

2010

INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

RELEVER LE DEFI DE LA FAIM

OBJECTIF : ERADIQUER LA SOUS-ALIMENTATION INFANTILE



welt
hunger
hilfe

IFPRI



INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

CONCERN
worldwide



2010

INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

RELEVER LE DEFI DE LA FAIM

OBJECTIF : ERADIQUER LA SOUS-ALIMENTATION INFANTILE

Institut International de Recherche
sur les Politiques Alimentaires (IFPRI) :
Klaus von Grebmer, Marie T. Ruel, Purnima Menon,
Bella Nestorova, Tolulope Olofinbiyi,
Heidi Fritschel et Yisehac Yohannes

Concern Worldwide et Welthungerhilfe :
Constanze von Oppeln, Olive Towey,
Kate Golden et Jennifer Thompson

Bonn, Washington D.C., Dublin, Paris
Octobre 2010





Les causes de la faim infantile et de la sous nutrition sont prévisibles et évitables, et peuvent être résolues par des moyens abordables.

Programme Alimentaire Mondial, 2006

AVANT-PROPOS

La sécurité alimentaire mondiale est aujourd’hui menacée de toutes parts. A l’heure où les chefs de file mondiaux se préparent à évaluer les progrès réalisés dans l’accomplissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le premier d’entre eux étant celui de réduire de moitié le nombre de personnes souffrant de la faim d’ici à 2015 par rapport à 1990, il est de plus en plus clair que des millions d’enfants, de femmes et d’hommes sont laissés pour compte.

Le pourcentage des personnes sous-alimentées a connu une baisse de 20% entre 1990 et 1992 et de 16% entre 2004 et 2006. Cependant, cette tendance s’est inversée au cours des dernières années. En 2009, peu après la crise des prix alimentaires et en pleine récession économique mondiale, le seuil historique du milliard de personnes souffrant de la faim a été franchi, bien que de récentes estimations de l’organisation des Nations Unies pour l’Alimentation et l’Agriculture suggèrent que ce nombre aura baissé à 925 millions en 2010. Parmi ces personnes, un groupe est particulièrement vulnérable : les enfants en bas âge.

La sous-alimentation pendant les deux premières années de vie d’un enfant a des conséquences délétères pour son développement physique, moteur et intellectuel. Les enfants qui survivent, gardent durant toute leur vie des séquelles irréversibles. Par conséquent, il est indispensable que nous concentrons nos efforts pour lutter ensemble contre la faim, et particulièrement contre celle qui fait souffrir des millions de jeunes enfants de par le monde. Le rapport sur la faim dans le monde (GHI 2010), publié conjointement par l’Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI), Concern Worldwide et Welthungerhilfe, est entièrement consacré à la thématique de la malnutrition infantile.

En 2010, l’Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires a effectué le cinquième calcul annuel du GHI dans le cadre de son analyse pluridimensionnelle de la faim dans le monde. Cette série de rapports permet de suivre l’évolution de la faim au niveau mondial, mais aussi pays par pays, mettant en évidence les pays et les régions où la situation est alarmante et appelle une action immédiate. Dans ce sens, ce rapport constitue un outil important pour soutenir le travail de plaidoyer et de mise en place de politiques de lutte contre la faim audacieuses, tant au niveau national qu’international.

Ce rapport offre une vision du passé et non du présent. Les données utilisées pour calculer le GHI sont celles transmises par les gouvernements et les agences internationales, et il n’existe malheureusement pas de données instantanées sur la faim dans le monde. Le GHI 2010 se base sur les données disponibles les plus récentes et ne reflète donc pas l’impact des derniers événements économiques.

Cependant, ce rapport identifie les pays et les régions où la faim est la plus sévère et persistante. Vingt-neuf pays présentent un niveau de faim alarmant ou extrêmement alarmant. L’Asie du Sud et l’Afrique subsaharienne sont les deux régions le plus affectées par le fléau de la faim. Nous ne devons pas oublier que derrière ces chiffres se cachent des millions de personnes qui endurent de terribles souffrances au quotidien.

Le GHI 2010 étudie en profondeur la sous-alimentation infantile, un des composants majeurs de la faim. Le chapitre 3 explique les conséquences de la sous-alimentation infantile sur la santé, la productivité et la performance économique et rappelle qu’il est urgent de combattre ce problème si l’on veut accomplir des progrès dans la lutte contre la faim. En guise d’exemple, le chapitre 4 décrit deux projets ayant pour objectif la réduction de la sous-alimentation infantile développés par Concern Worldwide et Welthungerhilfe.

