ (environ 50 millions de dollars EU) utilisés pour aider à créer un nouveau fonds catalytique. Au total, ces investissements se chiffreront à 655 millions £ (environ 1 milliard de dollars EU) entre 2013 et 2020. Le Royaume-Uni s'engage également à augmenter de 8 points de pourcentage la proportion des dépenses contribuant à la nutrition dans les secteurs pertinents, entre 2013 et 2020, ce qui équivaut à environ 604 millions £ (environ 922 millions de dollars EU) au total. | Engagements de 2013 : 64 900 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 105 000 000 dollars EU | 922 millions de dollars EU de plus que les niveaux d'avant 2013 | Engagements de 2013 : 422 600 000 dollars EU Décaissements de 2013 : 734 700 000 dollars EU | Engagements clairs, comptes-rendus clairs | En bonne voie Les décaissements pour les activités spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition sont bien au-delà du niveau moyen annuel nécessaire, compte tenu des engagements de 572 millions de dollars EU et de 922 millions de dollars EU, respectivement pris. |
| Union européenne | Sans préjuger des résultats des discussions en cours entre le Parlement européen et le Conseil sur le cadre financier pluriannuel 2014–2020, l'Union européenne s'engagera à hauteur de 410 millions € (533 millions de dollars EU) au cours de la période 2014–2020 à l'égard d'interventions spécifiques à la nutrition. Dans cette enveloppe, 340 millions € (442 millions de dollars EU) dépassent ce qui aurait été dépensé si les niveaux moyens de paiement des interventions spécifiques à la nutrition de la période 2009–2012 étaient maintenus entre 2013 et 2020. L'Union européenne s'engage également à dépenser 3,1 milliards € (4,03 milliards de dollars EU) à l'égard de programmes contribuant à la nutrition sur la période 2014–2020. | Engagements de 2013 : 66 800 000 € Décaissements de 2013 : 41 814 000 € | 3,1 milliards € | Engagements de développement de 2013 : 138 917 000 € Engagements humanitaires de 2013 : 260 491 000 € | Engagement non contraignant (« autant que ») | Pas clair Difficile d'établir si les chiffres de 2013 doivent être comparés aux engagements pris jusqu'ici (2014–2020) Le niveau des engagements spécifiques à la nutrition (66 millions €) est au-dessus de la limite supérieure annuelle moyenne, compte tenu d'un engagement de 410 millions € sur sept ans. Les engagements de 2013 contribuant à la nutrition avoisinent les 400 millions €, ce qui est au-dessus de la limite supérieure annuelle moyenne, compte tenu d'un engagement de 3,1 milliards € sur sept ans. |

Source : Engagements pris dans le cadre du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance, comptes-rendus des bailleurs de fonds, évaluations réalisées par Arakelian, Fanzo, Haddad.

Note : CIFF = Children's Investment Fund Foundation

ANNEXE 3 AUGMENTATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DES CAPACITÉS POUR LA NUTRITION

TABLEAU A3.1 Estimations préliminaires de la limite supérieure des dotations en faveur de la nutrition dans les budgets gouvernementaux

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Mises en garde |
|--|---|--|--|--|---|--|---|---|---|
| Pays, année et nombre de ministères, départements et agences (MDA) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Budget public (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, contribuant à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition, enfants de moins de 5 ans (de dollars EU) | |
| Bangladesh 2014 (MDA=7) | 294,476 | 1 860,375 | 29 518,854 | 1,000% | 6,300% | 2,00 | 12,00 | 19,38 | Le pays utilise une base de données rattachée au Plan d'investissement pays. Ce plan fait partie de la Politique nationale de l'alimentation, qui a combiné les intrants des différentes parties intéressées. Le système de base de données avancé suit les dépenses planifiées et réelles du gouvernement et des partenaires. Le système de base de données est lié au système de suivi et évaluation |
| | (N=27) | (N=73) | | | | | | | |
| Bénin 2014 (MDA=11) | 2,066 | 107,154 | 2 043,039 | 0,100% | 5,250% | 0,19 | 10,00 | 1,23 | Les estimations des limites supérieures des dotations sont faites en consultation avec les ministères et les partenaires. Environ 42 % des ressources sont mobilisées par le gouvernement du Bénin et 48 % par les partenaires au développement (sur le budget). Les activités de gouvernance de la nutrition sont menées par la présidence, dans le souci de démontrer la façon dont le gouvernement du Bénin soutient pleinement ces activités. |
| | (N=3) | (N=43) | | | | | | | |
| Burkina Faso 2013 (MDA=7) | 4,944 | 88,368 | 3 229,025 | 0,150% | 2,740% | 0,29 | 5,00 | 1,66 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays. |
| | (N=7) | (N=24) | | | | | | | |
| Burundi 2014 (MDA=7) | 0,060 | 34,961 | 900,086 | 0,010% | 3,880% | 0,01 | 3,00 | 0,03 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays. |
| | (N=4) | (N=35) | | | | | | | |
| Cameroun 2015 (MDA=12) | 0,000 | 346,742 | 8 328,673 | 0,000% | 4,160% | 0,00 | 15,00 | 0,00 | Il n'y a pas d'interventions spécifiques à la nutrition identifiables dans le budget 2015. Le point focal du gouvernement et la communauté nationale de la nutrition plaident pour leur intégration à travers l'identification des postes potentiels de la nutrition. |
| | (N=0) | (N=55) | | | | | | | |

Tableau A3.1 (suite)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Mises en garde |
|--|---|--|--|--|---|--|---|---|--|
| Pays, année et nombre de ministères, départements et agences (MDA) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Budget public (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, contribuant à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition, enfants de moins de 5 ans (de dollars EU) | |
| Comores 2014 (MDA=4) | 0,478 | 29,175 | 172,052 | 0,280% | 16,960% | 1,00 | 39,00 | 4,00 | Toutes les interventions spécifiques à la nutrition sont financées par les partenaires au développement (confirmées dans les limites du budget). Le budget du gouvernement couvre les investissements dans l'agriculture, la pêche et la protection sociale contribuant à la nutrition. |
| | (N=5) | (N=28) | | | | | | | |
| Costa Rica 2014 (MDA=3) | 128,608 | 341,455 | 9 812,860 | 1,310% | 3,480% | 26,00 | 69,00 | 351,00 | Les données ne sont disponibles qu'auprès du ministère de la Santé, de l'Agriculture, et de l'Éducation. Les dotations budgétaires à la protection sociale et à l'eau, l'assainissement et l'hygiène étaient difficiles à déterminer car elles sont saisies dans des budgets décentralisés. L'exercice sera étendu à d'autres secteurs l'année prochaine. |
| | (N=3) | (N=10) | | | | | | | |
| Côte d'Ivoire (MDA=7) | 0,000 | 26,075 | 6 712,508 | 0,000% | 0,389% | 0,00 | 1,25 | 0,00 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays |
| | (N=0) | (N=82) | | | | | | | |
| Gambie 2013 (MDA=4) | ND | 10,228 | 239,325 | ND | 4,270% | ND | 6,00 | ND | Un exercice de collecte des données a été entrepris par l'institut R4D. L'identification de tous les postes budgétaires des interventions spécifiques à la nutrition n'a pas été possible. Obtenir la confirmation auprès de la National Nutrition Action (NaNa) sur son propre budget. |
| | (N=0) | (N=32) | | | | | | | |
| Ghana 2014 (MDA=5) | ND | 377,881 | 12 336,749 | ND | 3,060% | ND | 9,00 | ND | Les chiffres sont préliminaires. Une démarche est en cours, visant à estimer avec plus de confiance la limite supérieure des dotations en faveur de la nutrition, à l'aide de consultations renouvelées dans le pays. Il est impossible d'identifier tous les postes budgétaires pour les interventions spécifiques à la nutrition. Après l'examen final du budget, l'alimentation scolaire a été incluse dans les interventions contribuant à la nutrition. Des chiffres budgétaires détaillés seront disponibles au cours des prochaines années. |
| | (N=0) | (N=104) | | | | | | | |

Tableau A3.1 (suite)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Mises en garde |
|--|---|--|--|--|---|--|---|---|--|
| Pays, année et nombre de ministères, départements et agences (MDA) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Budget public (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, contribuant à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition, enfants de moins de 5 ans (de dollars EU) | |
| Guatemala 2014 (MDA=15) | 113,355 (N=6) | 607,820 (N=25) | 7 846,302 | 1,450% | 7,750% | 7,00 | 38,00 | 50,00 | La dotation de fonds spécifiques à la nutrition intègre une approche multisectorielle. Le suivi financier avancé fait partie du système de gestion des performances axé sur les résultats. |
| Indonésie 2014 (MDA=12) | 279,091 (N=11) | 1 640,845 (N=35) | 158 264,024 | 0,180% | 1,040% | 1,00 | 6,00 | 12,00 | Plusieurs consultations menées dans le pays ont permis d'identifier les postes potentiels consacrés à la nutrition. |
| Kenya 2014 (MDA=13) | 8,635 (N=3) | 689,951 (N=75) | 18 031,494 | 0,050% | 3,830% | 0,19 | 15,00 | 1,21 | L'identification des postes potentiels consacrés à la nutrition a dans un premier temps été effectuée par l'IDS, avant d'être approuvée à l'échelle nationale dans le cadre de consultations. Les dotations spécifiques à la nutrition intègrent le financement extérieur au budget (99 %). Quelque 41 dotations contribuant à la nutrition sur les 75 ont été identifiées comme postes potentiels consacrés à la nutrition. |
| Lesotho 2015 (MDA=4) | 1,392 (N=89) | 22,003 (N=18) | 1 079,045 | 0,130% | 2,040% | 1,00 | 10,00 | 5,00 | L'estimation comprenait une cartographie détaillée des interventions spécifiques à la nutrition avec la description des postes. Le financement du gouvernement ne représente que 1 % des interventions spécifiques à la nutrition et 99 % des interventions contribuant à la nutrition. |
| Madagascar 2014 (MDA=9) | 7,104 (N=4) | 56,218 (N=19) | 1 451,264 | 0,490% | 3,870% | 0,30 | 2,00 | 2,00 | Ces données sont préliminaires. |
| Maharashtra 2014 (MDA=5) | 244,560 (N=10) | 1 127,829 (N=13) | 33 147,369 | 0,740% | 3,400% | 1,23 | 6,00 | 7,00 | Les données ont été recueillies par l'État lors de nombreuses consultations. Des programmes spécifiques sont destinés à des tribus répertoriées (qui représentent 9,5 % d'une population de 199 600 000 habitants) et à certains districts. |
| Mauritanie 2014 (MDA= 7) | 0,227 (N=3) | 75,959 (N=51) | 1 584,529 | 0,010% | 4,790% | 0,06 | 19,00 | 0,38 | Ces données préliminaires ont été recueillies par la Mauritanie. |

Tableau A3.1 (suite)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Mises en garde |
|--|---|--|--|--|---|--|---|---|---|
| Pays, année et nombre de ministères, départements et agences (MDA) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Budget public (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, contribuant à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition, enfants de moins de 5 ans (de dollars EU) | |
| Népal 2014 (MDA=7) | 1,752 | 456,570 | 5 096,143 | 0,030% | 8,960% | 1,81 | 16,20 | 0,06 | Ces données préliminaires recueillies et approuvées par le Népal ont été présentées lors de la réunion régionale à Bangkok (15 et 16 avril 2015). Le processus de collecte des données était soutenu par SPRING (https://www.spring-nutrition.org), un programme financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). |
| | (N=2) | (N=55) | | | | | | | |
| Ouganda 2013 (MDA=6) | 3,136 | 14,808 | 5 025,058 | 0,060% | 0,300% | 1,34 | 0,39 | 0,08 | Les données préliminaires ont été recueillies par SPRING. |
| | (N=3) | (N=38) | | | | | | | |
| Pakistan 2014 (MDA=29) | 190,915 | 1 547,425 | 56 516,191 | 0,340% | 2,740% | 1,00 | 8,00 | 9,00 | Plusieurs consultations menées dans le pays ont permis d'identifier les dotations potentielles consacrées à la nutrition. Les estimations comprennent à la fois les postes budgétaires nationaux et provinciaux. |
| | (N=9) | (N=48) | | | | | | | |
| Pérou 2014 (MDA=7) | 294,718 | 2 034,202 | 42 868,637 | 0,690% | 4,750% | 10,00 | 66,00 | 101,00 | Les dotations sont incluses dans 7 programmes multisectoriels. Le programme de gestion intégrée de la nutrition contient toutes les interventions spécifiques à la nutrition ciblant des enfants de moins de 3 ans. D'autres interventions dans le programme de la nutrition sont saisies dans les activités « contribuant à la nutrition » et comprennent la vaccination, la gestion intégrée des maladies courantes et d'autres interventions pour les enfants de moins de 5 ans. Le suivi financier avancé fait partie du système de gestion des performances axé sur les résultats. |
| | (N=12) | (N=43) | | | | | | | |
| Philippines 2015 (MDA=4) | 81,118 | 988,005 | 55 076,715 | 0,150% | 1,790% | 1,00 | 10,00 | 7,00 | Ces données sont préliminaires. L'IDS a procédé à la collecte des données. La plupart des postes budgétaires émanaient des ministères de la Santé et de l'Éducation et d'agences. |
| | (N=6) | (N=5) | | | | | | | |
| République démocratique du Congo 2013 (MDA=14) | 0,126 | 185,321 | 6 689,922 | 0,002% | 2,770% | 0,00 | 3,00 | 0,01 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays. |
| | (N=3) | (N=49) | | | | | | | |

Tableau A3.1 (suite)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Mises en garde |
|--|---|--|--|--|---|--|---|---|--|
| Pays, année et nombre de ministères, départements et agences (MDA) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Budget public (millions de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition en % du budget public | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, contribuant à la nutrition (de dollars EU) | Limite supérieure de la dotation par habitant, spécifique à la nutrition, enfants de moins de 5 ans (de dollars EU) | |
| Soudan du Sud 2012 (MDA=6) | 12,686 (N=9) | 50,810 (N=31) | 3 000,000 | 0,420% | 1,690% | 1,00 | 4,00 | 7,00 | Les données préliminaires ont été approuvées. Un exercice de collecte des données a été entrepris par l'institut R4D. |
| Tadjikistan 2014 (MDA=6) | 50,149 (N=3) | 129,050 (N=13) | 1 429,614 | 3,510% | 9,030% | 6,00 | 15,00 | 41,00 | Les données préliminaires ont été approuvées. Le pays a entrepris un exercice de collecte de données par le biais de consultations et de la participation active du ministère des Finances. |
| Tchad 2014 (MDA=11) | ND (N=0) | 187,778 (N=24) | 3 215,857 | ND | 5,840% | ND | 14,00 | ND | Les données préliminaires sont approuvées par le pays. Elles ont été recueillies par le pays, avec le soutien de l'IDS. L'identification de tous les postes budgétaires potentiels dans les domaines spécifiques à la nutrition n'est pas possible. |
| Togo 2014 (MDA=7) | 0,108 (N=4) | 134,010 (N=117) | 1 344,566 | 0,008% | 9,967% | 0,02 | 19,16 | 0,10 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays, avec un appui de l'IDS. |
| Viêt Nam 2014 (MDA=2) | 26,208 (N=7) | 25,960 (N=8) | 50 834,855 | 0,050% | 0,050% | 0,28 | 0,28 | 4,00 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays. Seuls étaient accessibles le budget du ministère de la Santé et celui d'un programme du ministère de l'Agriculture. Cet exercice servira à plaider en faveur de la participation d'autres ministères, tandis que les données sont présentées avec des mises en garde. |
| Yémen 2014 (MDA=5) | ND (N=0) | 0,140 (N=17) | ND | ND | ND | ND | ND | ND | Ces données sont préliminaires. La collecte de données et la confirmation ont été effectuées par le pays. L'exercice de collecte de données n'a pu être achevé en raison de la crise qui a frappé le Yémen en 2015. Il est impossible de procéder à l'identification des dotations budgétaires spécifiques à la nutrition. La majeure partie des dotations budgétaires est consacrée à l'approvisionnement en eau. |
| Zambie 2014 (MDA=3) | 1,503 (N=7) | 31,853 (N=12) | 6 381,906 | 0,024% | 0,499% | 0,10 | 2,12 | 0,55 | Les données préliminaires ont été recueillies et approuvées par le pays. |

Source : Rapporté par les pays respectifs ; les données démographiques proviennent des Nations Unies (2013b).

