

DOMAINE PRIORITAIRE

Les adolescentes et les femmes

Principales conclusions du rapport de référence MEAL du Mouvement SUN :

- Les adolescentes des pays SUN sont de plus en plus touchées par le surpoids et l'obésité (2000-2016).
- La prévention du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes est un investissement dans le bien-être des femmes d'un pays en raison de la forte corrélation établie entre la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes et chez les femmes.
- L'amélioration de la nutrition des femmes profite également aux enfants. Des niveaux élevés d'insuffisance pondérale chez les femmes sont intimement liés à une forte prévalence des retards de croissance et de l'émaciation chez les enfants.
- Dans les pays SUN à faible revenu, moins de la moitié des femmes visées par les interventions sanitaires et nutritionnelles en bénéficient réellement et ce chiffre s'aggrave dans les régions à très haut risque humanitaire. La couverture des interventions spécifiques à la nutrition, comme la promotion de l'allaitement et la supplémentation en fer pendant la grossesse, est limitée dans tous les pays SUN.
- Tous les indicateurs des ODD en lien avec l'égalité hommes-femmes révèlent que les filles vivant dans des régions à faible revenu et à haut risque humanitaire sont grandement défavorisées. Elles sont moins susceptibles d'être scolarisées dans des établissements d'enseignement secondaire et davantage susceptibles de se marier et d'avoir un premier enfant avant l'âge de 18 ans. Les pays où le taux de fécondité des adolescentes est élevé présentent des niveaux de sous-nutrition infantile plus élevés.
- Les taux d'anémie chez les femmes sont plus élevés dans les pays SUN où le système de planning familial est peu étendu et où la qualité du régime alimentaire est médiocre, ce qui indique clairement que les causes de l'anémie sont nombreuses.
- Les jeunes femmes et les adolescentes âgées de 15 à 24 ans sont bien plus touchées par le VIH et le SIDA que les hommes.

Le Mouvement SUN appelle à la mise en œuvre d'interventions donnant clairement la priorité au bien-être des filles et des femmes, notamment celles vivant dans des contextes de haut risque humanitaire.



Scaling Up
NUTRITION

S'ENGAGER • MOTIVER • INVESTIR



NUTRITION
INTERNATIONAL

Nourrir la vie



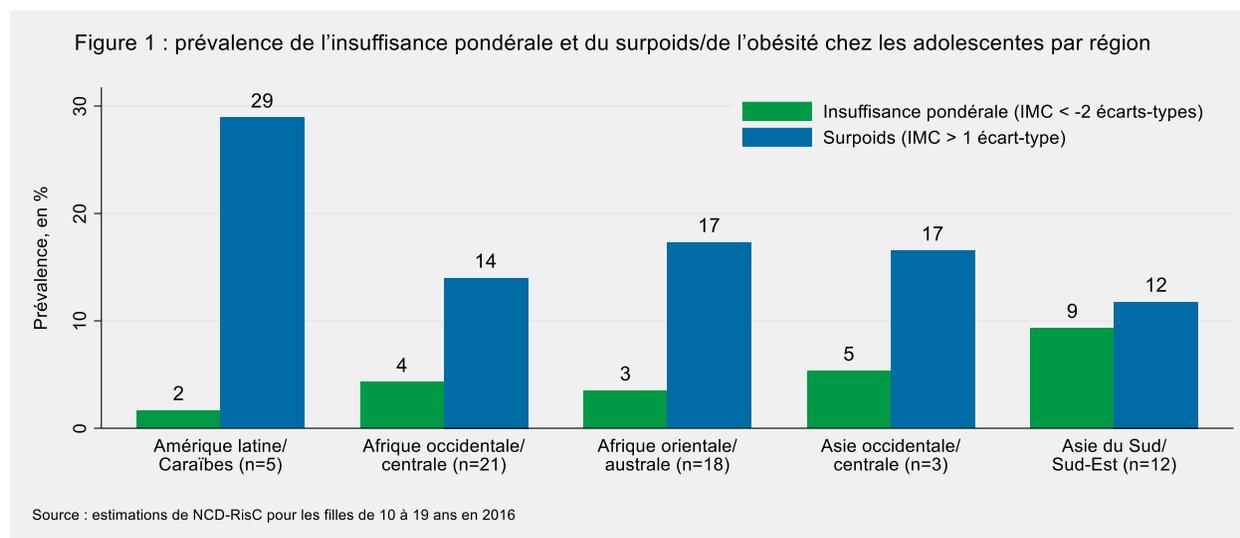
UKaid
from the British people

LES ADOLESCENTES

L'adolescence est une période critique de croissance et de développement durant laquelle les besoins nutritionnels sont plus importants. C'est également le moment idéal pour compenser une croissance insuffisante liée à des carences pendant l'enfance. C'est également un moment de réaffirmation de choix en termes de valeurs et de style de vie, avec l'éventuelle prise de bonnes habitudes alimentaires et sportives pour la vie, qui peut réduire les risques de surpoids et de maladies non transmissibles.¹



L'état nutritionnel des adolescentes (âgées de 10 à 19 ans²) dans les pays SUN varie grandement d'un pays à un autre selon les régions du monde (Figure 1). Si, en moyenne, près de 5 % des adolescentes souffrent d'insuffisance pondérale dans l'ensemble des pays du Mouvement SUN, c'est presque le double dans les pays SUN d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Est. Le problème du surpoids et de l'obésité est bien plus grand dans les pays SUN d'Amérique latine où près d'un tiers des adolescentes sont concernées, contre 16 % dans l'ensemble des pays du Mouvement SUN.