Nous espérons que ce rapport suscitera non seulement de nombreux débats, mais également le lancement d’initiatives au niveau mondial pour vaincre la faim, et notamment celle des enfants en bas âge.



Dr. Wolfgang Jamann
Secrétaire Général et
Président
Welthungerhilfe



Dr. Shenggen Fan
Directeur Général
Institut International de Recherche
sur les Politiques Alimentaires



Tom Arnold
Directeur Exécutif
Concern Worldwide

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
RÉSUMÉ	5
CHAPITRE 01 Le concept du Global Hunger Index	6
CHAPITRE 02 Tendances mondiales, régionales et nationales	10
CHAPITRE 03 Combattre la crise de la sous-alimentation chez les enfants en bas âge	
Les mille premiers jours sont une fenêtre d'opportunité	20
CHAPITRE 04 Approche communautaire de la sous-alimentation infantile	
« Maintenant nous comprenons ce problème et nous savons comment le résoudre »	32
CHAPITRE 05 Lutter contre la sous-alimentation des jeunes enfants	
Recommandations	44
ANNEXES	
A Source des données et mode de calcul des GHI de 1990 et de 2010	48
B Données brutes pour le calcul des indices de la faim dans le monde GHI de 1990 et de 2010	49
C Bibliographie	52
D Partenaires	55

RÉSUMÉ

A cinq ans de la date butoir fixée pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), parmi lesquels celui de réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim, le rapport « L'indice de la faim dans le monde 2010 », en anglais « 2010 Global Hunger Index (GHI) », offre une vision utile et pluridimensionnelle de la faim dans le monde. Ce rapport fait état de quelques améliorations entre 1990 et 2010, avec une diminution du GHI de près d'un quart pendant cette période. Toutefois, cet indice demeure à un niveau élevé correspondant à une situation « grave ». En effet, le seuil historique du milliard de personnes souffrant de la faim a été franchi en 2009.

L'Asie du sud et l'Afrique sub-saharienne sont les régions qui présentent les indices les plus élevés bien que l'Asie du sud ait réalisé des progrès notables depuis 1990. Dans cette région, le faible statut social des femmes ainsi que leur accès limité à une nourriture suffisante et à l'éducation constituent les principaux facteurs responsables de la forte prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans. En Afrique sub-saharienne, les politiques gouvernementales peu efficaces, les conflits, l'instabilité politique et le fort taux de prévalence du VIH/SIDA sont à l'origine du taux de mortalité infantile élevé et de la sous-alimentation d'une large partie de la population.

Certains pays ont accompli de réels progrès en matière de lutte contre la faim. Ainsi, entre 1990 et 2010, l'Angola, l'Ethiopie, le Ghana, le Mozambique, le Nicaragua et le Vietnam ont connu une amélioration significative de leur GHI.

Vingt-neuf pays continuent d'afficher des niveaux de faim « extrêmement alarmants » ou « alarmants ». Les pays à GHI « extrêmement alarmant », à savoir le Burundi, le Tchad, la République Démocratique du Congo et l'Erythrée, se situent tous en Afrique sub-saharienne. La plupart des pays ayant un indice « alarmant » se trouvent également dans cette région et en Asie du sud. La République Démocratique du Congo a subi la plus grande détérioration de son indice, en grande partie due à la guerre et à l'instabilité politique.

Il existe une corrélation inverse entre la performance économique et la faim. Les pays à haut revenu national brut (RNB) par habitant, indicateur qui permet de mesurer la richesse d'un pays, ont tendance à présenter un GHI bas. Au contraire, les pays à bas RNB par habitant ont tendance à présenter un GHI élevé. Cependant, ce lien ne se vérifie pas systématiquement. Les conflits, les maladies, les inégalités, la mauvaise gouvernance et les discriminations liées au genre peuvent entraîner des niveaux de faim supérieurs à ceux calculés en fonction du RNB du pays. Par contre, une croissance économique favorable aux pauvres, un secteur agricole performant et une plus grande égalité entre les hommes et les femmes peuvent faire reculer la faim au-delà des prévisions basées sur le revenu du pays.