Note : ND = non disponible ; N = nombre de postes budgétaires inclus dans l'estimation de la colonne.

TABLEAU A3.2 Estimations préliminaires des dotations en faveur de la nutrition dans les budgets publics

| Pays | Limite supérieure de la dotation spécifique à la nutrition (millions de dollars EU) | Dotation réelle spécifique à la nutrition (millions de dollars EU, après pondération) | Limite supérieure de la dotation contribuant à la nutrition (millions de dollars EU) | Dotation réelle contribuant à la nutrition (millions de dollars EU, après pondération) | Dotation réelle spécifique à la nutrition en % du budget public | Dotation réelle contribuant à la nutrition en % du budget public | Dotation réelle totale consacrée à la nutrition en % du budget public | Méthode de pondération | Pondération des interventions spécifiques incluse |
|---------------|---|---|--|--|---|--|---|------------------------|---|
| Bénin | 2,066 | 0,673 | 107,154 | 26,789 | 0,030 | 1,31 | 1,34 | 1 | 0 |
| Burkina Faso | 4,944 | 4,025 | 88,368 | 24,709 | 0,120 | 0,77 | 0,89 | 1 | 0 |
| Burundi | 0,060 | 0,060 | 34,961 | 11,426 | 0,010 | 1,27 | 1,28 | 3 | 0 |
| Comores | 0,478 | 0,338 | 29,175 | 4,593 | 0,200 | 2,67 | 2,87 | 2 | 0 |
| Costa Rica | 128,608 | 128,608 | 341,455 | 119,235 | 1,310 | 1,22 | 2,53 | 1 | |
| Côte d'Ivoire | 0,000 | 0,000 | 26,076 | 6,617 | 0,000 | 0,10 | 0,10 | 2 | 0 |
| Indonésie | 279,091 | 254,313 | 1 640,845 | 655,651 | 0,160 | 0,41 | 0,57 | 2 | |
| Kenya | 8,635 | 8,635 | 689,951 | 136,991 | 0,050 | 0,76 | 0,81 | 3 | |
| Madagascar | 7,104 | 5,339 | 56,218 | 17,315 | 0,370 | 1,19 | 1,56 | 2 | 0 |
| Mauritanie | 0,227 | 0,227 | 75,959 | 34,231 | 0,010 | 2,16 | 2,17 | 2 | |
| Népal | 1,752 | 1,752 | 456,570 | 11,705 | 0,030 | 0,23 | 0,26 | 3 | 0 |
| Tchad | 0,000 | 0,000 | 187,778 | 47,101 | 0,000 | 1,46 | 1,46 | 2 | 0 |
| Togo | 0,108 | 0,108 | 134,010 | 34,758 | 0,009 | 2,59 | 2,59 | 2 | 0 |
| Viêt Nam | 26,208 | 26,208 | 25,960 | 6,490 | 0,050 | 0,01 | 0,06 | 1 | |

Source : Données fournies par les points focaux SUN au Secrétariat de l'institution.

Remarques : Méthodes de pondération : 1) spécifique à la nutrition = 100 %, contribuant à la nutrition = 25 % ; 2) spécifique ou contribuant à la nutrition = 100 %, 75 %, 50 %, ou 25 % ; 3) spécifique à la nutrition = 100 %, contribuant à la nutrition = tout pourcentage de 5 % à 100 %.

TABLEAU A3.3 Bailleurs de fonds signataires du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance et leurs engagements et décaissements annoncés pour 2013

| Agences des Bailleurs de fonds | Engagements de 2013 (en milliers de dollars EU) | | | Décaissements de 2013 (en milliers de dollars EU) | | |
|---|---|----------------------------|-----------|---|----------------------------|-----------|
| | Spécifiques à la nutrition | Contribuant à la nutrition | Total | Spécifiques à la nutrition | Contribuant à la nutrition | Total |
| Allemagne | 35 534 | 20 513 | 56 047 | 35 666 | 20 642 | 56 308 |
| Australie | — | — | — | 17 787 | 74 704 | 92 491 |
| Canada | 154 530 | — | — | 169 350 | — | — |
| États-Unis d'Amérique | 305 362 | 1 774 052 | 2 079 414 | 288 649 | 1 837 662 | 2 126 311 |
| France | 1 553 | 33 599 | 35 152 | 2 606 | 33 599 | 36 205 |
| Irlande | — | — | — | 10 776 | 48 326 | 59 102 |
| Pays-Bas | 77 561 | 6 738 | 84 299 | 20 216 | 21 616 | 41 832 |
| Royaume-Uni de Grande-Bretagne et Irlande du Nord | 64 900 | 422 600 | 487 500 | 105 000 | 734 700 | 839 700 |
| Suisse ^a | 0 | 30 240 | 30 240 | 0 | 29 160 | 29 160 |
| Union européenne | 75 484 | 451 218 | 526 702 | 47 250 | — | — |
| Fondation Gates | 63 662 | 78 900 | 142 562 | 83 534 | 43 500 | 127 034 |
| CIFF | 19 811 | 1 053 | 20 864 | 37 482 | 854 | 38 336 |
| Banque mondiale | — | — | 680 000 | — | — | — |

Source : Rapportés par les agences respectives.

Remarques : Le symbole « — » signifie « non signalé » CIFF = Fondation du fonds d'investissement pour l'enfant.

^a La Suisse n'est pas signataire du Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance, mais fournit néanmoins une ventilation de ses données financières spécifiques à la nutrition et contribuant à la nutrition. Pour l'Australie, les chiffres recensés en 2013 représentent l'année civile 2014.

CHAPITRE 1

- 1 Le Tableau A4.1, en annexe (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes) présente un relevé (et une auto-évaluation) des engagements pris par l'équipe du *Rapport sur la nutrition mondiale* en 2014 en vue de la rédaction du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.
- 2 Nous avons réalisé une évaluation des actions entreprises de novembre 2014 à juin 2015, qui s'inscrivaient dans le droit fil des messages-clés du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans l'Annexe A4.2.

CHAPITRE 2

- 1 En 2015, l'OMS et l'UNICEF publieront leurs évaluations sur l'état d'avancement (en bonne/mauvaise voie) des cibles mondiales pour la nutrition 2025 fixées par l'AMS en 2012, mais pas avant la publication de cette édition du *Rapport sur la nutrition mondiale*.
- 2 De nouvelles méthodes d'évaluation de l'état d'avancement des cibles de l'AMS voient le jour (telles que Webb et coll. 2015). Nous les analyserons en vue de la préparation du rapport 2016.
- 3 L'UNICEF fait état de tentatives d'amélioration des méthodes actuelles en 2014-2015, mais sans résultats concluants. Actuellement, le groupe poursuit une approche différente en vue d'obtenir des données sur les taux d'insuffisance pondérale à la naissance à partir de données d'enquêtes.
- 4 Pour le cas de la Roumanie, aucune estimation de la prévalence de référence n'était disponible dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, lorsque les progrès en matière de retard de croissance étaient évalués uniquement sur la base du TRAM. Il n'a donc pas été possible de réaliser une évaluation sur la base des nouvelles règles du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015*.
- 5 Le surpoids chez l'enfant de moins de 5 ans est défini ici comme un score X du poids par rapport à la taille supérieur à 2 écarts-types au-dessus de la médiane. Dans sa définition de l'obésité, l'OMS ne fait pas mention de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans.
- 6 La CAMPP-cible (croissance annuelle moyenne en points de pourcentage) est calculée de sorte que tous les pays atteignent un taux de 50 % d'ici 2025. Pour l'ensemble des pays ayant une base de référence inférieure à 60 %, nous proposons une limite inférieure afin qu'aucun pays ne présente une CAMPP cible inférieure à 1,2. Les pays avec une base de référence de 60 à 70 % auront une cible de 0,6 point de pourcentage, et les pays au-dessus de 70 % auront une cible de 0 point de pourcentage. Les pays sont évalués à partir du pourcentage de leur CAMPP-cible atteinte.
- 7 Les résultats complets pour chaque pays et chaque cible sont présentés dans les tableaux en annexe. Ainsi, le Tableau A1.1 reprend les valeurs les plus courantes pour chacune des six cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) retenues pour tous les pays à l'horizon 2025. Le Tableau A1.2 établit l'état d'avancement (en bonne/mauvaise voie) de 5 des 6 indicateurs AMS dans tous les pays. Le Tableau A5.1 applique les règles du *Rapport sur la nutrition mondiale 2014* et du *Rapport sur la nutrition mondiale 2015* aux données anciennes et nouvelles sur le retard de croissance et l'émaciation (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).
- 8 En 2015, 108 pays disposent des données nécessaires à l'évaluation des quatre indicateurs de l'AMS inclus dans le *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*, contre 98 seulement en 2014 (selon les nouvelles règles).
- 9 Les détails complets de l'enquête n'ayant pas encore été publiés, il n'est pas possible de les examiner de près afin de les intégrer aux bases de données mondiales.
- 10 Il n'existe aucune relation statistique significative entre les deux variables.
- 11 Les estimations sont modélisées.
- 12 Ces données reflètent l'information fournie par l'OMS (2015) au 1er septembre 2014. Cette information a depuis évolué.
- 13 Le Tableau A5.2 en annexe reprend la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC ≥ 25) chez les adultes (hommes et femmes), de l'obésité (IMC ≥ 30) et du diabète dans tous les pays pour 2010 et 2014, la variation en pourcentage et l'évaluation des progrès telle qu'illustrée dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).
- 14 Pour les taux d'obésité chez les femmes de 20 à 49 ans au niveau régional, cf. Figure 2 dans Black et al. et coll. (2013).
- 15 Les 13 pays sont l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, Djibouti, l'Islande, le Japon, la Lettonie, Malte, le Monténégro, la République de Nauru, la Norvège, Singapour, l'Ukraine et le Venezuela (OMS 2014b).

ENCADRÉ 2.1

- 1 Cette analyse a été menée par le *Emergency Nutrition Network* avec la participation financière du bureau de l'USAID pour les secours d'urgence en cas de catastrophe à l'étranger (USAID/OFDA) et l'*Irish Aid*.
- 2 Les données sur le poids, la taille et l'âge des enfants de 6 à 59 mois ont été extraites et analysées à l'aide du logiciel statistique STATA (version 13). Les données disponibles concernaient 3 173 enfants du Pakistan, 7 368 enfants de la République démocratique du Congo, 8 770 enfants d'Éthiopie, 23 646 enfants du Nigeria et 7 114 enfants du Bangladesh. Les catégories anthropométriques ont été définies à partir des normes de croissance de l'OMS. La simultanéité de l'émaciation et du retard de croissance a été définie de sorte à inclure les enfants souffrant à la fois d'un retard de croissance (rapport taille-âge < -02 ET) et d'émaciation (rapport poids-taille < -2 ET).

CHAPITRE 5

- 1 Le *Rapport sur la nutrition mondiale 2016* visera à améliorer cet équilibre en estimant le coût du renforcement des interventions fondées sur les meilleures pratiques afin de lutter contre les régimes alimentaires malsains et l'inactivité physique (OMS 2011b).