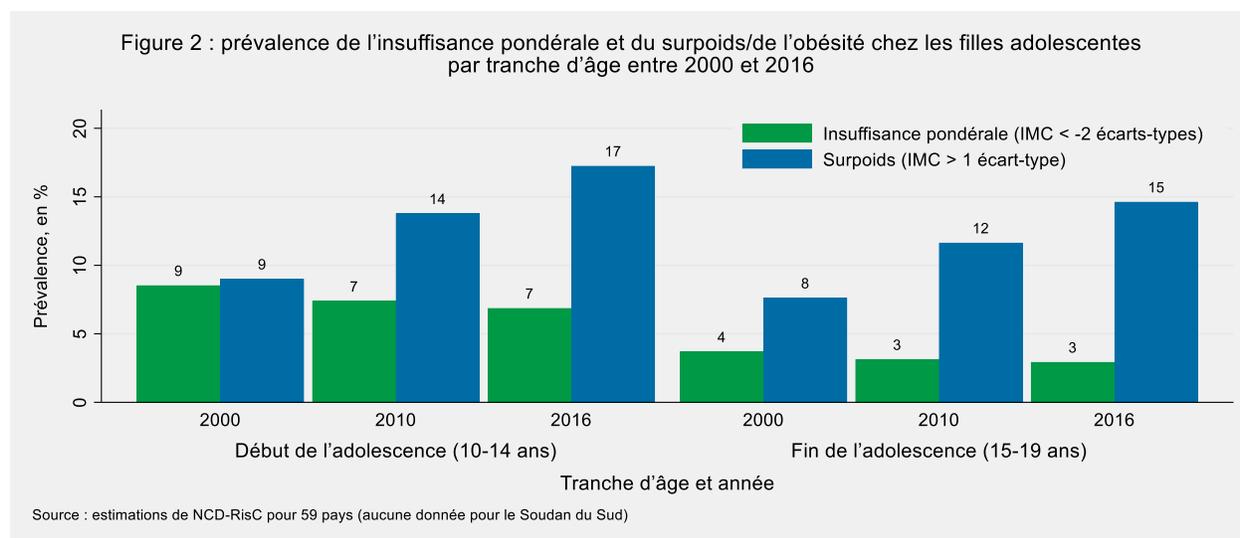


L'adolescence est le moment idéal pour améliorer sa santé sur le long terme et briser les cycles intergénérationnels de la malnutrition et de la mauvaise santé.

¹ Akseer N, Al-Gashm S, Mehta S, Mokdad A, Bhutta ZA. Global and regional trends in the nutritional status of young people: a critical and neglected age group. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2017;1393(1):3-20.

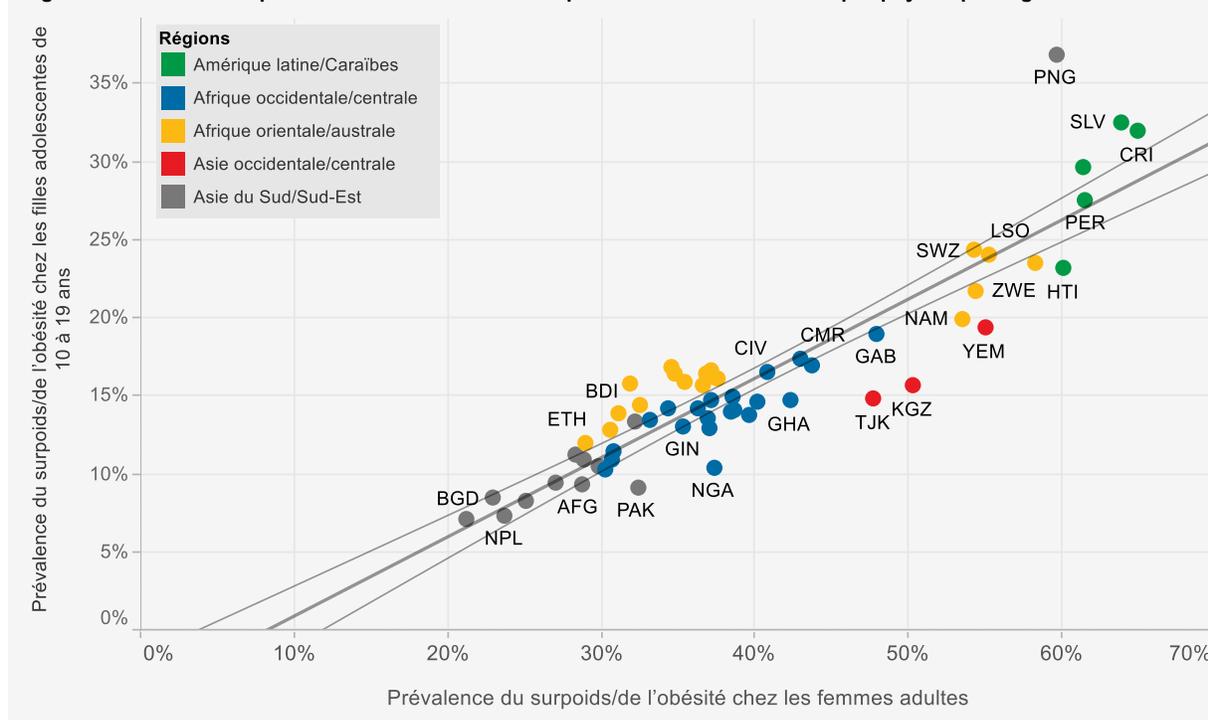
² WHO (2017) *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (WHO/FWC/MCA/17.05).

Entre 2000 et 2016, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes des pays SUN a rapidement progressé, tandis que les niveaux d'insuffisance pondérale ont plus ou moins stagné (Figure 2).