La persistance de la faim dans le monde s'illustre particulièrement par la forte prévalence de la malnutrition infantile. En effet, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, un des trois indicateurs pris en compte dans le calcul du GHI, représente à elle seule environ la moitié de l'indice GHI mondial. La répartition géographique de la malnutrition infantile n'est pas homogène, celle-ci se concentre dans quelques pays et régions. Plus de 90% des enfants qui présentent un retard de croissance vivent en Afrique et en Asie. 40% des enfants vivant en Afrique souffrent d'un retard de croissance ; en Asie, ils sont 36%.

Les pays doivent redoubler d'efforts pour réduire la sous-nutrition infantile. Des études récentes ont montré que les 1000 jours qui s'écoulent entre la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant représentent une fenêtre d'opportunité pour améliorer l'état nutritionnel et de développement des nourrissons et des jeunes enfants. C'est pendant cette période cruciale pour leur croissance que les enfants ont le plus besoin d'une alimentation adéquate, riche en nutriments et de soins prophylactiques et curatifs adaptés. C'est également pendant cette période que les interventions visant à prévenir la sous-nutrition affichent les meilleurs résultats. Après le deuxième anniversaire de l'enfant, les séquelles de la sous-nutrition sont pratiquement irréversibles.

Les gouvernements devraient investir dans des interventions nutritionnelles destinées aux mères et à leurs enfants pendant cette fenêtre d'opportunité afin de combattre la sous-nutrition infantile. Ces interventions devraient se concentrer sur l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes durant la grossesse et l'allaitement, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'introduction opportune d'une alimentation complémentaire, adéquate et riche en micronutriments essentiels, l'utilisation de sel iodé et enfin la mise en place de campagnes de vaccination. Il est possible d'améliorer significativement l'état nutritionnel des jeunes enfants en garantissant au plus grand nombre l'accès à ce type de programmes. De manière générale, les gouvernements devraient également adopter des politiques visant à combattre les causes sous-jacentes de la sous-nutrition. Il s'agit principalement de l'insécurité alimentaire, du manque d'accès aux centres de santé et à des soins de qualité, mais également des mauvaises habitudes alimentaires. Autant de facteurs exacerbés par la pauvreté et les inégalités fondées sur le genre. La lutte contre les inégalités fait partie intégrante de la solution à la malnutrition infantile et doit être une des priorités des stratégies pour la réduction de la pauvreté, tout comme la mise en place de politiques vouées spécifiquement à améliorer la santé, la nutrition et le statut social des filles et des femmes.



La sous-nutrition constitue la principale menace sur la santé et le bien-être non seulement dans les pays à revenus moyens et faibles, mais également au niveau mondial.

LE CONCEPT DU GLOBAL HUNGER INDEX

Le Global Hunger Index (GHI), ou indice de la faim dans le monde, est un outil statistique développé par l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI) qui permet de mesurer et de suivre l'évolution de la faim dans le monde¹. Le GHI est calculé à partir de trois indicateurs : la proportion de la population sous-alimentée, la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile et le taux de mortalité infantile (voir l'encadré page 8 pour plus de détails sur le mode de calcul du GHI et l'encadré page 9 pour les définitions des différents concepts liés à la faim)². L'objectif du GHI est de susciter une prise de conscience sur les différences qui existent entre les pays et les régions par rapport à la faim et promouvoir la mise en place de programmes de lutte contre ce fléau. Ce rapport s'adresse à un large public – décideurs politiques, bailleurs de fonds, organisations non gouvernementales, enseignants, médias, grand public – et vise à favoriser une meilleure connaissance du problème de la faim et des possibles solutions, en identifiant les facteurs de succès et d'échec des programmes de réduction de la faim.

Le GHI de cette année a été calculé à partir de données recueillies entre 2003 et 2008, en prenant les données les plus récentes disponibles pour chacun des trois indicateurs au niveau mondial. Par conséquent, ce GHI ne reflète pas les dernières évolutions de la faim. Pour certains pays souffrant de niveaux de faim modéré à sévère, comme l'Afghanistan, l'Irak, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Somalie, le GHI n'a pas pu être calculé en raison de l'absence de données. Afin de dresser un état des lieux de la faim dans le monde qui soit le plus fidèle possible à la réalité, il est urgent et indispensable de pouvoir disposer de données statistiques plus récentes et couvrant l'ensemble des pays du monde.