- 2 Concernant le retard de croissance, les premières estimations du financement additionnel nécessaire pour la mise en place d'interventions spécifiques à la nutrition en vue d'atteindre la cible de l'AMS sont disponibles (réduction de 40 % d'ici 2025 du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance) (R4D 2015). La base de données R4D estime à 39,7 milliards de dollars EU le déficit de financement des interventions spécifiques à la nutrition pour la période 2016-2024. Elle met en lumière le scénario suivant pour la répartition de cet investissement : 19,7 milliards de dollars EU pour les pays, 9,7 milliards de dollars EU pour les bailleurs de fonds, 6,5 milliards de dollars EU pour les ménages et 3,8 milliards de dollars EU pour de nouvelles sources de financement innovantes. Ce taux annuel d'augmentation de la participation des bailleurs de fonds aux actions spécifiques à la nutrition pour les quatre premières années est équivalent à l'augmentation de leurs dépenses spécifiques à la nutrition entre 2013 et 2014. Bien que nous comptons sur les pays pour couvrir la plus grande partie du déficit de financement, le rythme d'intensification de leur participation dans le scénario présenté dans l'étude est plus graduel durant les trois premières années.
- 3 Les travaux ont été menés par les membres des gouvernements membres du SUN avec l'aide du Secrétariat du Mouvement SUN. La moitié des pays a réalisé l'exercice par elle-même, tandis que l'autre moitié a bénéficié d'un appui à distance pour l'étape initiale 1 de la part du Secrétariat du Rapport sur la nutrition mondiale, de l'Institut de résultats pour le développement (R4D), et du projet SPRING (Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally). Les données actualisées sont disponibles sur le site internet du Mouvement SUN à l'adresse suivante : <http://scalingupnutrition.org/fr/ressources/suivi-financier-et-mobilisation-des-ressources/analyse-de-budget>.
- 4 Comme indiqué dans le *Rapport sur la nutrition mondiale* 2014, une série d'outils est disponible pour le suivi des ressources financières allouées à la nutrition (Picanyol 2014). Les revues des dépenses publiques sont la source la plus fiable, mais nécessitent des ressources considérables. Les comptes nationaux de la santé, compilés par l'OMS, sont pertinents, mais ne couvrent que les dépenses consacrées à la nutrition lorsque celle-ci est liée à la santé.
- 5 Il a été difficile pour presque tous les pays d'identifier les 12 interventions *Lancet* spécifiques à la nutrition parmi les postes budgétaires individuels. Dans la majeure partie des budgets nationaux, il n'est possible d'identifier que les plateformes de délivrance (notamment des soins intégrés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant). De ce fait, les postes budgétaires « spécifiques à la nutrition » sont souvent liés à des programmes, services et mécanismes de prestation abordant le continuum des soins avant et durant la fenêtre des 1000 jours.
- 6 Comme le montre le Tableau A3.2 en annexe, chaque pays a choisi sa propre méthode de pondération. Trois approches ont été employées : 1) spécifique à la nutrition = 100 %, contribuant à la nutrition = 25 % ; 2) spécifique à la nutrition ou contribuant à la nutrition = 100 %, 75 %, 50 %, ou 25 % ; 3) spécifique à la nutrition = 100 %, contribuant à la nutrition = tout pourcentage de 5 à 100 %. Les prochains exercices devraient se concentrer sur la confection d'un ensemble de coefficients de pondération en vue d'encourager la comparabilité entre les pays.
- 7 Les postes budgétaires « contribuant à la nutrition » dans cet exercice sont liés à des programmes, interventions ou services qui, parmi un certain nombre d'objectifs non alimentaires, ont un objectif nutritionnel manifeste (tels que la diversification alimentaire et les suppléments alimentaires) et des allocations à des secteurs globalement impliqués dans la nutrition (tels que l'accès à l'eau potable, l'assainissement, l'éducation et la protection sociale). Le total de la colonne 8 du Tableau A3.1 en annexe correspond à la limite supérieure avant pondération dans l'étape 3.
- 8 Les résultats ont été débattus dans le cadre de consultations nationales et de quatre ateliers régionaux organisés par l'UNICEF pour le compte du Réseau des Nations Unies et du Secrétariat du Mouvement SUN. Chaque équipe gouvernementale ayant décidé quels ministères, départements et agences analyser et quels postes budgétaires inclure dans l'analyse, les comparaisons entre pays des estimations obtenues ne sont pas strictement valables.
- 9 Cette partie présente les données les plus récentes disponibles tirées de la base de données du Comité d'aide au développement (CAD) du système de notification des pays créanciers de l'OCDE (OCDE 2014).
- 10 Veuillez cependant noter que plusieurs études soulignent la correspondance imparfaite entre la catégorie « 12240 : nutrition de base » du système de notification des pays créanciers et les interventions spécifiques à la nutrition (par exemple, ACF International 2012).
- 11 La Suisse n'est pas un pays signataire du N4G, mais fournit cependant une ventilation des données financières spécifiques et contribuant à la nutrition.
- 12 Veuillez noter que les engagements en matière de nutrition de la Banque mondiale sont axés sur la demande, ils ne peuvent pas être prédéfinis.
- 13 L'APD totale en 2014 s'est maintenue à 135 milliards de dollars EU (OCDE 2015a).
- 14 La méthodologie employée pour l'allocation des dépenses aux catégories spécifiques et contribuant à la nutrition est décrite dans Ickes et coll. (2015). Nous utilisons les données 2012, car seuls neuf bailleurs de fonds ont fourni des données ventilées spécifiques/contribuant à la nutrition pour 2013 (cf. Tableau A3.3 en annexe).
- 15 Les États-Unis et la Banque mondiale n'ont fourni aucun décaissement contribuant à la nutrition pour 2012, et la Banque mondiale n'a fourni aucune donnée sur les décaissements pour 2013. Les États-Unis, en revanche, ont fourni une série complète de données pour 2013 : 0,288 milliard de dollars EU en décaissements spécifiques à la nutrition et 1,84 milliard de dollars EU en décaissements contribuant à la nutrition, soit un ratio de 1:6 environ.
- 16 Ils consistent en une série de décaissements spécifiques à la nutrition pour l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Suisse, le Royaume-Uni, les États-Unis, les institutions de l'UE et la Fondation Gates (pour 2010 et 2012, tirés du Comité d'aide au développement (CAD) du système de notification des pays créanciers de l'OCDE), plus les décaissements contribuant à la nutrition publiés par la Fondation Gates, le Canada, l'UE, l'Allemagne, l'Irlande et le Royaume-Uni (pour 2010 et 2012 comme notifié au Secrétariat du *Rapport sur la nutrition mondiale*).
- 17 Cf. également RESULTS UK (2014) pour une bonne évaluation des options financières en matière de nutrition.
- 18 Les 10 interventions, qui coïncident largement avec Bhutta et coll. (2013), sont 1) les programmes nutritionnels

communautaires pour la promotion de la croissance (promotion de l'allaitement au sein et des compléments alimentaires), 2) les apports en suppléments de vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, 3) les apports en suppléments de zinc assortis de sels de réhydratation orale pour les enfants, 4) les micronutriments multiples en poudre pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, 5) des traitements vermifuges pour les enfants de 12 à 59 mois, 6) les suppléments en fer et acide folique pour les femmes enceintes, 7) l'enrichissement en fer des aliments de base, 8) l'iodation du sel, 9) l'approvisionnement public d'aliments complémentaires pour la prévention de la malnutrition aiguë modérée chez l'enfant, et 10) la gestion communautaire de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Les interventions de Bhutta et coll. 2013 pour lesquelles il n'existe aucun mécanisme de prestation ou protocole de référence de l'OMS (tel que les effets préventifs des suppléments de zinc) ne sont pas comprises dans ces estimations en raison de leur caractère évolutif peu réaliste à court et moyen terme.

- 19 L'outil OneHealth permet d'estimer les coûts des interventions en matière de nutrition au sein du système de santé, mais pas en dehors (IHP+ 2015).
- 20 L'évaluation du rapport coût-efficacité est fondée sur le projet OMS-CHOICE (choisir des interventions efficaces au meilleur coût) de l'OMS (2015b).
- 21 Des travaux sont en cours pour estimer les coûts et avantages liés à l'intensification de certaines interventions contribuant à la nutrition dans les secteurs de la protection sociale, agriculture, éducation, et eau et assainissement qui présentent un potentiel d'amélioration des résultats nutritionnels.
- 22 Les estimations sont basées sur les années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI). Les AVCI sont calculées selon Shekar et coll. (2014, 2015a-c). En ce qui concerne les interventions contribuant à la nutrition, les premières estimations suggèrent que les investissements dans des actions de déparasitage, biofortification et contrôle des aflatoxines dans les écoles des régions où les niveaux d'aflatoxines sont élevés pourraient se révéler rentables pour les secteurs de l'éducation et de l'agriculture (Shekar et coll. 2014, 2015 a-c). Cependant, les résultats de l'impact des interventions contribuant à la nutrition sont moins probants que ceux des interventions spécifiques à la nutrition. Cette analyse des coûts et avantages est donc préliminaire et semble suggérer la nécessité de données plus solides sur les interventions contribuant à la nutrition pour définir les activités futures qu'il conviendra d'intensifier en priorité.
- 23 Cf. résumé dans Savedoff (2011).
- 24 Cf. détails dans Martin and Haque (2013).
- 25 Entretien avec Mme Kaosar Afsana, directrice du programme *Health, Nutrition, and Population au BRAC*, 15 décembre 2014.

ENCADRÉ 5.1

- 1 Cet encadré est adapté du résumé exécutif de la Tanzanie, ministère des Finances (2014).
- 2 Bien que la revue des dépenses publiques ait rapporté des allocations consacrées à la nutrition, elle n'indiquait pas de dépenses réelles pour des activités nutritionnelles.

ENCADRÉ 5.3

- 1 Cet encadré est inspiré de Gillespie, Menon, et Kennedy (2015).

ENCADRÉ 5.4

- 1 Le *Programme de leadership africain en nutrition (PLAN)* ainsi que les programmes similaires en Asie du Sud-Est (SEANLP) et le PLAN Afrique francophone, non couverts ici, sont des ramifications régionales indépendantes du Programme de leadership européen en nutrition (*European Nutrition Leadership Programme – ENLP*).

CHAPITRE 7

- 1 Cf. rapports de *Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition* (GLOPAN 2013), *IPES Food* (2015), *Nugent* (2011), et *EAT Forum* (2015).
- 2 D'autres aspects importants des systèmes alimentaires, dont le commerce international, la recherche et le développement technologique, ne sont pas traités explicitement ici, mais pourraient servir d'indicateurs.
- 3 Pour des discussions plus approfondies et détaillées sur les indicateurs des systèmes alimentaires et de sécurité alimentaire, cf. Nesheim et coll. (2015), IFPRI (2015), ILSI/CIMSANS (2015), Reyntar et coll. (2014), Stein (2014), Gillespie et Smith (2008), FAO (2014), et Prospero et coll. (2014). Pour les discussions sur les typologies de systèmes alimentaires antérieures, cf. la Banque mondiale (2008) et Fan et Pandya-Lorch (2012).
- 4 Ce cadre logique est semblable aux modèles conceptuels cités dans Nesheim et coll. (2015), ILSI/CIMSANS (2015), et Gillespie et Smith (2008).
- 5 Le Tableau A7.1 en annexe reprend la palette de types de systèmes alimentaires pour chaque indicateur, et le Tableau A7.2 en annexe fournit la liste des pays par type de système alimentaire (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).
- 6 Le Tableau A7.4 en annexe fournit plusieurs références utiles sur les caractéristiques des régimes alimentaires sains et malsains. Le Tableau A7.5 en annexe présente les parts d'apport alimentaire de 11 groupes alimentaires, à l'exception des aliments de base, pour des exemples de pays choisis (cf. globalnutritionreport.org/the-report/appendixes).
- 7 Les données de l'Euromonitor ne permettent pas d'identifier les aliments ultratransformés au sein de la catégorie des aliments emballés.

ENCADRÉ 7.1

- 1 Urbanisation, valeur ajoutée agricole par travailleur, et la part des apports énergétiques alimentaires issue de céréales, racines et tubercules.

CHAPITRE 8

- 1 L'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (*Global Alliance on Nutrition – GAIN*) rapporte que GAIN et ses partenaires collaborent avec plus de 1 000 transformateurs de moyenne à grande envergure à des solutions d'enrichissement alimentaire dans plus de 25 pays. GAIN a documenté plusieurs exemples du rôle des petites et moyennes entreprises dans le domaine de l'enrichissement alimentaire, et cette « matière grise » est triée par Bhutta et coll. en vue d'un prochain examen (Bhutta et coll. 2015).

CHAPITRE 9

- 1 Il importe de préciser que le Tableau 9.1 omet de présenter certains des déficits de données les plus manifestes, car nous y avons inclus des indicateurs des profils nutritionnels uniquement si plus de 25 pays les recueillaient.
- 2 Cette évaluation comprend 10 composantes liées à la qualité des rapports et l'utilisation des normes reconnues en termes de finance, économie, éducation et vaccination. La construction de cette évaluation est expliquée en détail ici : <http://datatopics.worldbank.org/statisticalcapacity/files/Note.pdf>.
- 3 Entre autres mécanismes importants mais moins explicitement liés à la nutrition, se trouvent le Codex Alimentarius, le Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies et les rapports des Objectifs du Millénaire pour le développement.

ENCADRÉ 9.2

- 1 Cet encadré a été conçu à partir de sources gracieusement fournies par Britt Broersen, Inge D. Brouwer, Saskia Osendarp (*Netherlands Working Group on Global Nutrition*), et Gillian Swann (*Public Health England*).

ENCADRÉ 9.4

- 1 Les régions manquantes représentent moins de 10 % de la population totale, et leur inclusion ou exclusion n'aurait vraisemblablement pas modifié les résultats.

ENCADRÉ 9.5

- 1 La méthodologie des ECPE est adaptée de la méthodologie utilisée pour l'enquête en grappes sur la couverture vaccinale de l'OMS.

ENCADRÉ 9.8

- 1 Le Partenariat pour la redevabilité humanitaire (HAP), *People in Aid*, entre autres, ont développé des normes de redevabilité et des mécanismes de vérification technique.