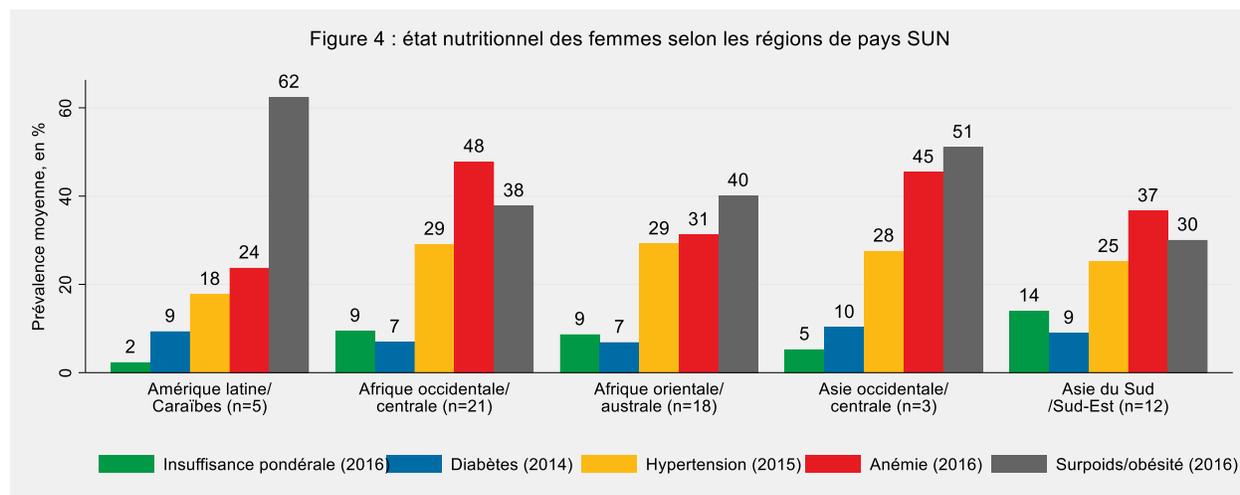
Les interventions en faveur d'une amélioration de l'état nutritionnel des adolescentes sont un investissement dans l'avenir et le bien-être des femmes d'un pays. Comme l'illustre clairement la figure 3, le surpoids et l'obésité des femmes sont fortement corrélés à la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes, et ce dans tous les pays SUN.

Figure 3 : lien entre surpoids des adolescentes et surpoids des femmes adultes par pays et par région



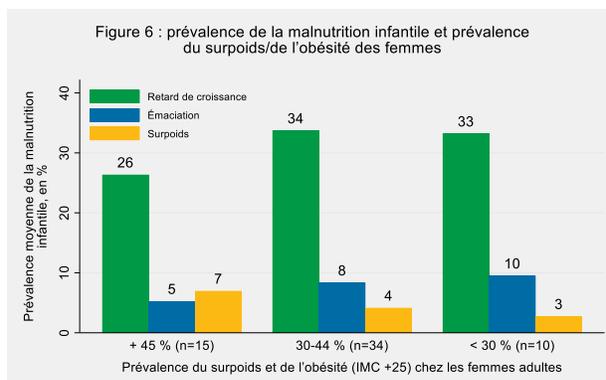
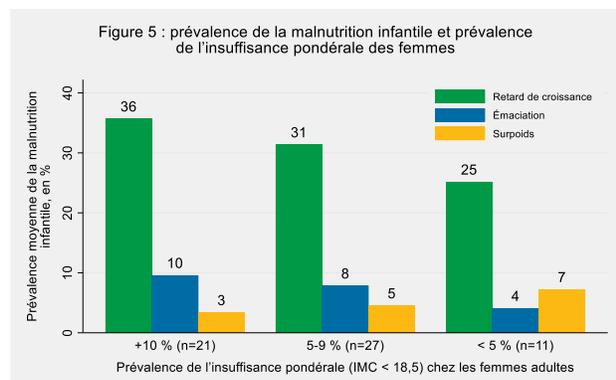
LES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes dans les pays SUN se caractérise globalement par de hauts niveaux d'anémie et des variations de la prévalence de l'insuffisance pondérale selon les pays, avec le plus haut taux (14 %) en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est (Figure 4). Cependant, la prévalence du surpoids et de l'obésité est désormais un problème bien plus grave qui touche disproportionnellement davantage les femmes que les hommes (respectivement 40 % contre 26 % en 2016). Le surpoids et l'obésité varie également beaucoup selon les régions, allant de 30 % à 62 %. Les niveaux de diabète chez les femmes se rapprochent des estimations mondiales (8 %) et présentent peu d'écart entre les régions, tandis que l'hypertension touche, en moyenne, davantage les femmes des pays SUN (27 %) que celles des autres pays (20 %), avec une prévalence plus faible en Amérique latine.



EN QUOI L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EST-IL LIÉ À CELUI DES ENFANTS ?