Des délais importants persistent encore dans la transmission de statistiques vitales concernant la faim, bien qu'il existe une myriade d'outils technologiques permettant la collecte et le traitement quasi instantané des données. Par ailleurs, l'analyse fiable des enquêtes de consommation et des enquêtes nutritionnelles reste une tâche lourde et chronophage nécessitant des compétences techniques spécifiques. Les GHI pour 2010 et 1990³ présentés dans ce rapport incluent les dernières données révisées disponibles pour les trois indicateurs. Lorsqu'il n'y avait pas de données actualisées disponibles pour l'un des indicateurs du GHI, les estimations ont été réalisées à partir des dernières données connues. Par rapport aux données du rapport GHI 2009, l'indicateur sur la mortalité infantile a été révisé pour inclure les dernières actualisations effectuées par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). De plus,

l'estimation de l'insuffisance pondérale chez les enfants, tant pour le GHI 2010 que pour la révision du GHI 1990, a été calculée à partir des données révisées de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) concernant la disponibilité alimentaire mondiale par personne. L'amélioration de la qualité des données brutes se traduit par l'amélioration de la qualité du GHI. Cependant, cela implique que les valeurs des indices GHI nationaux, régionaux et mondiaux calculés en 2010 et en 1990, révisés avec les nouvelles données, ne sont pas directement comparables aux indices GHI calculés précédemment (pour plus de détails sur les calculs du GHI précédents, voir von Grebmer et al. 2009, von Grebmer et al. 2008, IFPRI/Welthungerhilfe/Concern 2007, Wiesmann 2006a, b, et Wiesmann, Weingärtner, et Schöninger 2006).

Les données sur la proportion de la population sous-alimentée correspondent à la période 2004-2006 (FAO 2009), les données concernant la mortalité infantile sont celles de 2008 (UNICEF 2009a). Enfin, les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 2003-2008 disponibles (OMS 2010a, UNICEF 2010 et MEASURE DHS 2010). Les données prises pour le calcul du GHI de 1990 englobent la période 1988-1992. Les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de 1990-1992 (FAO 2009), les données sur la mortalité infantile sont celles de 1990 (UNICEF 2009a). Enfin, les données sur l'insuffisance pondérale chez les enfants sont celles de 1988-1992 (OMS 2010a). Voir l'Appendice A pour plus d'informations sur la provenance de données et le mode de calcul des GHI 1990 et 2010.

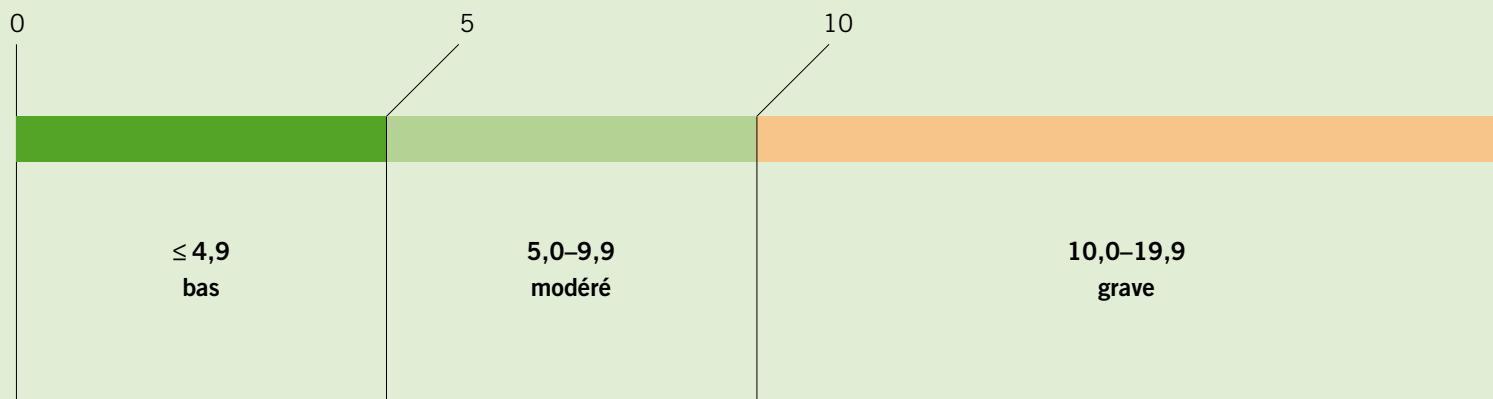
Le GHI 2010 a été calculé pour 122 pays pour lesquels il existe des données pour les trois indicateurs et pour lesquels mesurer la faim est une démarche pertinente (certains pays à revenu élevé ont été exclus du calcul du GHI en raison d'une prévalence de la faim très faible).