BIBLIOGRAPHIE

- ACF International. 2012. *Aid for Nutrition: Can Investments to Scale Up Nutrition Be Accurately Tracked?* Londres.
- ACF US (Action Against Hunger). 2012. *Nutrition Multi-sectoral Seasonal Calendar: A Rapid and Multi-sectoral Tool to Better Understand and Address the Seasonal Peaks of Wasting*. Technical Sheet. New York. http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Nutrition_Multi-sectoral_Seasonal_Calendar_03.2012.pdf.
- Acosta, A. M. et J. Fanzo. 2012. *Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the Political and Institutional Determinants of Delivering a National Multisectoral Response in Six Countries. A Synthesis Paper*. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- Acosta, A. M. et L. Haddad. 2014. "The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Peru." *Food Policy* 44 : 26–35.
- Action. 2015. "Following the Funding: Nutrition for Growth." Consulté le 5 juin 2015. <http://www.action.org/resources/item/following-the-nutrition-funding>.
- ActionAid International (Afrique). 2005. *Quatre ans après Abuja : Davantage d'actions nécessaires pour les engagements !* Nairobi.
- Adelman, H. et A. Suhrke. 1996. *La réponse internationale au conflit et au génocide : enseignements à tirer de l'expérience au Rwanda. Étude 2 : Alerte précoce et gestion de conflits*. Copenhague : Comité directeur de l'évaluation conjointe de l'aide d'urgence au Rwanda, OCDE.
- Ahmed, N. et N. Nisbett. Forthcoming. "What Lessons for Community Accountability in Health and Nutrition? Evidence from Health, Nutrition, and Related Sectors." Institute of Development Studies, Brighton, Royaume-Uni.
- Alderman, H., H. Hoogeveen et M. Rossi. 2006. "Reducing Child Malnutrition in Tanzania: Combined Effects of Income Growth and Program Interventions." *Economics and Human Biology* 4 (1): 1–23.
- Allen, L. 2014. "Micronutrient Research, Programs, and Policy: From Meta-Analyses to Metabolomics." *Advances in Nutrition* 14 (5.3) : 344S–351S.
- ALMA (Alliance des dirigeants africains contre le paludisme). 2015a. *Rapports trimestriels*. <http://alma2030.org/fr/quarterly-reports>.
- . 2015b. *Cartes de score et rapports*. <http://alma2030.org/fr/scorecards-and-reports/map>.
- An, R. 2013. "Effectiveness of Subsidies in Promoting Healthy Food Purchases and Consumption: A Review of Field Experiments." *Public Health Nutrition* 16 (7) : 1215–1228.
- ATNI (Access to Nutrition Index). 2013. *Global Index 2013*. Consulté le 28 juillet 2015. <https://www.accesstonutrition.org/global-index-2013>.
- AUC/WFP (African Union Commission/World Food Programme). 2015. *The Cost of Hunger in Malawi: Social and Economic Impacts of Child Undernutrition in Malawi: Implications on National Development and Vision 2020*. Addis Ababa.
- Bahl, K., S. Jayaram et B. Brown. 2015. *DSM-WFP: A Partnership to Advance the Global Nutrition Agenda*. Washington, DC: Results for Development Institute.
- Bailey, R. 2012. *Famine Early Warning and Early Action: The Cost of Delay*. Londres: Chatham House. http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Energy,%20Environment%20and%20Development/0712pr_bailey.pdf.
- Ban, K. 2015. "Protect the Earth, Dignify Humanity." Remarks at Workshop on the Moral Dimensions of Climate Change and Sustainable Development., Vatican City, April 28. http://www.un.org/apps/news/infocus/speeches/statments_full.asp?statID=2589#.VYRhc_lVikp.
- Bangladesh, Ministry of Health and Family Welfare. 2000. *Strategic Plan of the National AIDS Programme of Bangladesh 1997–2002*. Dacca: Directorate General of Health Services. www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_117272/lang-en/index.htm.
- Banque mondiale. 2008. *Rapport sur le Développement dans le monde 2008: Agriculture au service du Développement*. Washington, DC.
- . 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* Washington, DC.
- . 2011. *Can Bonus Payments Improve the Quality of Health Care? From Evidence to Policy* No. 6. Washington, DC: Banque mondiale, Human Development Network.
- . 2013. *Mali: Poverty and Gender Notes*. Consulté le 12 mai 2015. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/05/18023676/mali-poverty-gender-notes>.
- . 2014. *Towards Sustainable Peace, Poverty Eradication, and Shared Prosperity*. Colombia Policy Notes. Washington, DC.
- . 2015a. *Business Plan for the Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child*. Washington, DC.
- . 2015b. *Statistical Capacity Indicator Dashboard*. Consulté le 21 juin 2015. <http://datatopics.worldbank.org/statisticalcapacity/SCIdashboard.aspx>.
- . 2015c. *World Development Indicators*. Consulté le 25 juin 2015. <http://data.worldbank.org/indicator/>.
- Barnett, I. et J. V. Gallegos. 2013. *Using Mobile Phones for Nutrition Surveillance: A Review of Evidence*. IDS Evidence Report 1. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- Barnett, I., B. Befani, S. Sulisty et M. O'Leary. 2014. *A Mixed-Method Impact Evaluation Design of a Mobile Phone Application for Nutrition Service Delivery in Indonesia*. IDS Evidence Report 79. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- Beaglehole, R., R. Bonita, M. Ezzati, G. Alleyne, K. Dain, S. P. Kishore et R. Horton. 2014. "NCD Countdown to 2025: Accountability for the 25x25 NCD Mortality Reduction Target." *The Lancet* 384 (9938): 105–107.
- Benin, S. et Yu, B. 2013. *Complying with the Maputo Declaration Target: Trends in public agricultural expenditures and implications for pursuit of optimal allocation of public agricultural spending*. ReSAKSS-Africa Wide Annual Trends and Outlook Report 2012. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Berg, M., J. Wariero et V. Modi. 2009. *Every Child Counts: The Use of SMS in Kenya to Support the Community-Based Management of Acute Malnutrition and Malaria in Children under*

- Five. New York : Earth Institute, Columbia University, with UNICEF Innovation Group.
- Berhane, G., J. Hoddinott, N. Kumar, A. S. Taffesse, M. Diressie, Y. Yohannes, R. Sabates-Wheeler, M. Handino and M. Tefera. 2013. *Evaluation of Ethiopia's Food Security Program: Documenting Progress in the Implementation of the Productive Safety Net Programme and the Household Asset Building Programme*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Bes-Rastrollo, M., M. Schulze, M. Ruiz-Canela et M. Martinez-Gonzalez. 2013. "Financial Conflicts of Interest and Reporting Bias regarding the Association between Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain: A Systematic Review of Systematic Reviews." *PLoS Medicine* 10 (12) : e1001578. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001578>.
- Bhutta, Z., A. J. Prasad, K. Wazny, E. Keats, A. Huynh, A. Parnia, H. Pitchik et J. Das. 2015. "Food Fortification as a Strategy for Alleviating Micronutrient Deficiencies in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Annals of Global Health* 81 (1) : 188–189.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb et coll. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–477.
- Björkman, M. et J. Svensson. 2009. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment of a Community-Based Monitoring Project in Uganda." *Quarterly Journal of Economics* 124 (2): 735–769.
- Black, A. P., J. Brimblecombe, H. Eyles, P. Morris, H. Vally et K. O Dea. 2012. "Food Subsidy Programs and the Health and Nutritional Status of Disadvantaged Families in High Income Countries: A Systematic Review." *BMC Public Health* 12: 1099.
- Black, R., C. Victora, S. Walker, Z. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, R. Martorell et R. Uauy. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 382 (9890): 427–451. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
- Blankenship, J. 2014. "Using Results from Coverage Assessment Surveys to Improve Program Operation." Presentation at the Micronutrient Forum, June 2–6, Addis Ababa, Ethiopia.
- Blaschke, S., K. Bokenkamp, R. Cosmaciuc, M. Denby, B. Hailu et R. Short. 2009. *Using Mobile Phones to Improve Child Nutrition Surveillance in Malawi*. New York : UNICEF Malawi, UNICEF Innovations and Mobile Development Solutions.
- Bloem, M. W. et S. de Pee. 2013. "Nutrition and Human Rights: Why Meeting Nutrient Needs Should Be a Human Right." In *Advancing the Human Right to Health*, édité par J. M. Zuniga, S. P. Marks et L. O. Gostin, 325–334. New York: Oxford University Press.
- Bloem, M., E. Hoque, L. Khanam, T. S. Mahbub, M. Salehin et S. Begum. 1999. "HIV/AIDS and Female Street-based Sex Workers in Dhaka City: What About Their Clients?" In *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV / AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*, édité par J. C. Caldwell, P. Caldwell, J. Anarfi, K. Awusabo-Asare, J. Ntozi, O. Orubuloye, J. Marck, W. Cosford, R. Colombo, and E. Hollings, 197–210. Canberra: Australian National University, National Centre for Epidemiology and Population Health, Health Transition Centre.
- Bohle, H. G., T. E. Downing et M. J. Watts. 1994. "Climate Change and Social Vulnerability: Toward a Sociology and Geography of Food Insecurity." *Global Environmental Change* 4 (1): 37–48.
- Bor, J. 2007. "The Political Economy of AIDS Leadership in Developing Countries: An Exploratory Analysis." *Social Science and Medicine* 64 (8): 1585–1599.
- Borkum, E., A. Rangarajan, D. Rotz, S. Sridharan, S. Sethi et M. Manoranjini. 2014. *Evaluation of the Team-Based Goals and Performance Based Incentives (TBGI) Innovation in Bihar*. Princeton, NJ, US: Mathematica Policy Research. www.mathematica-mpr.com/~media/publications/PDFs/international/TBGI_Bihar.pdf.
- Brady, M. et P. Rundall. 2011. "Governments Should Govern, and Corporations Should Follow the Rules." *SCN News* 39: 51–56.
- Branca, F., L. Grummer-Strawn, E. Borghi, M. Blössner et M. de Onis. 2015. "Extension of the WHO Maternal, Infant, and Young Child Nutrition Targets to 2030." *SCN News* 41: 55–58.
- Brazil, Ministry of Health. 2014. *Dietary Guidelines for the Brazilian Population*. Secretariat of Health Care, Primary Health Care Department.
- Bredenkamp, C., L. R. Buisman et E. Van de Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology* 43 (4): 1328–1335.
- Brinkman, H.-J., S. de Pee, I. Sanogo, L. Subran et M. W. Bloem. 2009. « High Food Prices and the Global Financial Crisis Have Reduced Access to Nutritious Food and Worsened Nutritional Status and Health. » *Journal of Nutrition* 140 (1 Supplement) : 1535–1615.
- Bryce, J. et coll. 2014. « Plateformes nationales d'évaluation : un potentiel pour la nutrition. » Encadré 8.5 dans *Rapport sur la nutrition mondiale 2014 : Mesures et redevabilité en vue d'accélérer les progrès mondiaux en matière de nutrition*. Washington, DC : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- Bulux, J., O. Velasquez, C. Juárez, C. Guillén et F. Arriola. 2014. « Suivi des crédits financiers en faveur de la nutrition : l'expérience du Guatemala : pourquoi le suivi des ressources financières en faveur de la nutrition est si important ? » Encadré 7.2 dans *Rapport sur la nutrition mondiale 2014*. Washington, DC : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. <http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/128937/filename/129148.pdf>.
- Burlingame, B. et S. Dernini, eds. 2012. *Sustainable Diets and Biodiversity: Directions and Solutions for Policy, Research, and Action*. Proceedings of the International Scientific Symposium on Biodiversity and Sustainable Diets: United against Hunger, Rome, November 3–5, 2010. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Burt, A., B. Hughes et G. Milante. 2014. "Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the 'High-Hanging' Fruit by 2030." Policy Research Working Paper 7002. Washington, DC: Banque mondiale.

- Butland, B., S. Jebb, P. Kopelman, K. McPherson, S. Thomas, J. Mardell et V. Parry. 2007. *Foresight: Tackling Obesities: Future Choices Project*. Londres: Government Office for Science.
- Campbell, C. 2010. "Political Will, Traditional Leaders, and the Fight against HIV/AIDS: A South African Case Study." *AIDS Care* 22 (Supplement 2): 1637–1643.
- Campbell-Lendrum, D., L. Manga, M. Bagayoko et J. Sommerfeld. 2015. "Climate Change and Vector-borne Diseases: What Are the Implications for Public Health Research and Policy?" *Philosophical Transactions B* 20130552. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0552>.
- Campos, S., J. Doxey et D. Hammond. 2011. "Nutrition Labels on Pre-packaged Foods: A Systematic Review." *Public Health Nutrition* 14: 1496–1506.
- Carpio, C. 2014. "A Tale of Two Panamas: How Results-Based Financing Improves Health for Rural Mothers and Children." RBF Health Blog. Consulté le 23 juillet 2015. www.rbhealth.org/blog/tale-two-panamas-how-results-based-financing-improves-health-rural-mothers-and-children.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 1991. International Notes Outbreak of Pellagra among Mozambican Refugees–Malawi, 1990. Consulté le 12 mai 2015. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001945.htm>.
- Cecchini, M., F. Sassi, J. Lauer, Y. Lee, V. Guajardo-Barron et D. Chisholm. 2010. "Tackling of Unhealthy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-effectiveness." *The Lancet* 376 (9754): 1775–1784.
- Chodick, G., S. Flash, Y. Deoitch et V. Shalev. 2009. "Seasonality in Birth Weight: Review of Global Patterns and Potential Causes." *Human Biology* 81 (4): 463–477.
- Chriqui, J. F., M. Pickel et M. Story. 2014. "Influence of School Competitive Food and Beverage Policies on Obesity, Consumption, and Availability: A Systematic Review." *JAMA Pediatrics* 168: 279–286.
- Commission de l'Union africaine et NEPAD (Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique). 2010. *Union africaine, 2003. Déclaration de Maputo sur l'agriculture et la sécurité alimentaire*. Consulté le 31 mars. www.nepad.org/nepad/knowledge/doc/1787/maputo-declaration. (En anglais)
- Crahay, P., A. Mitchell, A. Gomez, A. Israël, C. Salpateur, H. Mattinen, H. Deret, J. Lapegue, L. Grosjean, M. Aissa, R. Brown, S. Swan, S. Pietzsch et C. Dufour. 2010. "The Threats of Climate Change on Undernutrition: A Neglected Issue That Requires Further Analysis and Urgent Actions." *SCN News* 38: 4–10. Genève: United Nations Standing Committee on Nutrition.
- de Oliveira, M. L., L. M. Santos et E. N. da Silva. 2015. "Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Cost-of-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011." *PLoS One* 10 (4): e0121160. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121160>.
- de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz et F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.
- de Sa, J. et K. Lock. 2008. "Will European Agricultural Policy for School Fruit and Vegetables Improve Public Health? A Review of School Fruit and Vegetable Programmes." *European Journal of Public Health* 18 (6): 558–568.
- De Schutter, O. 2013. "Assessing a Decade of Right to Food Progress." Interim report of the special rapporteur on the right to food to the 68th session of the General Assembly, August 7. UN doc. A/68/288. New York.
- De Schutter, O., A. Ramasastry, M. Taylor et R. Thompson. 2012. "Human Rights Due Diligence: The Role of States." Human Rights in Business. <http://humanrightsinbusiness.eu/wp-content/uploads/2015/05/De-Schutter-et-al.-Human-Rights-Due-Diligence-The-Role-of-States.pdf>.
- Devereux, S., R. Sabates-Wheeler et R. Longhurst. 2011. *Seasonality, Rural Livelihoods, and Development*. Oxford: Routledge.
- Dewey, K. G. et S. Adu-Afarwuah. 2008. "Systematic Review of the Efficacy and Effectiveness of Complementary Feeding Interventions in Developing Countries." *Maternal and Child Nutrition* 4 (supplement 1): 24–85.
- Dietz, W. H., L. Baur, K. Hall, R. Puhl, E. Taveras, R. Uauy et P. Kopelman. 2015. "Management of Obesity: Improvement of Health-Care Training and Systems for Prevention and Care." *The Lancet* 385 (9986): 2521–2533.
- Dominguez-Salas, P., S. Moore, M. Baker, A. Bergen, S. Cox, R. Dyer, A. Fulford, Y. Guan, E. Laritsky, M. Silver, G. Swan, S. Zeisel, S. Innis, R. Waterland, A. Prentice et B. Hennig. 2014. "Maternal Nutrition at Conception Modulates DNA Methylation of Human Metastable Epialleles." *Nature Communications* 5: 3746. <http://dx.doi.org/10.1038/ncomms4746>.
- Doran, G. T. 1981. "There's a SMART Way to Write Management's Goals and Objectives." *Management Review* 70 (11): 35–36.
- Downs, S. M., A. M. Thow et S. R. Leeders. 2013. "The Effectiveness of Policies for Reducing Dietary Trans-fat: A Systematic Review of the Evidence." *Bulletin of the World Health Organization* 91: 262–269H.
- Driessen, C. E., A. J. Cameron, L. E. Thornton, S. K. Lai et L. M. Barnett. 2014. "Effect of Changes to the School Food Environment on Eating Behaviours and/or Body Weight in Children: A Systematic Review." *Obesity Review* 15: 968–982.
- Dror, D. K. et L. H. Allen. 2011. "The Importance of Milk and Other Animal-Source Foods for Children in Low-Income Countries." *Food and Nutrition Bulletin* 32 (3): 227–243.
- EAT Forum. 2015. EAT Initiative. How to feed 9 billion healthy people within the planetary boundaries. Consulté le 22 juin 2015. <http://www.eatforum.org>.
- Economist. 2015. "India's Malnourished Infants." July 2. Consulté le 18 juillet 2015. <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2015/07/daily-chart-0>.
- EIU (Economist Intelligence Unit). 2015. 2015 Global Food Security Index. <http://foodsecurityindex.eiu.com/>.
- Emergency Nutrition Network. 2011. *Development of a Minimum Reporting Package for Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Consulté le 21 juin 2015. <http://files.enonline.net/attachments/1611/mrp-report-final.pdf>.
- Epstein, L. H., N. Jankowiak, C. Nederkoorn, H. A. Raynor, S. A. French et E. Finkelstein. 2012. "Experimental Research on the Relation between Food Price Changes and Food-Purchasing Patterns: A Targeted Review." *American Journal of Clinical Nutrition* 95: 789–809.
- Ethiopia, Ministry of Agriculture. 2014a. *Productive Safety Net 4 Design Document*. Addis Ababa.