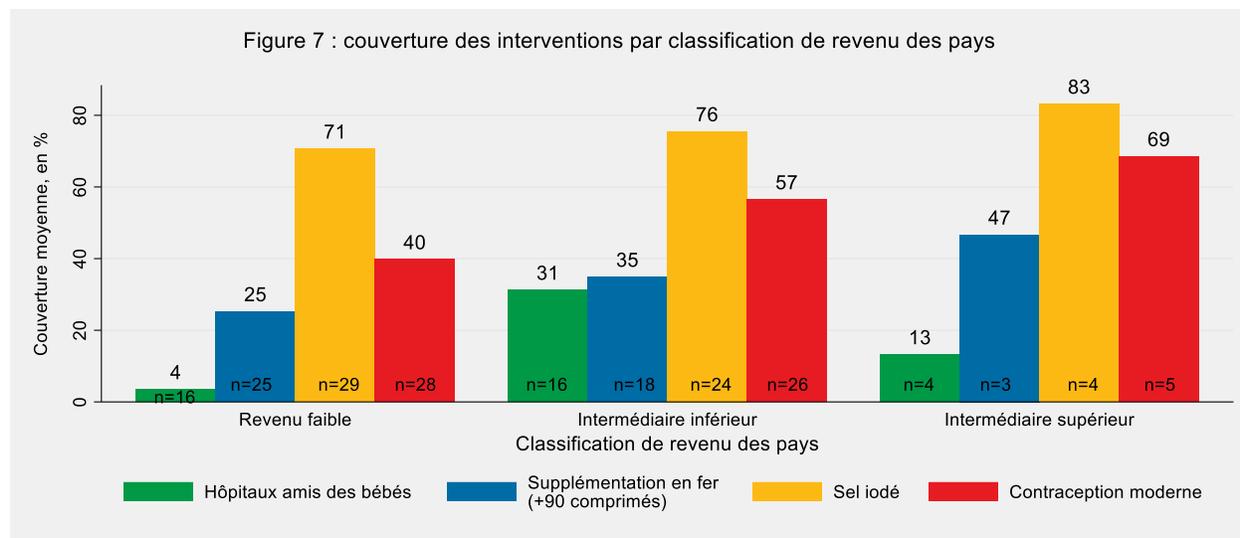
La sous-nutrition des jeunes enfants est étroitement liée à celle des femmes, comme l'illustre la figure 5. Les pays où plus de 10 % des femmes adultes sont en insuffisance pondérale présentent également les plus hauts niveaux de retards de croissance et d'émaciation infantiles. De même, les pays avec de très hauts niveaux de surpoids et d'obésité parmi les femmes affichent également les plus hauts niveaux de surpoids chez les enfants de moins de cinq ans (Figure 6).³



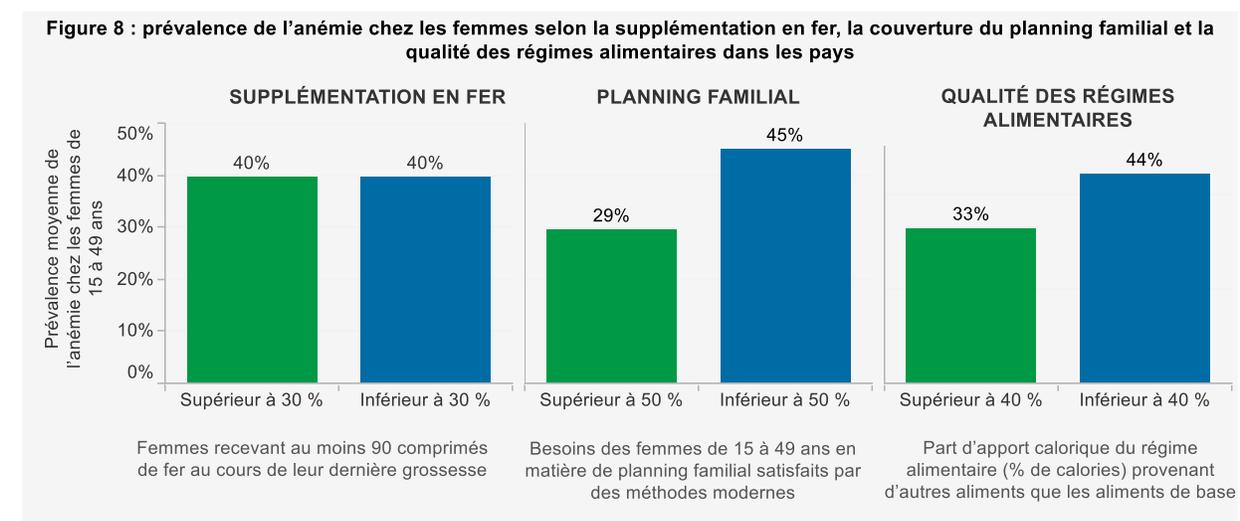
³ Aucun lien n'a été établi entre la prévalence des maladies non transmissibles liées à un mauvais régime alimentaire chez les femmes et l'état nutritionnel des enfants.

LES PAYS SUN CIBLENT-ILS BIEN LES FEMMES GRÂCE À DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET NUTRITIONNELLES EFFICACES ?

Dans les pays SUN à faible revenu, moins de la moitié des femmes (âgées de 15 à 49 ans) visées par les interventions sanitaires et nutritionnelles en bénéficient réellement, sauf en ce qui concerne les interventions d'iodation du sel (Figure 7). La couverture moyenne des interventions spécifiques à la nutrition comme la promotion de l'allaitement (17 % de couverture avec l'initiative Hôpitaux amis des bébés) et la supplémentation prénatale en fer (30 % de couverture avec au moins 90 tablettes) est particulièrement limitée dans tous les pays SUN.