¹ Pour plus d'informations sur ce concept, cf. Wiesmann (2004) et Wiesmann, von Braun et Feldbrügge (2000).

² Pour une mesure pluridimensionnelle de la pauvreté, cf. l'indice développé par l'Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) pour le Programme des Nations unies pour le développement (Alkire et Santos 2010).

³ L'année 1990 a été choisie comme point de comparaison, car c'est une année de référence pour la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement.

QU'EST-CE QUE L'INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE (GHI) ?

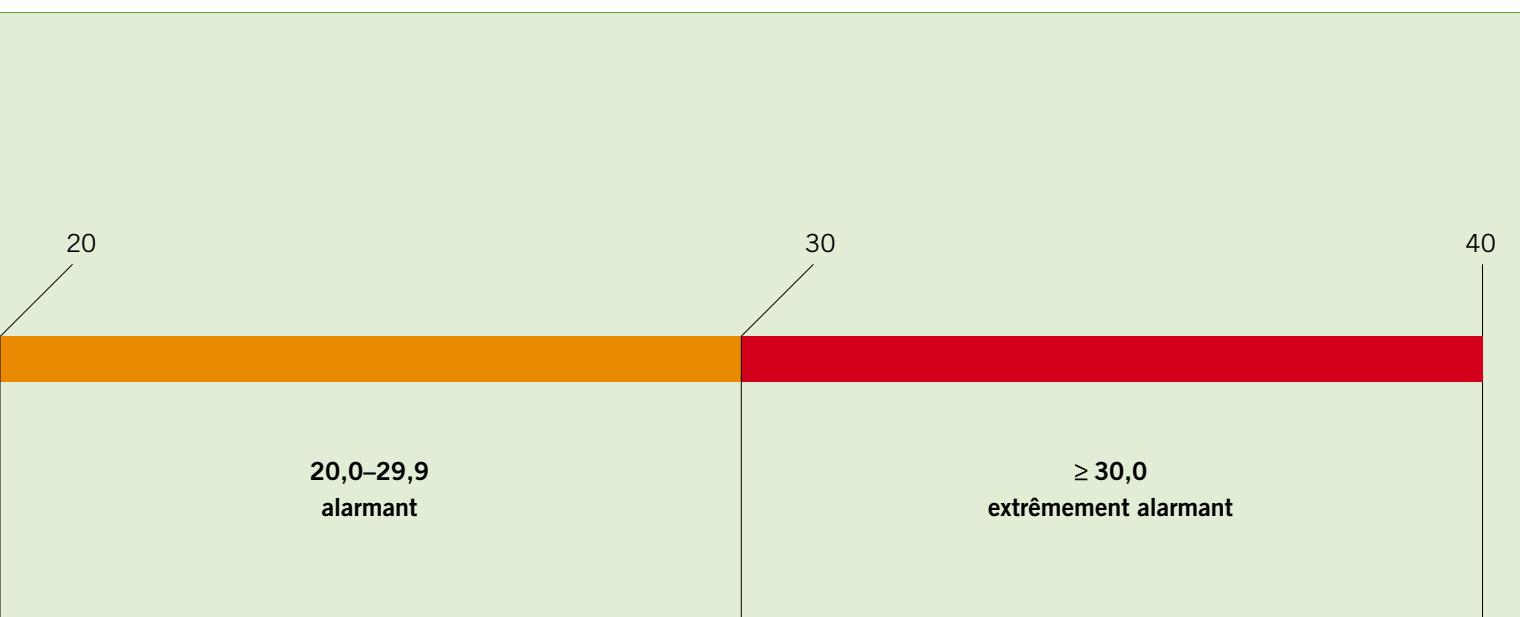


Le GHI permet de calculer et de suivre l'évolution de la faim grâce à une approche pluridimensionnelle. Il repose sur trois indicateurs de même importance :

1. la proportion de la population sous-alimentée en pourcentage par rapport à l'ensemble de la population : indique le nombre de personnes souffrant d'un apport énergétique déficitaire,
2. la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans : indique la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant pour leur âge,
3. le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans : met partiellement en évidence la synergie fatale entre la malnutrition et un environnement insalubre.