- . 2014b. *Productive Safety Net Programme Phase 4 Programme Implementation Manual*. Addis Ababa.
- Ethiopia, Ministry of Health. 2013. *National Nutrition Programme: June 2012–June 2015*. Addis Ababa. www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1867/National%20Nutrition%20Programme.pdf.
- Ethiopia Central Statistical Agency and ICF International. 2012. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*. Addis Abeba et Calverton, MD, US: Central Statistical Agency and ICF International.
- Euromonitor. 2013. *Baby Food Bucks Global Recession and Offers Positive Growth Prospects*. Londres.
- . 2014. Passport Database. Consulté le 25 juin 2015. www.euromonitor.com.
- Eyles, H., C. Ni Mhurchu, N. Nghiem et T. Blakely. 2012. "Food Pricing Strategies, Population Diets, and Non-communicable Disease: A Systematic Review of Simulation Studies." *PLoS Med* 9 (12): e1001353. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001353>.
- Fan, S. et R. Pandya-Lorch. 2012. *Reshaping Agriculture for Nutrition and Health*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- FANTA III (Food and Nutrition Technical Assistance). 2014. *Introducing the Minimum Dietary Diversity–Women (MDD-W) Global Dietary Diversity Indicator for Women*. Washington, DC. <http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Introduce-MDD-W-indicator-brief-Sep2014.pdf>.
- Fanzo, J., M. Cohen, T. Sparling, T. Olds et M. Cassidy. 2013. *The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies*. Genève: United Nations Standing Committee on Nutrition.
- FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2010. *Graisses et acides gras dans la nutrition humaine : Rapport d'une consultation d'experts*. Étude FAO alimentation et nutrition 91. Rome.
- . 2013. *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2013: Mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition*. Consulté le 22 juin 2015. <http://www.fao.org/docrep/018/i3300f/i3300f.pdf>.
- . 2014. *L'alimentation et la nutrition en chiffres 2014*. Rome.
- . 2015a. FAOLEX. Consulté le 18 juin 2015. <http://faolex.fao.org/>.
- . 2015b. FAOSTAT. Consulté le 22 juin 2015. http://faostat3.fao.org/browse/FB/*/*.
- . 2015c. Food and Agriculture Policy Decision Analysis. Consulté le 14 juillet 2015. www.fao.org/in-action/fapda/fapda-home/en/. (En anglais)
- . 2015d. Indicateurs de la sécurité alimentaire. Consulté le 25 juin 2015. <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/ess-fadata/fr/#.VjtU0oSxFhN>.
- . 2015e. Suivi et analyse des politiques agricoles et alimentaires. Consulté le 14 juillet 2015. www.fao.org/in-action/mafap/database/fr/. (En anglais)
- . 2015f. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde*. Rome.
- FAO et OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1992. *Major Issues for Nutrition Strategies*. Études préparées pour la Conférence internationale sur la nutrition (CIN), Rome, 5–11 décembre. <http://www.fao.org/docrep/015/z9730e/z9730e00.pdf>. (En anglais)
- . 2014. *Déclaration de Rome sur la nutrition*. Document final préparé pour la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), Rome, 19–21 novembre. Consulté le 15 février 2015. <http://www.fao.org/3/a-ml542f.pdf>.
- Fernandez, C., C. Noble, E. Jensen et D. Steffen. 2014. "Moving the Needle: A Retrospective Pre-and Post-analysis of Improving Perceived Abilities across 20 Leadership Skills." *Maternal and Child Health Journal* 19 (2): 343–352.
- Ferro-Luzzi, A. et F. Branca. 1993. "Nutritional Seasonality: The Dimensions of the Problem." In *Seasonality and Human Ecology*, édité par S. J. Ulijaszek et S. S. Strickland, 149–165. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Fonds mondial. 2013. *Des investissements stratégiques pour garantir l'impact, Rapport 2012 sur les résultats du Fonds mondial*, Genève.
- Forde, I., T. Chandola, S. Garcia, M. G. et O. Attanasio. 2012. "The Impact of Cash Transfers to Poor Women in Colombia on BMI and Obesity: Prospective Cohort Study." *International Journal of Obesity* 36 (9): 1209–1214.
- Friel, S., K. Bowen, D. Campbell-Lendrum, H. Frumkin, A. J. McMichael et K. Rasanathan. 2011. "Climate Change, Non-communicable Diseases, and Development: The Relationships and Common Policy Opportunities." *Annual Review Public Health* 32: 133–147.
- Garnett, T. 2011. "Where Are the Best Opportunities for Reducing Greenhouse Gas Emissions in the Food System (Including the Food Chain)?" *Food Policy* 36 (S1): S23–S32.
- GFF (Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child). 2015. *Business Plan*. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/HDN/Health/Business%20Plan%20for%20the%20GFF%2C%20final.pdf>.
- Gillespie, A. et L. Smith. 2008. "Food Decision-Making Framework: Connecting Sustainable Food Systems to Health and Well-Being." *Journal of Hunger and Environmental Nutrition* 3 (2/3): 328–346.
- Gillespie, S., L. Haddad, V. Mannar, P. Menon, N. Nisbett, et Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. "The Politics of Reducing Malnutrition: Building Commitment and Accelerating Progress." *The Lancet* 382 (9891): 552–569.
- Gillespie, S., P. Menon et A. Kennedy. 2015. "Scaling Up Impact on Nutrition: What Will It Take?" *Advances in Nutrition* 6 (4): 440–451.
- Global Fund. 2013. *Strategic Investments for Impact: Global Fund Results Report 2012*. Genève.
- Global Nutrition Cluster. 2014. About the Global Nutrition Cluster. http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2014/06/GNC-update_2014.pdf.
- Global Nutrition and Policy Consortium. 2015. Global Dietary Database. Consulté le 2 juillet 2015. <http://www.globaldietarydatabase.org/>.
- Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. 2013. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. <http://www.lidc.org.uk/globalpanel>.

- Golam Rabbani Mondal, A. K. M., A. Abdul Khalek, M. Mostafizur Rahman et D. Mahmud. 2010. "Price Escalation of Rice in Bangladesh: A Time-Series Approach." *ASA University Review* 4 (1): 97–119.
- Gomes, F. S. et T. Lobstein. 2011. "Food and Beverage Transnational Corporations and Nutrition Policy." *SCN News* 39: 57–65.
- Groupe URD, HAP International, People In Aid et the Sphere Project. 2014. *Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability*. <http://www.corehumanitarianstandard.org/>.
- Grunert, K. G., L. Fernández-Celemin, J. Wills, S. Storcksdieck Genannt Bonsmann et L. Nureeva. 2010. "Use and Understanding of Nutrition Information on Food Labels in Six European Countries." *Zeitschrift Fur Gesundheitswissenschaften* 18 (3): 261–277. <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-009-0307-0>.
- Haddad, L., N. Nisbett, I. Barnett et E. Valli. 2014. *Maharashtra's Child Stunting Declines: What Is Driving Them? Findings of a Multidisciplinary Analysis*. Research Report. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- HANCI (Hunger and Nutrition Commitment Index). 2015. HANCI Rankings. Consulté le 14 juillet 2015. <http://www.hancindex.org/>.
- Hawkes, C. et K. Buse. 2011. "Public Health Sector and Food Industry Interaction: It's Time to Clarify the Term 'Partnership' and Be Honest about Underlying Interests." *European Journal of Public Health* 21 (4): 400–401.
- Hawkes, C., S. Friel, T. Lobstein et T. Lang. 2012. "Linking Agricultural Policies with Obesity and Noncommunicable Diseases: A New Perspective for a Globalizing World." *Food Policy* 37 (3): 343–353.
- Hawkes, C., J. Jewell et K. Allen. 2013. "A Food Policy Package for Healthy Diets and the Prevention of Obesity and Diet-related Non-communicable Diseases: The NOURISHING Framework." *Obesity Review* 14: 159–168. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12098>.
- Hawkes, C., T. Smith, J. Jewell, J. Wardle, R. Hammond, S. Friel, A. Thow et J. Kain. 2015. "Smart Food Policies for Obesity Prevention." *The Lancet* 385 (9985): 2410–2421.
- HCN (Health Council of the Netherlands). 2011. *Guidelines for a Healthy Diet: The Ecological Perspective*. The Hague.
- Headey, D. 2014. *An Analysis of Trends and Determinants of Child Undernutrition in Ethiopia, 2000–2011*. ESSP Working Paper 70. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; et Addis Abeba: Ethiopian Development Research Institute.
- Headey, D. et J. Hoddinott. 2014. *Understanding the Rapid Reduction of Undernutrition in Nepal, 2001–2011*. IFPRI Discussion Paper 01384. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Headey, D., J. Hoddinott, D. Ali, R. Tesfaye et M. Dereje. 2015. "The Other Asian Enigma: Explaining the Rapid Reduction of Undernutrition in Bangladesh." *World Development* 66: 749–761.
- Hendry, V. L., E. Almiron-Roig, P. Monsivais, S. Jebb, S. Neelon, S. Griffin et D. Ogilvie. 2015. "Impact of Regulatory Interventions to Reduce Intake of Artificial Trans-fatty Acids: A Systematic Review." *American Journal of Public Health* 105 (3): e32–42.
- Hersey, J. C., K. C. Wohlgenant, J. E. Arsenault, K. M. Kosa et M. K. Muth. 2013. "Effects of Front-of-Package and Shelf Nutrition Labeling Systems on Consumers." *Nutrition Reviews* 71: 1–14.
- HKI (Helen Keller International). 2012. *A Guide to Conducting Post-Event Coverage Surveys for Vitamin A Supplementation, Deworming, and Immunization Events*. New York.
- Hoddinott, J., J. R. Behrman, J. A. Maluccio, P. Melgar, A. R. Quisumbing, M. Ramirez-Zea, A. D. Stein, K. M. Yount et R. Martorell. 2013. "Adult Consequences of Growth Failure in Early Childhood." *American Journal of Clinical Nutrition* 98 (5): 1170–1178.
- Hoddinott, J., S. Gillespie et S. Yosef. Forthcoming. *Public-Private Partnerships for Reducing Undernutrition: Evidence and Ethics*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Hodges, M. H., F. F. Sesay, H. I. Kamara, M. Turay, A. S. Koroma, J. L. Blankenship et H. I. Katcher. 2013. "High and Equitable Mass Vitamin A Supplementation Coverage in Sierra Leone: A Post-Event Coverage Survey." *Global Health: Science and Practice* 1 (2): 172–179.
- Hoeffler, A. et V. Outram. 2011. "Need, Merit, or Self-Interest—What Determines the Allocation of Aid?" *Review of Development Economics* 15 (2): 237–250.
- Hoelscher, D. M., S. Kirk, L. Ritchie, L. Cunningham-Sabo et the Academy Positions Committee. 2013. "Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113 (10): 1375–1394.
- Hogerzeil, H. V. 2013. "Big Pharma and Social Responsibility: The Access to Medicine Index." *New England Journal of Medicine* 369 (10): 896–899.
- Hooper, L., A. Abdelhamid, H. J. Moore, W. Douthwaite, C. M. Skeaff et C. D. Summerbell. 2012. "Effect of Reducing Total Fat Intake on Body Weight: Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials and Cohort Studies." *BMJ* 345: e7666.
- Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal et J. K. Brooks. 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will it Cost?* Washington, DC: Banque mondiale.
- HRITF (Health Results Innovation Trust Fund). 2014. *2014 RBF Health Annual Report*. Washington, DC. www.hritreport.org.
- Hsu, A., J. Emerson, M. Levy, A. de Sherbinin, L. Johnson, O. Malik, J. Schwartz et M. Jaiteh. 2014. *2014 Environmental Performance Index*. New Haven, CT, US: Yale Center for Environmental Law and Policy.
- Huang, T., H. Cawley, M. Ashe, S. Costa, L. M. Frerichs, L. Zwicker, J. A. Rivera, D. Levy, R. A. Hammond, E. V. Lambert et S. K. Kumanyika. 2015. "Mobilisation of Public Support for Policy Actions to Prevent Obesity." *The Lancet* 385 (9985): 2422–2431.
- Humphrey, J. et E. Robinson. 2015. "Markets for Nutrition: What Role for Business?" *IDS Bulletin* 46 (3): 59–69.
- Ickes S., R. Trichler et B. Parks. 2015. *Building a Stronger System for Tracking Nutrition Sensitive Spending: A Methodology and*