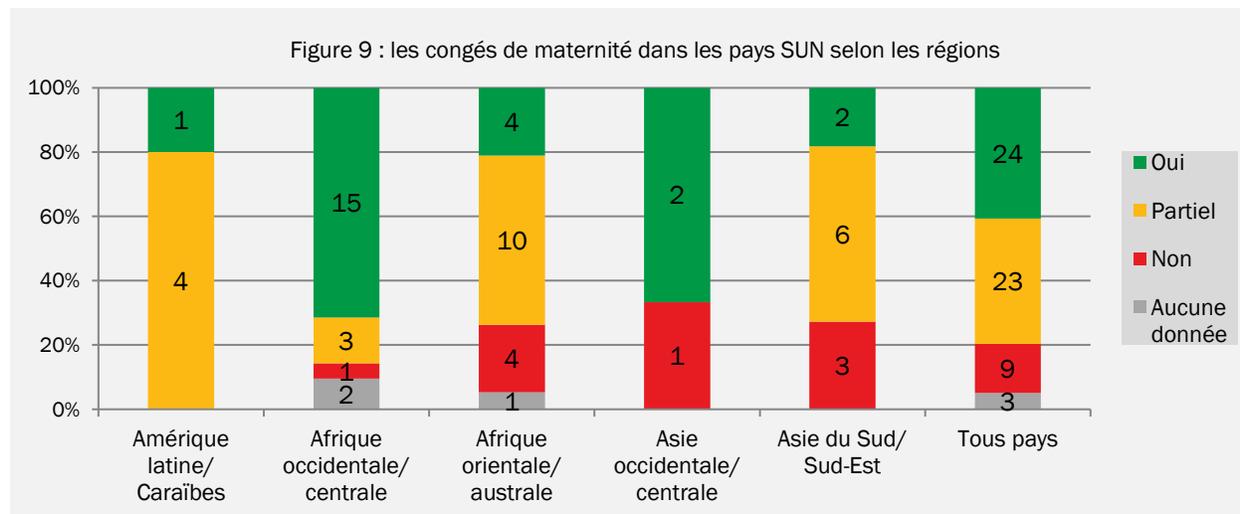


Les taux d'anémie chez les femmes sont plus faibles dans les pays avec un système de planning familial renforcé, mais ils ne sont étonnamment pas plus bas dans les pays où la supplémentation prénatale en fer est plus importante (Figure 8). Les femmes sont également moins anémiques dans les pays où une part plus importante de l'apport énergétique alimentaire provient d'aliments autres que des aliments de base, ce qui constitue un indicateur indirect de la qualité des régimes alimentaires.



LOIS DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

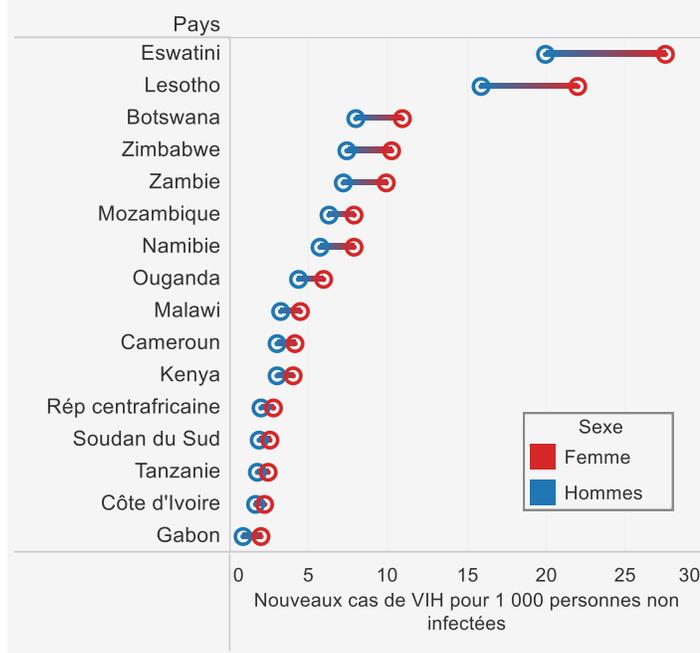
80 % des pays SUN disposent des lois de protection partielle de la maternité (Figure 9), qui sont essentielles pour permettre aux femmes actives de gagner en autonomie et d’allaiter et de prendre soin de leurs nourrissons.



INFECTION AU VIH SELON LE GENRE

Les jeunes femmes et les adolescentes âgées de 15 à 24 ans sont disproportionnellement touchées par le VIH et le SIDA. Dans le monde, en 2015, le nombre d’adolescentes et de jeunes femmes vivant avec le VIH est estimé à 2,3 millions, ce qui représente 60 % de tous les jeunes gens vivant avec le VIH.⁴ À l’échelle du monde aussi bien que dans les pays SUN, le nombre de nouvelles infections au VIH parmi les femmes par rapport aux hommes varie considérablement selon les régions, et ce sont les femmes d’Afrique subsaharienne qui sont les plus vulnérables (Figure 10).

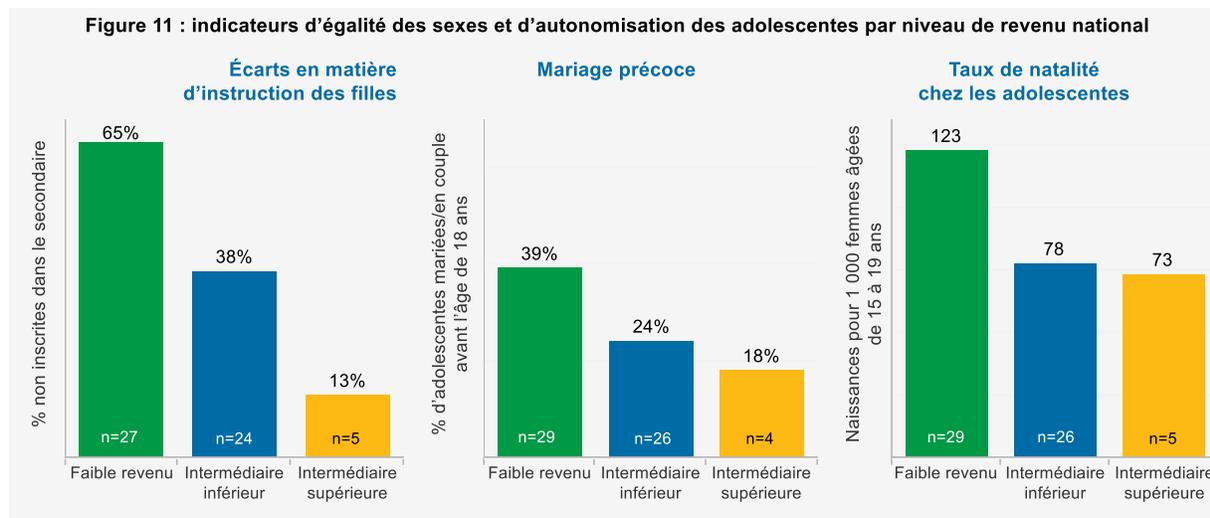
Figure 10 : écart entre le nombre de nouveaux cas de VIH chez les femmes et celui chez les hommes dans les pays SUN d’Afrique subsaharienne (2015)