L'approche pluridimensionnelle du GHI présente plusieurs avantages. Cet indice permet de regrouper plusieurs facettes de la faim en un seul chiffre, offrant une vue d'ensemble rapide d'une situation complexe. Le GHI prend en compte la situation nutritionnelle de la population dans son ensemble et reflète également celle des enfants, un des groupes les plus vulnérables et pour lequel l'absence d'une alimentation nutritive et suffisante peut engendrer des maladies, des retards de croissance, des retards sur le plan cognitif, voire la mort. De plus, le GHI se base sur des indicateurs calculés de manière indépendante, ce qui réduit les effets des erreurs dues aux techniques d'échantillonnage.

L'indice classe les pays sur une échelle de 0 à 100 points, 0 étant le meilleur score (pas de faim) et 100 le pire, même si aucun de ces extrêmes n'est atteint en réalité. Les valeurs inférieures à 4,9 reflètent un niveau de faim faible. Les valeurs comprises entre 5 et 9,9 reflètent un niveau de faim modéré. Celles comprises entre 10 et 19,9 correspondent à une situation grave. Entre 20 et 29,9 le niveau de faim est alarmant et enfin, les valeurs égales ou supérieures à 30 correspondent à une situation extrêmement alarmante.



CONCEPTS LIÉS À LA FAIM

La terminologie utilisée pour parler des divers aspects de la faim peut être source de confusion. Le mot « faim » désigne le plus souvent la sensation désagréable ressentie après un certain temps sans manger. Pour la FAO, la « faim » correspond à une consommation inférieure à 1800 calories par jour – le minimum requis par la plupart des personnes pour être en bonne santé et mener une vie active. Le mot « sous-alimentation » renvoie aux carences énergétiques, protéiques, en vitamines et/ou en minéraux (voir l'encadré page 22 pour une description détaillée de la sous-alimentation infantile). La sous-alimentation est le résultat d'une alimentation insuffisante – tant en quantité qu'en qualité – ou d'une mauvaise assimilation de la nourriture consommée due à des infections et/ou à d'autres maladies.

La « malnutrition » désigne dans un sens large aussi bien la sous-alimentation (carence alimentaire) que la suralimentation (régime alimentaire déséquilibré avec un apport calorique excessif par rapport aux besoins énergétiques). La « malnutrition » accroît la prédisposition aux maladies. Dans ce rapport, le terme « faim » désigne l'indice calculé à partir des trois indicateurs décrits dans l'encadré page 8.



L'Indice de la faim dans le monde 2010 présente des améliorations par rapport à celui de 1990. Cependant, le niveau de cet indice reste préoccupant.

TENDANCES MONDIALES, RÉGIONALES ET NATIONALES

Le GHI mondial de 2010 montre une amélioration par rapport à celui de 1990. Il a diminué de près d'un quart, passant de 19,8 à 15,1 (graphique ci-dessous). La contribution de la proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale au GHI mondial a baissé de 2,6 points. Le taux de mortalité infantile et la proportion de personnes sous-alimentées se sont également améliorés. Cependant l'indice de la faim dans le monde demeure à un niveau élevé, correspondant à une situation « grave ». En effet, selon la FAO, en 2009 le nombre de personnes souffrant de la faim dans le monde a franchi le seuil du milliard, bien que de nouvelles estimations suggèrent que ce nombre aura baissé à 925 millions en 2010 (FAO, 2009 ; FAO 2010a).