- Estimate of Global Spending for Nutrition Sensitive Foreign Aid*. AidData Working Paper 7. Washington, DC: AidData.
- FID (Fédération internationale du Diabète). 2013. *Atlas du DIA-BÊTE de la FID, 6e édition*. Bruxelles. http://www.idf.org/sites/default/files/FR_6E_Atlas_full.pdf.
- IFFIm (International Finance Facility for Immunisation). 2015. "About IFFIm." Consulté le 23 juillet 2015. <http://www.iffim.org/about/>.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2014a. *Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition*. Washington, DC.
- . 2014b. "Global Nutrition Report Nutrition Country Profile 2014: Tanzania." Washington, DC. http://globalnutritionreport.org/files/2014/11/gnr14_cp_united_republic_of_tanzania.pdf.
- . 2014c. *Nutrition Country Profile Indicators: Definitions and Sources*. Global Nutrition Report Technical Note 1. Washington, DC. http://globalnutritionreport.org/files/2014/11/gnr14_tn_n4g_01nutrition_country_profile.pdf.
- . 2015. *2014–2015 Global Food Policy Report*. Washington, DC.
- IHP+ (International Health Partnerships). 2015. One-Health Tool. Consulté le 10 juillet 2015. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/one-health-tool/>.
- ILSI/CIMSANS (Integrated Life Sciences Institute/Center for Integrated Modeling of Sustainable Agriculture and Nutrition Security). 2015. "SNS Metrics Review Workshop Background Materials." Washington, DC.
- Imamura, F., R. Micha, S. Khatibzadeh, S. Fahimi, P. Shi, J. Powles et D. Mozaffarian, on behalf of the Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. 2015. "Dietary Quality among Men and Women in 187 Countries in 1990 and 2010: A Systematic Assessment." *Lancet Global Health* 3 (3): e132–e142.
- India, Ministry of Health and Family Welfare. 2013. Results of District Level Household Survey - IV 2012-13 (DLHS - IV). Consulté le 22 février 2015. <https://nrhm-mis.nic.in/SitePages/DLHS-4.aspx>.
- India, Ministry of Women and Child Development. 2015. Rapid Survey on Children (RSOC) 2013–14. Consulté le 15 août 2015. www.wcd.nic.in.
- Indonesia, Ministry of Health. 2013. *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf.
- INFORMAS (International Network for Food and Obesity/Non-communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support). 2015. "INFORMAS." Consulté le 18 juin 2015. <https://www.fmhs.auckland.ac.nz/en/soph/global-health/projects/informas.html>.
- Innovative Finance Foundation. 2014. *Implementing an Extractive Industries Micro-levy to Fight Chronic Malnutrition*. Genève.
- IPES Food (International Panel of Experts on Sustainable Food Systems). 2015. *The New Science of Sustainable Food Systems: Overcoming Barriers to Food Systems Reform*. http://www.ipes-food.org/images/Reports/IPES_report01_1505_web_br_pages.pdf.
- Jiang, T., P. Christian, S. K. Khatry, L. Wu et K. P. J. West, Jr. 2005. "Micronutrient Deficiencies in Early Pregnancy Are Common, Concurrent, and Vary by Season among Rural Nepali Pregnant Women." *Journal of Nutrition* 135 (5): 1106–1112.
- Johnson, J. L., J. C. Fanzo et B. Cogill. 2014. "Understanding Sustainable Diets: A Descriptive Analysis of the Determinants and Processes That Influence Diets and Their Impact on Health, Food Security, and Environmental Sustainability." *Advances in Nutrition* 5: 418–429.
- Johnston, L. M. et D. T. Finegood. 2015. "Cross-Sector Partnerships and Public Health: Challenges and Opportunities for Addressing Obesity and Noncommunicable Diseases through Engagement with the Private Sector." *Annual Review of Public Health* 36: 255–271.
- Joshi, A. 2013. "Do They Work? Assessing the Impact of Transparency and Accountability Initiatives in Service Delivery." *Development Policy Review* 31 (S1): S29–S48.
- Jung, H. J., S. N. Han, S. J. Song, H. Y. Paik, H. W. Baik et H. Joung. 2011. "Association between Adherence to the Korean Food Guidance System and the Risk of Metabolic Abnormalities in Koreans." *Nutrition Research and Practice* 5: 560–568.
- Jung, S., S. Park, E. Choi, Y. Cha, B. Cho, Y. Kim, M. Kim, W. Song, T. Park, J. Ko, B. So et S. Chae. 2014. "Beneficial Effects of Korean Traditional Diets in Hypertensive and Type 2 Diabetic Patients." *Journal of Medicinal Food* 17: 161–171.
- Kang, M. J., H. J. Jung, H. Joung, J. E. Shim, S. E. Lee, Y. Park et H. Y. Paik. 2014. "Development of Han-sik Database Utilizing an Expert Focus Group and Assessment of Han-sik Effects on Diet Quality." *Journal of the Korean Society of Food Culture* 29 (1): 9–17.
- Katcher, H., J. Blankenship, M. Nankap, T. Mkumbwa, M. Turay, F. Sesay, A. Kabena, M. L. Yattara et R. D. W. Klemm. 2014. "Vitamin A Supplementation (VAS) Coverage Data in Africa: Modernizing Data Collection to Inform Distribution Strategies." *Sight and Life* 28 (2): 103–108.
- Kean, Y. 2014. *Breaking the Rules, Stretching the Rules 2014*. Penang, Malaisie: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre.
- Kearney, J. 2010. "Food Consumption Trends and Drivers." *Philosophical Transactions B: Biological Sciences* 365 (1554): 2793–2807.
- Keats, S. et S. Wiggins. 2014. *Future Diets: Implications for Agriculture and Food Prices*. Londres: Overseas Development Institute.
- Kelleys, C., S. Mohtadi, M. Cane, R. Seager et Y. Kushnir. 2015. "Climate Change in the Fertile Crescent and Implications of the Recent Syrian Drought." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112: 3241–3246. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1421533112>.
- Kelly-Hope, L. et M. Thomson. 2008. "Climate and Infectious Disease." In *Seasonal Forecasts, Climatic Change, and Human Health*, edited by M. C. Thomson, R. Garcia-Herrera, and M. Beniston, 31–70. Dordrecht, Pays-Bas: Springer Science+Business Media. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-6877-5>.
- Kenny, G., J. Yardley, C. Brown, R. Sigal et O. Jay. 2010. "Heat Stress in Older Individuals and Patients with Common Chronic Diseases." *Canadian Medical Association Journal* 182 (10): 1053–1060.

- Kenya National Bureau of Statistics, et coll. 2015. *Kenya Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators*. Nairobi. Consulté le 1 mai 2015. dhsprogram.com/publications/publication-PR55-Preliminary-Reports-Key-Indicators-Reports.cfm.
- Khara T. et C. Dolan. 2014. *The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming, and Research Implications*. Oxford, Royaume-Uni: Emergency Nutrition Network.
- Kiszko, K., O. Martinez, C. Abrams et B. Elbel. 2014. "The Influence of Calorie Labeling on Food Orders and Consumption: A Review of the Literature." *Journal of Community Health* 39 (6): 1248–1269.
- Korean Nutrition Society, Ministry of Health and Welfare, et Korea Food and Drug Administration. 2010. *Dietary Reference Intakes for Koreans*. 1st revision. Seoul: Korean Nutrition Society.
- Kraak, V. I., B. Swinburn, M. Lawrence et P. Harrison. 2011. "The Accountability of Public-Private Partnerships with Food, Beverage, and Quick-Serve Restaurant Companies to Address Global Hunger and the Double Burden of Malnutrition." *SNC News* 39: 11–24.
- Lake, I., L. Hooper, A. Abdelhamid, G. Benthall, A. Boxall, A. Draper, S. Fairweather-Tait, M. Hulme, P. R. Hunter, G. Nichols et K. Waldron. 2012. "Climate Change and Food Security: Health Impacts in Developed Countries." *Environmental Health Perspective* 20 (11): 1520–1526. <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1104424>.
- Lancet. 2013. *The Lancet Maternal and Child Undernutrition Series*. www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition.
- . 2015. *The Lancet Obesity Series*. www.thelancet.com/series/obesity-2015.
- Lee, H., K. J. Duffey et B. M. Popkin. 2012. "South Korea's Entry to the Global Food Economy: Shifts in Consumption of Food between 1998 and 2009." *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 21: 618–629.
- Lee, M., B. M. Popkin et S. Kim. 2002. "The Unique Aspects of the Nutrition Transition in South Korea: The Retention of Healthful Elements in Their Traditional Diet." *Public Health Nutrition* 5: 197–203.
- Lloyd, S., R. Kovats et Z. Chalabi. 2011. "Climate Change, Crop Yields, and Undernutrition: Development of a Model to Quantify the Impact of Climate Scenarios on Child Undernutrition." *Environmental Health Perspectives* 119 (12): 1817–1823.
- Lobell, D., W. Schlenker et J. Costa-Roberts. 2012. "Climate Trends and Global Crop Production since 1980." *Science* 333 (6042): 616–620. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1204531>.
- Locke, A. et G. Henley. 2013. *The Possible Shape of a Land Transparency Initiative*. Londres: Overseas Development Institute.
- Lokshin, M. et S. Radyakin. 2012. "Month of Birth and Children's Health in India." *Journal of Human Resources* 47 (1): 174–203.
- Mansuri, G. et V. Rao. 2013. *Localizing Development: Does Participation Work?* Washington, DC: Banque mondiale.
- Martin, L. et M. R. Haque. 2013. *Performance-Based Cash Incentives for Volunteers in BRAC's Community-Based Alive & Thrive Infant and Young Child Feeding Programme in Bangladesh*. Washington, DC: Alive & Thrive.
- McDonald, C. M., I. Olofin, S. Flaxman, W. W. Fawzi, D. Spiegelman, L. E. Caulfield, et coll. 2013. "The Effect of Multiple Anthropometric Deficits on Child Mortality: Meta-Analysis of Individual Data in 10 Prospective Studies from Developing Countries." *American Journal of Clinical Nutrition* 97 (4): 896–901.
- McMichael, A., J. Powles, C. Butler et R. Uauy. 2007. "Food, Livestock Production, Energy, Climate Change, and Health." *The Lancet* 370 (9594): 1253–1263.
- Mexico, Secretaría de Salud. 2015. Reducción en el Consumo de Bebidas con Impuesto después de la Implementación del Impuesto en México.
- Monteiro, C. A., M. H. D. A. Benicio, S. C. Konno, A. C. F. C. Silva, A. L. L. D. Lima et W. L. Conde. 2009. "Causes for the Decline in Child Under-nutrition in Brazil, 1996–2007." *Revista de Saude Publica* 43 (1): 35–43.
- Mozaffarian, D. et D. S. Ludwig. 2010. "Dietary Guidelines in the 21st Century: A Time for Food." *JAMA* 304 (6): 681–682.
- Mozaffarian, D., A. Afshin, N. L. Benowitz, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Disease in the Young, et Council for the Kidney in Cardiovascular Disease. 2012. "Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits: A Scientific Statement from the American Heart Association." *Circulation* 126: 1514–1563.
- Mozaffarian, D., S. Fahimi, G. M. Singh, R. Micha, S. Khatibzadeh, R. E. Engell, S. Lim, G. Danaei, M. Ezzati et J. Powles for the Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. 2014. "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes." *New England Journal of Medicine* 371 (7): 624–634.
- MPSMRM (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Oeuvre de la Révolution de la Modernité), MSP (Ministère de la Santé Publique) et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013–2014*. Rockville, MD, US.
- Murphy, S. et L. Allen. 2003. "Nutritional Importance of Animal Source Foods." *Journal of Nutrition* 133 (11): 3932S–3935S.
- Murray, C. J., et coll. 2012. "Disability-Adjusted Life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries in 21 Regions, 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859): 2197–2223.
- Myers, S., A. Zanobetti, I. Kloog, P. Huybers, A. Leakey, A. Bloom, E. Carlisle, L. Dietterich, G. Fitzgerald, T. Hasegawa, M. Holbrook, R. Nelson, M. Ottman, V. Raboy, H. Sakai, K. Sartor, J. Schwartz, S. Seneweera, M. Tausz et Y. Usui. 2014. "Increasing CO₂ Threatens Human Nutrition." *Nature* 510: 139–142. <http://dx.doi.org/10.1038/nature13179>.
- Nelson, G., M. Rosegrant, J. Koo, R. Robertson, T. Sulser, T. Zhu, C. Ringler, S. Msangi, A. Palazzo, M. Batka, M. Magalhaes, R. Valmonte-Santos, M. Ewing et D. Lee. 2009. *Climate Change: Impact on Agriculture and Costs of Adaptation*. Food Policy Report. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Nesheim, M. C., M. Oria et P. T. Yih. 2015. *A Framework for Assessing the Effects of the Food System*. Washington, DC: Institute of Medicine and National Research Council.

- Netherlands Ministry of Health, Welfare et Sport. 2014. *De Jeugdgezondheidszorg Beter in Positie*. Consulté le 22 juin 2015. <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=De+jeugdgezondheidszorg+beter+in+positie.pdf>.
- NIPORT (National Institute of Population Research and Training) [Bangladesh], Mitra and Associates, and ICF International. 2013. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2011*. Dhaka, Bangladesh et Calverton, MD, US: NIPORT, Mitra and Associates et ICF International.
- NIPS (National Institute of Population Studies) [Pakistan] and ICF International. 2013. *Pakistan Demographic and Health Survey 2012–13*. Islamabad, Pakistan et Calverton, MD, US: NIPS and ICF International.
- Nisbett, N., E. Wach, L. Haddad et S. El-Arifteen. 2015. "What Drives and Constrains Effective Leadership in Tackling Child Undernutrition? Findings from Bangladesh, Ethiopia, India and Kenya." *Food Policy* 53: 33–45.
- Nossiter, A. 2012. "Soldiers Overthrow Mali Government in Setback for Democracy in Africa." *New York Times*, March 22. Consulté le 21 juin 2015. http://www.nytimes.com/2012/03/23/world/africa/mali-coup-france-calls-for-elections.html?_r=0.
- Novogrodsky, N. 2009. "The Duty of Treatment: Human Rights and the HIV/AIDS Pandemic." *Yale Human Rights and Development Journal* 12 (1): 1–61.
- NPC (National Population Commission) [Nigeria] et ICF International. 2014. *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*. Abuja, Nigeria, and Rockville, MD, USA.
- Nugent, R. 2011. *Bringing Agriculture to the Table: How Agriculture and Food Can Play a Role in Preventing Chronic Disease*. Chicago: Chicago Council on Global Affairs. [http://www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/Bringing_Agriculture_To_The_Table\(1\).pdf](http://www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/Bringing_Agriculture_To_The_Table(1).pdf).
- Nwuneli, N., E. Robinson, J. Humphrey et S. Henson. 2014. *The Role of Businesses in Providing Nutrient-Rich Foods for the Poor: Two Case Studies in Nigeria*. IDS Evidence Report 64. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies.
- Nyhus Dhillon, C., H. Subramaniam, G. Mulokozi, Z. Rambiloson et R. Klemm. 2013. "Overestimation of Vitamin A Supplementation Coverage from District Tally Sheets Demonstrates Importance of Population-Based Surveys for Program Improvement: Lessons from Tanzania." *PLoS ONE* 8 (3): e58629. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0058629>.
- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires) 2015. "Mali." Consulté le 21 juin 2015. <http://www.unocha.org/mali/>.
- O'Donnell, O., Á. López Nicolás et E. Van Doorslaer. 2009. "Growing Richer and Taller: Explaining Change in the Distribution of Child Nutritional Status during Vietnam's Economic Boom." *Journal of Development Economics* 88 (1): 45–58.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2014. Système de notification des pays créanciers (SNPC). Consulté le 17 juin 2015. <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=48e6a905-d2da-4562-afe91bd648f6&themetreeid=3>.
- . 2015a. Development Aid Stable in 2014 but Flows to Poorest Countries Still Falling." April 8. Paris. <http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Technical%20Note.pdf>.
- . 2015b. "How the World Reacted to the Latest Aid Data." *OECD Insights*, April 13. <http://oecdinsights.org/2015/04/13/how-the-world-reacted-to-the-latest-aid-data/>.
- Olofin, I., C. M. McDonald, M. Ezzati, S. Flaxman, R. E. Black, W. W. Fawzi, et coll. 2013. "Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies." *PloS One* 8 (5): e64636.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1981. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève.
- . 2010. Nutrition Landscape Information System. Consulté le 14 juillet 2015. www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide_isbn9789241599955/en/.
- . 2011a. *The Abuja Declaration: Ten Years On*. Genève. <http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>.
- . 2011b. *Scaling Up Action against NCDs: How Much Will It Cost?* Genève. http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/.
- . 2012a. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Genève.
- . 2012b. *Prioritizing Areas for Action in the Field of Population-based Prevention of Childhood Obesity: A Set of Tools for Member States to Determine and Identify Priority Areas for Action*. Genève.
- . 2012c. *Guideline: Sodium Intake for Adults and Children*. Genève.
- . 2013a. *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant, and Young Child Health and Nutrition*. Genève.
- . 2013b. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020*. Genève. www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
- . 2013c. *Global Nutrition Policy Review: What Does it Take to Scale Up Nutrition Action?* Genève.
- . 2013d. *Guideline: Calcium Supplementation in Pregnant Women*. Genève.
- . 2014a. *Global Nutrition Targets 2025: Childhood Overweight Policy Brief* (WHO/NMH/NHD/14.6). Genève.
- . 2014b. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Genève.
- . 2014c. "Tracking Progress in Achieving the Global Nutrition Targets – May 2014." Consulté le 11 mai 2015. http://www.who.int/nutrition/targets_indicators_may2014v2.pdf.
- . 2015a. "Commission on Ending Childhood Obesity." Consulté le 15 juin 2015. www.who.int/end-childhood-obesity/en/.
- . 2015b. "Cost-Effectiveness and Strategic Planning." Consulté le 10 juillet 2015. http://www.who.int/choice/costs/CER_levels/en/.
- . 2015c. "Diabetes." Fact Sheet 312. Consulté le 15 juin 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/.
- . 2015d. "Framework of Engagement with Non-State Actors." Advance draft. Genève. <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/advance-draft-framework-nonstateactors.pdf?ua=1>.