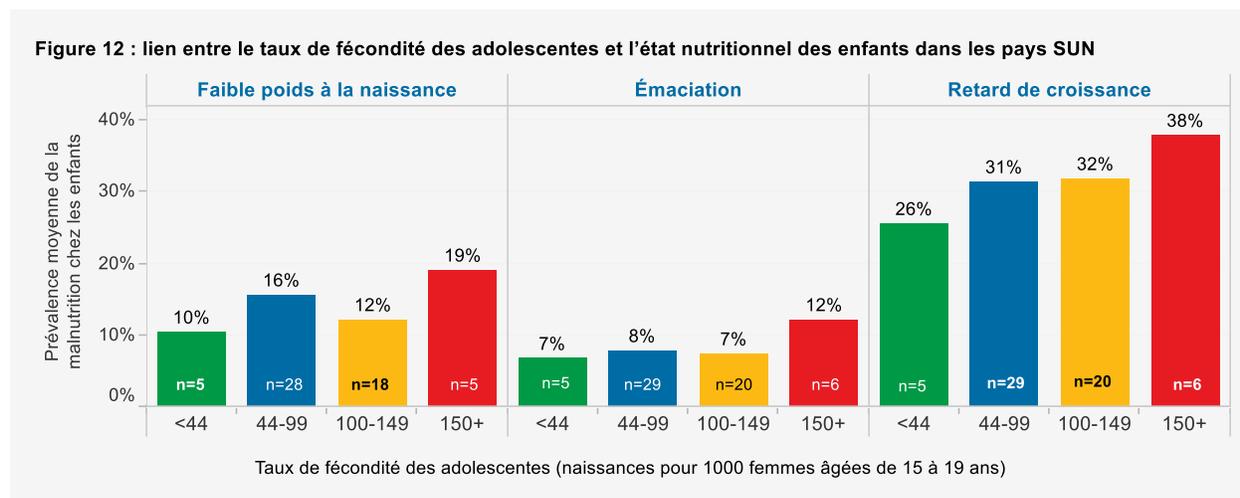
⁴ ONU Femmes, VIH/sida : quelques faits et chiffres <http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Une analyse des indicateurs des ODD d'égalité hommes-femmes et de santé indique à quel point les filles vivant dans des régions à faible revenu sont défavorisées (Figure 11). En comparaison aux filles de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, les filles des pays SUN à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure sont moins susceptibles d'être scolarisées dans des écoles secondaires. En moyenne, dans les pays SUN, 32 % des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans, comparé à 27 % dans le reste du monde. Les filles vivant dans des pays à faible revenu risquent deux fois plus que celles des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure d'être mariées avant l'âge de 18 ans.



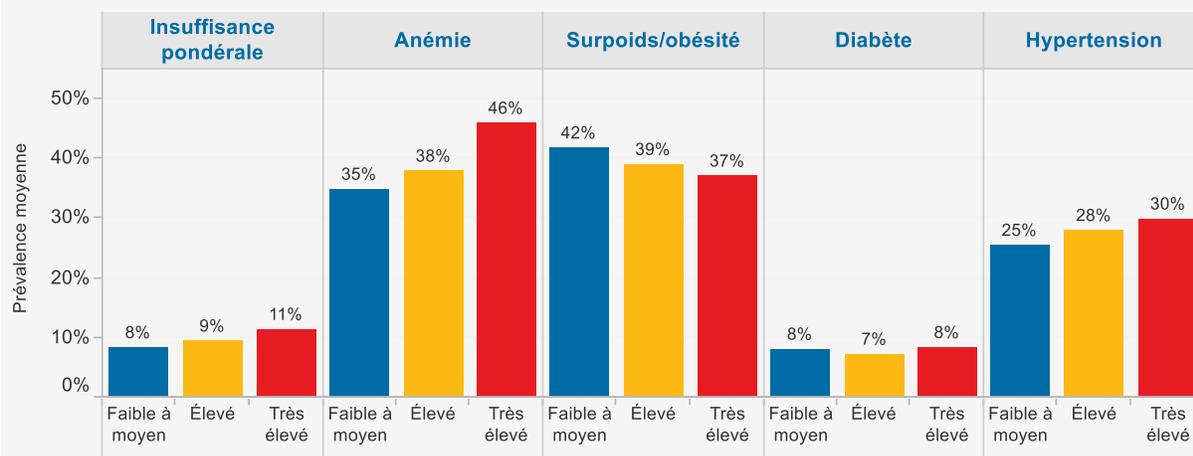
Les taux de natalité des adolescentes sont également bien plus élevés dans les pays à faible revenu (Figure 11), un phénomène qui contribue à la faible croissance physique et à la mauvaise santé aussi bien des jeunes mères que de leurs enfants, perpétuant le fléau de la malnutrition. La figure 12 illustre les hauts niveaux de sous-nutrition infantile dans les pays où le taux de fécondité des adolescentes est élevé, voire très élevé.



LES FEMMES DANS DES SITUATIONS HUMANITAIRES COMPLEXES

Les femmes vivant dans des régions à très haut risque humanitaire sont tout particulièrement vulnérables et sont plus nombreuses à souffrir d'insuffisance pondérale et d'anémie, ainsi que d'hypertension (Figure 13).