- . 2015e. Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). Consulté le 24 juillet 2015. <http://www.who.int/nutrition/gina/en/>.
- . 2015f. Global Health Observatory Data Repository. "Overweight." Consulté le 31 juillet 2015. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>.
- . 2015g. *The Global Prevalence of Anaemia in 2011*. Genève.
- . 2015h. Global Targets Tracking Tool. Consulté le 21 juin 2015. <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/>.
- . 2015i. *Guideline: Sugars Intake for Adults and Children*. Genève.
- . 2015j. "Healthy Diet." Fact Sheet 394. Genève.
- . 2015k. Informal Consultation on the Global Monitoring Framework on Maternal, Infant, and Young Child Nutrition. Consulté le 21 juin 2015. http://www.who.int/nutrition/events/2015_informal_consultation_monitoringframework_miyen/en/.
- . 2015l. *Maternal, Infant, and Young Child Nutrition: Development of the Core Set of Indicators*. Genève.
- . 2015m. "Micronutrient Deficiencies." Consulté le 15 juin 2015. www.who.int/nutrition/topics/ida/en/.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2015n. "Obesity and Overweight." Fact Sheet 311. Consulté le 1 Septembre, 2014, et le 15 juin 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
- OMS et FAO. 2003. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Genève.
- OMS, UNICEF, et ICCIDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders). 2007. *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers*. 3rd edition. Genève: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf.
- Omumbo, J., B. Lyon, S. Waweru, S. Connor et M. Thomson. 2011. "Raised Temperatures over the Kericho Tea Estates: Revisiting the Climate in the East African Highlands Malaria Debate." *Malaria Journal* 10: 12. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-10-12>.
- One. 2013. *The Maputo Commitments and the 2014 African Union Year of Agriculture*. Londres.
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA). 1999. De la théorie à la pratique : Une participation accrue des personnes vivant avec ou affectées par le VIH / SIDA (GIPA). Genève. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_fr.pdf.
- ONUSIDA et UA (Union africaine). 2013. *Abuja +12 Construire l'avenir de la santé en Afrique*. Genève.
- Open Working Group on Sustainable Development Goals. 2015. *Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals*. New York: United Nations. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf>.
- Oxfam. 2012. *Qualitative Monitoring of Maputo Declaration on Agriculture and Food Security: The Case of Ghana*. Dakar. <http://bit.ly/1DJT2uG>.
- Paes-Sousa, R et J. Vaitsman. 2014. "The Zero Hunger and Brazil without Extreme Poverty Programs: A Step Forward in Brazilian Social Protection Policy." *Ciência & Saúde Coletiva* 19 (11): 4351–4360.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2015. *Le coût de la faim en Afrique: le rapport sur les conséquences sociales et économiques de la dénutrition infantile au Malawi*. Rome.
- Pan, A., Q. Sun, A. Bernstein, M. Schulze, J. Manson, M. Stampfer, W. Willett et F. Hu. 2012. "Red Meat Consumption and Mortality: Results from 2 Prospective Cohort Studies." *Archives of Internal Medicine* 172 (7): 555–563.
- Paolisso, M. J., K. Hallman, L. Haddad et S. Regmi. 2002. "Does Cash Crop Adoption Detract from Child Care Provision? Evidence from Rural Nepal." *Economic Development and Cultural Change* 50 (2): 313–338.
- Parra, D. C., L. Iannotti, L. F. Gomez, H. Pachon, D. Haire-Joshu, O. L. Sarmiento, A. S. Kuhlmann et R. C. Brownson. 2015. "The Nutrition Transition in Colombia over a Decade: A Novel Household Classification System of Anthropometric Measures." *Archives of Public Health* 73: 12.
- Pelletier, D. L., P. Menon, T. Ngo, E. A. Frongillo et D. Frongillo. 2011. "The Nutrition Policy Process: The Role of Strategic Capacity in Advancing National Nutrition Agendas." *Food and Nutrition Bulletin* 32 (2 Supplement): S59–S69.
- Pelletier, D., R. Haider, N. Hajeerhoy, N. Mangasaryan, R. Mwadime et S. Sarkar. 2013. "The Principles and Practices of Nutrition Advocacy: Evidence, Experience and the Way Forward for Stunting Reduction." *Maternal and Child Nutrition* 9 (S2): 83–100.
- Picanyol, C. 2014. "Financial Resource Tracking for Nutrition: Current State of the Art and Recommendations for Moving Forward." Panel 7.1 in *Global Nutrition Report 2014*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute. http://globalnutritionreport.org/files/2014/11/gnr14_pn4g_11picanyol.pdf.
- Picanyol, C., S. Horton, A. Chautala, H. Connolly, P. Fracassi, J. Francois, F. Lemma, C. Mwamwaja, P. Rayco-Solon et N. M. Zagre. 2015. *Tracking Investments in Nutrition in Africa*. OPM Working Paper. Oxford: Oxford Policy Management. www.opml.co.uk/sites/default/files/Tracking%20Investments%20in%20Nutrition%20in%20Africa.pdf.
- Piccoli, N. B., N. Grede, S. de Pee, A. Singhkumarwong, E. Roks, R. Moench-Pfanner et M. W. Bloem. 2012. "Rice Fortification: Its Potential for Improving Micronutrient Intake and Steps Required for Implementation at Scale." *Food and Nutrition Bulletin* 33 (4 Supplement): S360–S372.
- Piwoz, E. et S. Huffman. Forthcoming. "The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO Recommended Breastfeeding Practices." *Food and Nutrition Bulletin*. In press.
- Popkin, B. 2011. "Contemporary Nutritional Transition: Determinants of Diet and Its Impact on Body Composition." *Proceedings of the Nutrition Society* 70 (1): 82–91.
- Popkin, B. M. et S. J. Nielsen. 2003. "The Sweetening of the World's Diet." *Obesity Research* 11 (11): 1325–1332.
- Popkin, B. M., L. S. Adair et S. W. Ng. 2012. "Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries." *Nutrition Reviews* 70 (1): 3–21.

- Prentice, A. et T. Cole. 1994. "Seasonal Changes in Growth and Energy Status in the Third World." *Proceedings of the Nutrition Society* 53 (3): 509–519.
- Prosperi, P., T. Allen, M. Padilla, I. Peri et B. Cogill. 2014. "Sustainability and Food and Nutrition Security: A Vulnerability Assessment Framework for the Mediterranean Region." *SAGE Open* 4 (June): 1–15. <http://dx.doi.org/10.1177/2158244014539169>.
- R4D (Results for Development). 2015. *Nutrition Financing Needs to Achieve the WHA Nutrition Target for Stunting* (Preliminary Results May 2015). Washington, DC.
- Rao, S., A. Kanade, C. Yajnik et C. Fall. 2009. "Seasonality in Maternal Intake and Activity Influence Offspring's Birth Size among Rural Indian Mothers: Pune Maternal Nutrition Study." *International Journal of Epidemiology* 38 (4): 1094–1103.
- Reardon, T., K. Chen, B. Minten, and L. Adriano. 2012. *The Quiet Revolution in Staple Food Value Chains*. Manila: Asian Development Bank; and Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- Remans, R., S. Wood, T. L. Anderman, N. Saha et R. DeFries. 2014. "Measuring Nutritional Diversity of National Food Supplies." *Global Food Security* 3 (3–4): 174–182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gfs.2014.07.001>.
- Republic of Korea, Ministry of Health and Welfare. 2014. Health Statistics. The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2nd year, 2011. (In Korean.) Seoul: Centers for Disease Control and Prevention.
- Results UK. 2014. *Nutrition Aid Architecture: How Could Improvements in Financing Mechanisms Galvanise the Global Effort?* Londres.
- Reyter, K., C. Hanson et N. Henninger. 2014. *Indicators of Sustainable Agriculture: A Scoping Analysis*. Washington, DC: World Resources Institute.
- Roberto, C. A., B. Swinburn, C. Hawkes, T. T. Huang, S. A. Costa, M. Ashe, L. Zwicker, J. H. Cawley et K. D. Brownell. 2015. "Patchy Progress on Obesity Prevention: Emerging Examples, Entrenched Barriers, and New Thinking." *The Lancet* 385 (9985): 2400–2409.
- Ruel, M. et H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?" *The Lancet* 382 (9891): 536–551.
- Sarmiento, O. L., D.C. Parra, S. A. González, I. González-Cassanova, A. Y. Forero et J. Garcia. 2014. "The Dual Burden of Malnutrition in Colombia." *American Journal of Clinical Nutrition* 100 (6): 1628S–1635S.
- Sassi, F., M. Cecchini, J. Lauer et D. Chisholm. 2009. *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*. OECD Health Working Papers 48. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://dx.doi.org/10.1787/220087432153>.
- Savedoff, W. 2011. "Incentive Proliferation? Making Sense of a New Wave of Development Programs." Washington, DC: Center of Global Development. www.cgdev.org/content/publications/detail/1425405.
- Save the Children. 2015a. "Malnutrition in Bangladesh." Consulté le 1 mai 2015. <https://bangladesh.savethechildren.net/news/malnutrition-bangladesh-new-report-published>.
- Save the Children. 2015b. "Within Our Means: Why Countries Can Afford Universal Health Coverage." Consulté le 9 mai 2015. www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/within-our-means.
- Scanteam. 2011. *Achievements and Strategic Options: Evaluation of the Extractive Industries Transparency Initiative*. Oslo. <https://eiti.org/files/2011-EITI-evaluation-report.pdf>.
- Sen, A. 1999. "Democracy as a Universal Value." *Journal of Democracy* 10 (3): 3–17.
- Shekar, M., C. McDonald, A. Subandoro, J. Dayton Eberwein, M. Mattern and J. K. Akuoku. 2014. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Nigeria*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.
- Shekar, M., M. Mattern, L. Laviolette, J. Dayton Eberwein, W. Karamba et J. K. Akuoku. 2015a. *Scaling Up Nutrition in the DRC: What Will It Cost?* Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.
- Shekar, M., M. Mattern, P. Eozenou, J. Dayton Eberwein, J. K. Akuoku, E. Di Gropello et W. Karamba. 2015b. *Scaling Up Nutrition For a More Resilient Mali: Nutrition Diagnostics and Costed Plan for Scaling Up*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.
- Shekar, M., C. McDonald, P. Eozenou, A. Subandoro, J. Dayton Eberwein, M. Mattern, J. K. Akuoku et W. Karemba. 2015c. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Togo*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale.
- Shiffman, J. 2010. "Issue Attention in Global Health: The Case of Newborn Survival." *The Lancet* 375 (9730): 2045–2049.
- Shiffman, J. et S. Smith. 2007. "Generation of Political Priority for Global Health Initiatives: A Framework and Case Study of Maternal Mortality." *The Lancet* 370: 1370–1379.
- Smith, L. C. et L. Haddad. 2015. "Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era." *World Development* 68: 180–204.
- Smith, K., A. Woodward, D. Campbell-Lendrum, D. Chadee, Y. Honda, Q. Liu, J. Olwoch, B. Revich et R. Sauerborn. 2014. "Human Health: Impacts, Adaptation, and Co-benefits." In *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*, edited by C. B. Field, V. R. Barros, D. J. Dokken, K. J. Mach, M. D. Mastrandrea, T. E. Bilir, M. Chatterjee, K. L. Ebi, Y. O. Estrada, R. C. Genova, B. Girma, E. S. Kissel, A. N. Levy, S. MacCracken, P. R. Mastrandrea, and L. L. White, 709–754. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Song, S. J. et W. O. Song. 2014. "National Nutrition Surveys in Asian Countries: Surveillance and Monitoring Efforts to Improve Global Health." *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 23: 514–523.
- Sphere Project. 2015. *The Sphere Handbook*. Consulté le 14 juillet 2015. <http://www.spherehandbook.org/en/1-food-security-and-nutrition-assessment/>.
- Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonésie: BPS, BKKBN, Kemenkes, et ICF International.
- Stein, A. 2014. "Rethinking the Measurement of Undernutrition in a Broader Context: Should We Look at Possible Causes or Actual Effects?" *Global Food Security* 3 (3–4): 193–194.