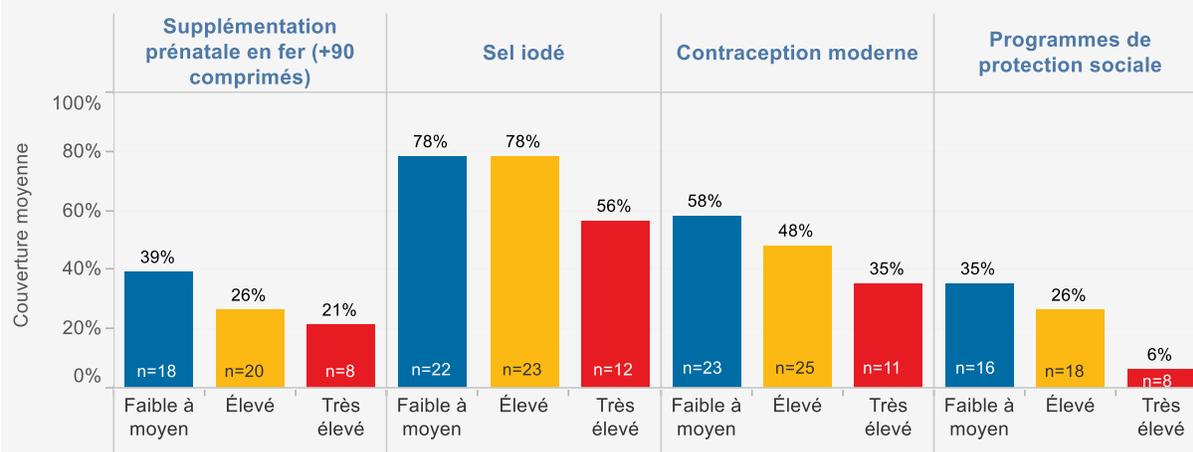
Figure 13 : état nutritionnel des femmes adultes par niveau de risque humanitaire du pays



À partir de données pour 23 pays de niveau de risque humanitaire faible à moyen, 25 pays à risque élevé et 11 pays à risque très élevé (données sur l'anémie pour 12 pays à risque très élevé).

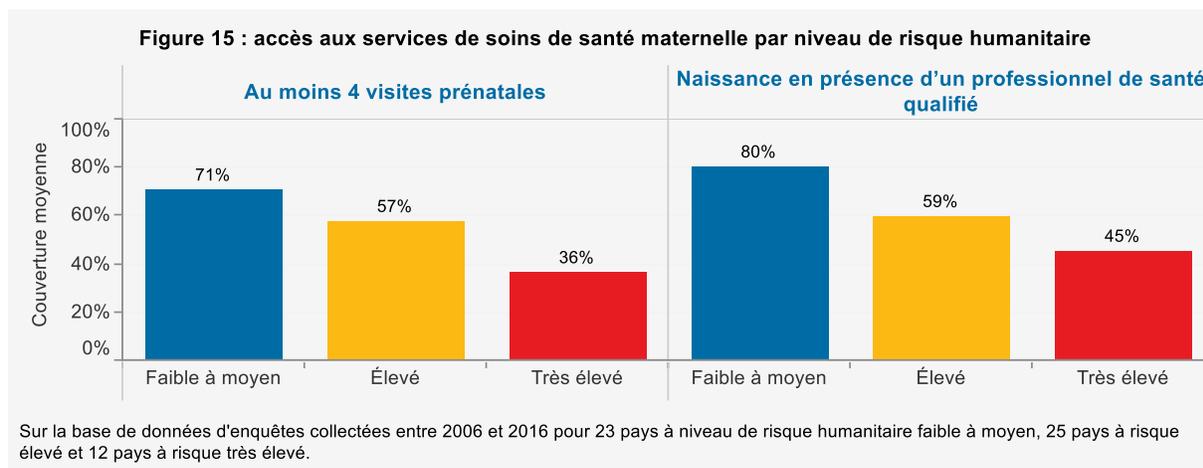
Les femmes vivant dans des régions à très haut risque humanitaire ont beaucoup plus de mal à bénéficier d'interventions sanitaires et nutritionnelles (Figure 14).

Figure 14 : couverture des interventions par niveau de risque humanitaire des pays



L'accès aux services de soins de santé maternelle diminue également avec l'augmentation des niveaux de risques humanitaires (Figure 15). Bien qu'en moyenne, 58 % des femmes des pays SUN ont indiqué s'être rendues à au moins 4 visites prénatales lors de leur dernière grossesse, ce chiffre n'atteint que 36 % dans les pays à très haut risque humanitaire. Le nombre d'accouchements se déroulant en présence de

personnel de santé qualifié est également bien inférieur à la moyenne dans ces régions ; c'était le cas de seulement 45 % des naissances, contre 64 % en moyenne pour tous les pays SUN.



La violence contre les femmes et les filles enfreint les droits humains et entrave le développement. Des données d'enquêtes menées entre 2006 et 2016 dans 35 pays SUN ont révélé que 21 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques et / ou sexuelles de la part de leur partenaire au cours des 12 derniers mois. Le degré de violence signalé contre les femmes augmente avec le risque humanitaire, passant de 16 % dans les pays à risque humanitaire faible à moyen à 22 % dans les pays à risque humanitaire élevé, et à 28 % dans les pays à risque humanitaire très élevé.