- Steinfeld, H., T. Wassenaar et S. Jutzi. 2006. "Livestock Production Systems in Developing Countries: Status, Drivers, Trends." *Revue Scientifique et Technique* 25 (2): 505–516.
- Stuckler, D., M. McKee, S. Ebrahim et S. Basu. 2012. "Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco." *PLoS Medicine* 9 (6): e1001235.
- SUN (Scaling Up Nutrition). 2011. *Scaling Up Nutrition: A Framework for Action*. Genève. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/05/SUN_Framework.pdf.
- . 2014. *SUN Movement Annual Progress Report: September 2014*. Genève. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/11/SUN_Progress-Report_ENG_20141024_web_pages03.pdf.
- SUN (Scaling Up Nutrition) Donor Network. 2013a. *Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition*. Genève. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf.
- . 2013b. *Unlocking the Potential of Nutrition Investments across All Nutrition Relevant Sectors with a 3-Step Budget Analysis Exercise*. Genève. <http://scalingupnutrition.org/about/financial-tracking-resource-mobilization/budget-analysis>.
- Sweden, National Food Agency. 2015. *Find Your Way to Eat Greener, Not Too Much, and Be Active*. Uppsala, Sweden. <http://www.livsmedelverket.se/globalassets/english/food-habits-health-environment/dietary-guidelines/kostrad-eng.pdf?id=8140>.
- Swinburn, B. et A. Wood. 2013. "Progress on Obesity Prevention over 20 Years in Australia and New Zealand." *Obesity Reviews* 14 (Supplement 2): 60–68. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12103>.
- Swinburn, B., G. Egger et F. Raza. 1999. "Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity." *Preventive Medicine* 6 (Pt 1): 563–570.
- Swinburn, B. A., G. Sacks, K. D. Hall, K. McPherson, D. T. Finegood, M. L. Moodie et S. L. Gortmaker. 2011. "The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments." *The Lancet* 378 (9793): 804–814.
- Swinburn, B., C. H. Dominick et S. Vandevijvere. 2014. *Benchmarking Food Environments: Experts' Assessments of Policy Gaps and Priorities for the New Zealand Government*. Auckland: Université d'Auckland.
- Swinburn, B., V. Kraak, H. Rutter, S. Vandevijvere, T. Lobstein, G. Sacks, F. Gomes, T. Marsh et R. Magnusson. 2015. "Strengthening of Accountability Systems to Create Healthy Food Environments and Reduce Global Obesity." *The Lancet* 385 (9986): 2534–2545.
- Tanzania, Ministry of Finance. 2014. *Public Expenditure Review of the Nutrition Sector*. Dar es Salaam.
- Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare. 2014. *Tanzania National Nutrition Survey 2014*. Dar es Salaam: Tanzania Food and Nutrition Centre.
- Taylor, A., A. Dangour et K. S. Reddy. 2013. "Only Collective Action Will End Undernutrition." *The Lancet* 382 (9891): 490–491. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61084-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61084-3).
- Telford, J., J. Cosgrave et R. Houghton. 2006. *Joint Evaluation of the International Response to the Indian Ocean Tsunami: Synthesis Report*. Londres: Tsunami Evaluation Coalition.
- te Lintelo, D. J. H., L. J. Haddad, R. Lakshman et K. Gatellier. 2014. *The Hunger and Nutrition Commitment Index: Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries*. IDS Evidence Report No. 78. Brighton, Royaume-Uni: Institute of Development Studies. www.hancindex.org/.
- Thomson, M., F. Doblas-Reyes, S. Mason, R. Hagedorn, S. Connor, T. Phindela, A. Morse et T. Palmer. 2006. "Malaria Early Warnings Based on Seasonal Climate Forecasts from Multi-model Ensembles." *Nature* 439: 576–579.
- Thousand Days. 2015. *Reaching the Global Target to Reduce Stunting: How Much Will It Cost and How Can We Pay for It?* Washington, DC. <http://www.thousanddays.org/resource/reaching-the-global-target-to-reduce-stunting-how-much-will-it-cost-and-how-can-we-pay-for-it/>.
- Thow, A., S. Downs et S. Jan. 2014. "A Systematic Review of the Effectiveness of Food Taxes and Subsidies to Improve Diets: Understanding the Recent Evidence." *Nutrition Reviews* 72 (9): 551–565.
- Tilman, D. et M. Clark. 2014. "Global Diets Link Environmental Sustainability and Human Health." *Nature* 515 (7528): 518–522.
- Tirado, M., R. Clarke, L. Jaykus, A. McQuatters-Gollop et J. Frank. 2010a. "Climate Change and Food Safety: A Review." *Food Research International* 43: 1745–1765.
- Tirado, M., M. Cohen, N. Aberman, J. Meerman et B. Thompson. 2010b. "Addressing the Challenges of Climate Change and Biofuel Production for Food and Nutrition Security." *Food Research International* 43 (7): 1729–1744.
- Tirado, M., P. Crahay, L. Mahy, C. Zanev, M. Neira, S. Msangi, R. Brown, C. Scaramella, D. Costa Coitinho et A. Müller. 2013. "Climate Change and Nutrition: Creating a Climate for Nutrition Security." *Food and Nutrition Bulletin* 34 (4): 533–547.
- Torlesse, H., L. Kiess et M. W. Bloem. 2003. "Association of Household Rice Expenditure with Child Nutritional Status Indicates a Role for Macroeconomic Food Policy in Combating Malnutrition." *Journal of Nutrition* 133 (5): 1320–1325.
- Turrall, H., J. Burke et J.-M. Faurès. 2011. *Climate Change, Water, and Food Security*. FAO Water Reports 36. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Ulrich, M., T. Cannon, A. Newsham, L. Naess et M. Marshall. 2015. *Climate Change and Food Security Vulnerability Assessment: Toolkit for Assessing Community-level Potential for Adaptation to Climate Change*. Working Paper No. 108. Frederiksberg, Danemark: CGIAR Research Program on Climate Change Agriculture and Food Security (CCAFS).
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 1999. *From Principle to Practice: The Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA)*. Genève. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC252-GIPA-i_en.pdf.
- . 2000. *Female Sex Workers HIV Prevention Project: Lessons Learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh*. Genève. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub05/JC438-FemSexWork_en.pdf.

- . 2005. *The Global Task Team, a Pathway to Implement the "Three Ones": Opportunities for Scaling Up the Response to HIV at Country Level*. Guidance Note. Genève. www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2006/jc1225-gtt-guidancenote_en.pdf.
- . 2010. *Getting to Zero: UNAIDS 2011–2015 Strategy*. http://issuu.com/unaids/docs/jc2034_strategic_plan_eng/43.
- . 2014. *Rapport d'activité 2015 sur la riposte au sida dans le monde*. Genève. http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/GARPR_2015_guidelines.
- UNICEF. 2011. *National Implementation of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes (April 2011)*. New York. Consulté le 14 juillet 2015. http://www.unicef.org/nutrition/files/State_of_the_Code_by_Country_April2011.pdf.
- . 2013. *Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress*. New York.
- . 2014. *National Implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. June. New York.
- . 2015a. Bases de données mondiales de l'UNICEF. «Nutrition: Alimentation du Nourrisson et du jeune enfant». Consulté le 30 juin 2015. <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>.
- . 2015b. Bases de données mondiales de l'UNICEF. «Nutrition: Iodine». Consulté le 21 juin 2015. <http://data.unicef.org/nutrition/iodine>.
- . 2015c. Bases de données mondiales de l'UNICEF. «Nutrition: Vitamin A». Consulté le 9 mai 2015. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>.
- UNICEF, OMS (Organisation mondiale de la Santé) et la Banque mondiale. 2013. Estimations des taux de malnutrition de l'enfant: Niveaux et tendances. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>.
- . 2015. 2014. Estimations des taux de malnutrition de l'enfant. Consulté le 15 juin 2015. <http://data.worldbank.org/child-malnutrition>.
- Royaume-Uni. 2013. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- Nations unies. 2001. *Déclaration d'Abuja sur le VIH-SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes*. Abuja, Nigéria. http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf.
- . 2013a. Le partenariat mondial pour le Développement: *Le défi auquel nous faisons face*. Rapport de 2013 du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. New York.
- . 2013b. *Perspectives de la population mondiale: Révision de 2012*. New York: Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population.
- . 2015a. "Transformer notre monde d'ici 2030 : un nouveau programme d'action mondiale. Avant-projet de document final du Sommet des Nations Unies en vue de l'adoption du Programme de développement pour l'après-2015. Consulté le 27 juin 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7456Draft%20ZERO%20-%20Document%20final%20post%202015%20-%20Traduction%20de%20courtoisie%20FR%20-%20OIF.pdf>.
- . 2015b. "Zero Draft of the Outcome Document for the UN Summit to Adopt the Post-2015 Development Agenda." <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7261Post-2015%20Summit%20-%20202%20June%202015.pdf>.
- UNSCN (UN Standing Committee on Nutrition). 2006a. "SCN Statement: The Double Burden of Malnutrition - A Challenge for Cities Worldwide." Paper presented at the Third World Urban Forum, Vancouver, June 19–23. http://www.unscn.org/files/Statements/The_Double_Burden_of_Malnutrition_A_Challenge_for_cities_Worldwide.pdf.
- . 2006b. "Tackling the Double Burden of Malnutrition." *SCN News* 32. Genève. <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/scnnews32.pdf>.
- . 2015. *Priority Nutrition Indicators for the Post-2015 Sustainable Development Goals*. Genève. http://www.unscn.org/files/Publications/Policy_brief_Priority_Nutrition_Indicators_for_the_Post-2015_SDGs.pdf.
- US Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2015. *Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee*. Consulté le 18 Juin 2015. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/2015-scientific-report/>.
- Van Cauwenberghe, E., L. Maes, H. Spittaels, F. J. van Lenthe, J. Brug, J. M. Oppert et I. De Bourdeaudhuij. 2010. "Effectiveness of School-based Interventions in Europe to Promote Healthy Nutrition in Children and Adolescents: Systematic Review of Published and 'Grey' Literature." *British Journal of Nutrition* 103 (6):781–797.
- Vandenbroucke, J. P., E. von Elm, D. G. Altman, P. C. Gotzsche, C. D. Mulrow, S. J. Pocock, C. Poole, J. J. Schlesselman et M. Egger. 2007. "Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration." *Annals of Internal Medicine* 147 (8): W163–194.
- van Stralen, M. M., M. Yildirim, S. J. te Velde, J. Brug, W. van Mechelen, M. J. Chinapaw et the ENERGY-consortium. 2011. "What Works in School-based Energy Balance Behaviour Interventions and What Does Not? A Systematic Review of Mediating Mechanisms." *International Journal of Obesity (London)* 35 (10): 1251–1265.
- Verrotti, A., L. Penta, L. Zenzeri, S. Agostinelli et P. De Feo. 2014. "Childhood Obesity: Prevention and Strategies of Intervention: A Systematic Review of School-Based Interventions in Primary Schools." *Journal of Endocrinological Investigation* 37: 1155–1164.
- Victora, C., B. Horta, C. de Mola, L. Quevedo, R. Pinheiro, D. Gigante, H. Gonçalves et F. Barros. 2015. "Association between Breastfeeding and Intelligence, Educational Attainment, and Income at 30 Years of Age: A Prospective Birth Cohort Study from Brazil." *The Lancet Global Health* 3 (4): e199–e205.
- Wang, Y., L. Cai, Y. Wu, R. F. Wilson, C. Weston, O. Fawole, S. N. Bleich, L. J. Cheskin, N. N. Showell, B. D. Lau, D. T. Chiu, A. Zhang et J. Segal. 2015. "What Childhood Obesity Prevention Programmes Work? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Obesity Reviews* 16 (7): 547–565.
- Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, B. J. Hall, T. Brown, K. J. Campbell, Y. Gao, R. Armstrong, L. Prosser et C. D. Summerbell. 2011. "Interventions for Preventing Obesity in children." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 7: (12):CD001871.
- Watts, N., W. N. Adger, P. Agnolucci, et coll. 2015. "Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health."

- The Lancet* (June 23): 1–53. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60854-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60854-6).
- WCRF (World Cancer Research Fund). 2007. *Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington, DC.
- . 2015. “Nourishing Framework.” <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework>.
- Webb, P., H. Luo et U. Gentilini. 2015. “Measuring Multiple Facets of Malnutrition Simultaneously: The Missing Link in Setting Nutrition Targets and Policymaking.” *Food Security* 7 (3): 1–14.
- Welch, J., J. Vincent, M. Auffhammer, P. Moyae, A. Dobermann et D. Daweg. 2010. “Rice Yields in Tropical/Subtropical Asia Exhibit Large but Opposing Sensitivities to Minimum and Maximum Temperatures.” *Proceedings of the National Academy of Sciences* 33: 14562–14567. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1001222107>.
- West-Slevin, K. et A. Dutta. 2015. *Prospects for Sustainable Health Financing in Tanzania*. Brief. Washington, DC: Health Policy Project.
- WFP (World Food Programme). 2015. *The Cost of Hunger in Malawi*. Rome.
- White House. 2015. “Annex to the G-7 Leaders’ Declaration.” June 8. www.whitehouse.gov/the-press-office/2015/06/08/annex-g-7-leaders-declaration.
- Witter, S., A. Jones et T. Ensor. 2013. “How to (or Not to) ... Measure Performance against the Abuja Target for Public Health Expenditure.” *Health Policy and Planning* 2013: 1–6. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czt031>.
- Woodcock, J., D. Banister, P. Edwards, A. Prentice et I. Roberts. 2007. “Energy and Health 3—Energy and Transport.” *The Lancet* 370: 1078–1088.
- World Humanitarian Summit. 2015. “About the World Humanitarian Summit.” Consulté le 21 juin 2015. https://www.worldhumanitariansummit.org/whs_about.
- World Obesity Federation. 2014. *Obesity Prevention in Children in Pre-school Years: Policies and Evidence*. Londres. http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Obesity_Prevention_in_Preschool_Children.pdf.
- Yapp, C. et R. Fairman. 2006. “Factors Affecting Food Safety Compliance within Small and Medium-Sized Enterprises: Implications for Regulatory and Enforcement Strategies.” *Food Control* 17 (1): 42–51.
- Yiannakis, M., A. Girard et A. C. MacDonald. 2014. “Medium-Scale Fortification: A Sustainable Food-based Approach to Improve Diets and Raise Nutrition Levels.” In *Improving Diets and Nutrition: Food-Based Approaches*, edited by B. Thompson and L. Amoroso. Wallingford, Royaume-Uni: CABI.
- Yu, S. H., Y. J. Song, M. Park, S. H. Kim, S. Shin et H. Joung. 2014. “Relationship between Adhering to Dietary Guidelines and the Risk of Obesity in Korean Children.” *Nutrition Research and Practice* 8: 705–712.
- Zambia CSO-SUN Alliance (Civil Society-Scaling Up Nutrition). 2014. *National Budget Analysis 2014*. Lusaka, Zambie. www.scribd.com/doc/240947138/National-Budget-Analysis-2014-CSO-SUN-Alliance-LH.
- Zivin, J. et M. Neidell. 2014. “Temperature and the Allocation of Time: Implications for Climate Change.” *Journal of Labor Economics* 32: 1–26.