ÉGALITÉ HOMMES-FEMMES SELON LES PAYS

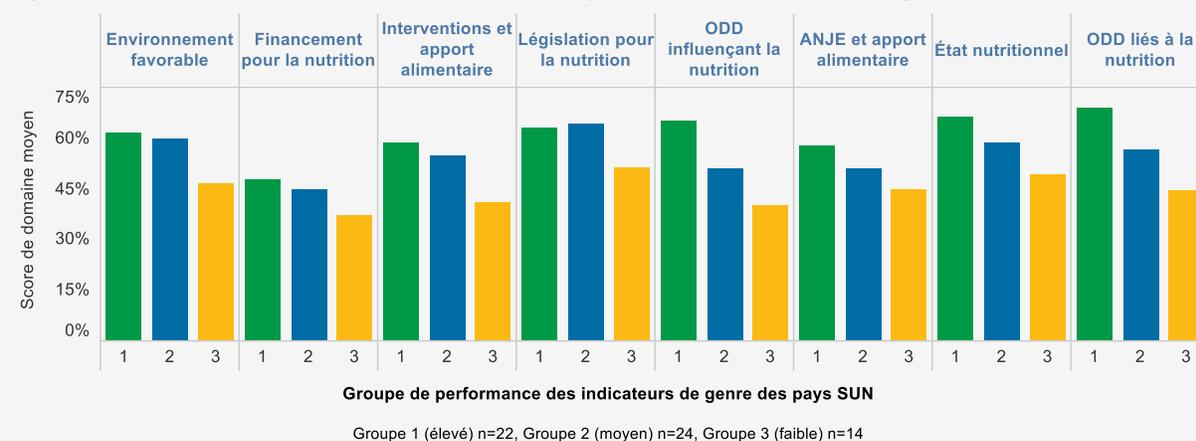
Les résultats des pays SUN concernant 14 indicateurs spécifiques de la condition des femmes ont été examinés : 1 indicateur de l'état nutritionnel des adolescentes, 6 indicateurs de l'état nutritionnel des femmes, 4 indicateurs évaluant les interventions, 1 indicateur des lois promulguées et 3 indicateurs des ODD liés à la nutrition. Les pays ont ensuite été répartis dans trois groupes selon le nombre d'indicateurs affichant un résultat « modéré » ou « bon » (en fonction des autres pays SUN ou de normes établies). Le tableau 1 présente les trois groupes de pays.

Tableau 1 : classement des pays SUN selon le nombre d'indicateurs d'égalité de genre auxquels ils ont obtenu un résultat « modéré » ou « bon »

Groupe 1 > 50 % « modérés » ou « bons »		Groupe 2 30-50 % « modérés » ou « bons »		Groupe 3 < 30 % « modérés » ou « bons »	
Costa Rica	Tadjikistan	Haïti	Guinée	République centrafricaine	Afghanistan
El Salvador		Bénin	Kirghizistan		Yémen
Guatemala	Bangladesh	Botswana		Guinée-Bissau	
Pérou	Cambodge	Burkina Faso	Népal	Libéria	Papouasie-
	Indonésie	Cameroun	Pakistan	Madagascar	Nouvelle-
Burundi	Laos	Tchad		Mauritanie	Guinée
Éthiopie	Myanmar	Comores	Malawi	Mozambique	
Ghana	Philippines	Congo	Mali	Niger	
Kenya	Sri Lanka	Côte d'Ivoire	Nigéria	Sierra Leone	
Lesotho	Vietnam	République démocratique du Congo	Sénégal	Somalie	
Namibie			Tanzanie	Soudan du Sud	
Rwanda			Ouganda	Soudan	
Swaziland			Zambie		
Togo			Zimbabwe		

Les pays SUN ayant obtenu de bons résultats pour les indicateurs MEAL en lien avec la situation des filles et des femmes ont également tendance à obtenir les meilleurs résultats dans les autres domaines MEAL (Figure 16). Les écarts entre ces groupes de pays sont les plus forts dans le domaine des ODD en lien avec la nutrition, même si aucun de ces indicateurs n'est considéré comme un indicateur spécifique au genre. Cela relaie l'idée que l'égalité et l'autonomisation des femmes sont des essentiels à un développement durable et inclusif et à l'éradication de la malnutrition dans le monde entier.

Figure 16 : performance des domaines MEAL par groupes de pays définis selon les indicateurs de genre



MÉTHODOLOGIE

Le système de suivi, d'évaluation, de redevabilité et d'apprentissage (MEAL) du Mouvement SUN se fonde sur la théorie du changement du Mouvement SUN et comprend 79 indicateurs clés alignés sur les cadres et initiatives de suivi convenus à l'échelle mondiale ou spécifiques au Mouvement SUN (par exemple, évaluations conjointes annuelles SUN). Une description détaillée du cadre de résultats et des listes d'indicateurs MEAL, y compris les définitions et les sources de données, est disponible sur le site Web du Mouvement SUN : <https://scalingupnutrition.org/fr/progres-et-impact/suivi-evaluation-redevabilite-et-apprentissage-meal/>.

Les résultats présentés dans cette note sont issus de l'ensemble des données de référence MEAL 2016 du Mouvement SUN (version de mars 2018). Le processus d'analyse des données a utilisé des statistiques descriptives (par exemple, moyennes, médianes) et multivariées (par exemple, analyses de variance) pour examiner divers indicateurs de la situation des femmes et des adolescentes dans différents pays. Les associations présentées dans les figures sont descriptives et ne tiennent pas compte des facteurs potentiels de confusion. Si selon l'OMS, l'adolescence correspond à la tranche d'âge 10-19 ans, les données sur les filles âgées de 10 à 14 ans sont rares, ce qui limite notre capacité à mieux connaître leur situation dans les pays SUN.

Remerciements

Cette note, préparée par Patrizia Fracassi (Secrétariat du Mouvement SUN) et Kendra Siekmans (consultante NI TAN), a reçu l'appui de Nutrition International, anciennement Micronutrient Initiative (MI), dans le cadre de son projet d'assistance technique à la nutrition (TAN), financé par les fonds de UK aid, du gouvernement du Royaume-Uni.