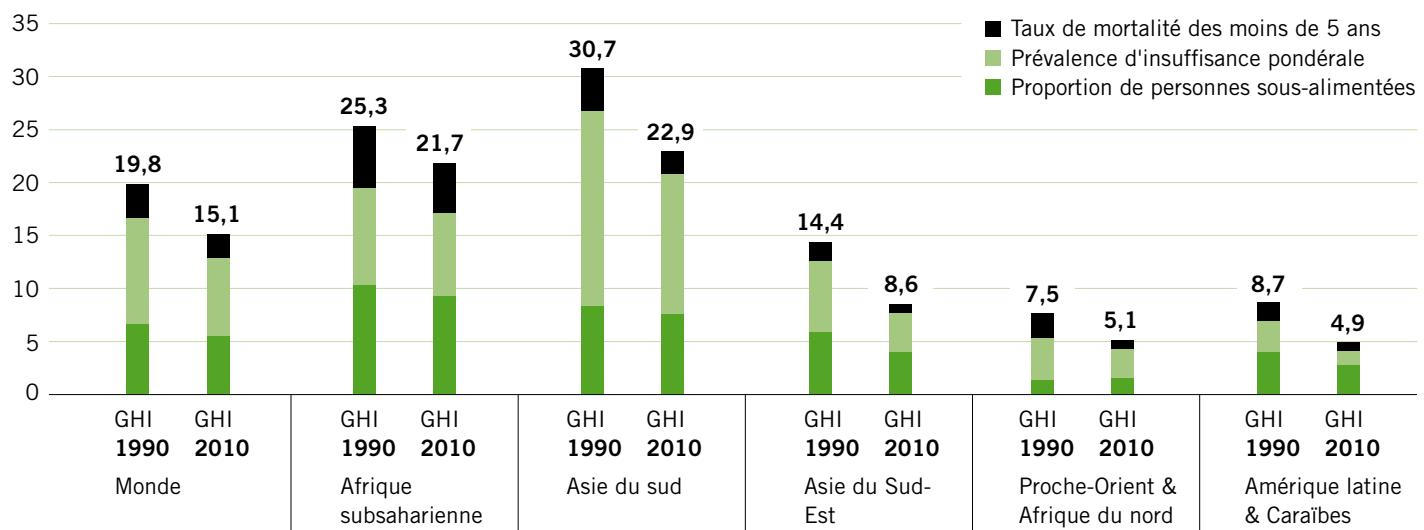
La situation varie grandement en fonction des pays et des régions. Le GHI 2010 pour l'Afrique subsaharienne a diminué de 14% comparé au score de 1990. En Asie du sud il a diminué de presque 25%. Une baisse de 33% a été enregistrée dans le Proche-Orient et l'Afrique du nord. Les progrès accomplis par l'Asie du Sud-Est, l'Amérique latine et les Caraïbes ont été particulièrement remarquables, avec des baisses de score GHI de 40% et plus.

Les scores régionaux les plus élevés sont ceux de l'Asie du sud et de l'Afrique subsaharienne, avec 22,9 et 21,7 respectivement. Toutefois, l'Asie du sud a réalisé plus de progrès depuis 1990.

Par ailleurs, les causes de la faim sont différentes dans ces deux régions. En Asie du sud, les principaux facteurs responsables de la forte prévalence de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans sont le faible statut social des femmes ainsi que leur accès limité à une nourriture suffisante et à l'éducation. Par contre, en Afrique subsaharienne ce sont les politiques gouvernementales peu efficaces, les conflits, l'instabilité politique et le fort taux de prévalence du VIH/SIDA qui sont à l'origine du taux de mortalité infantile élevé et de la sous-alimentation d'une large partie de la population.

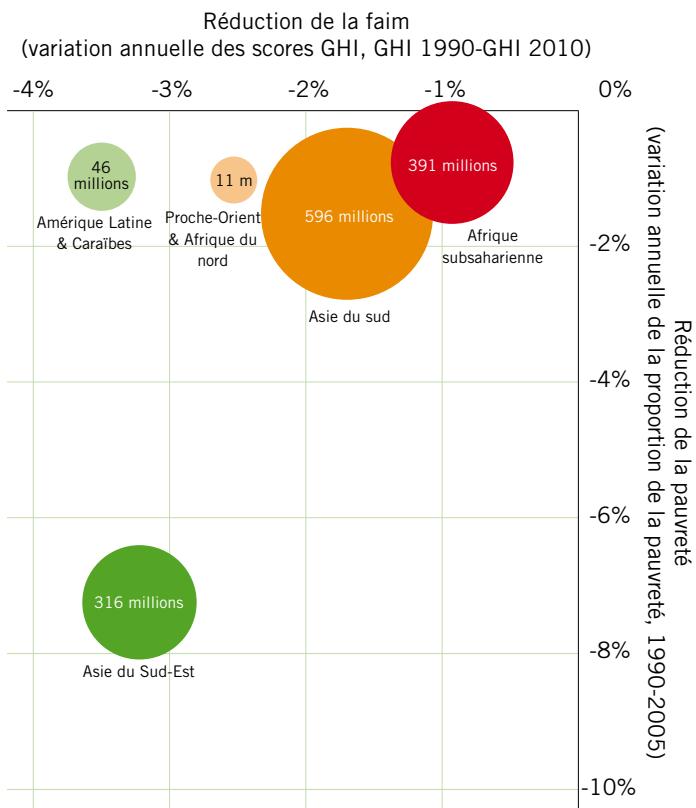
Les progrès atteints en matière de réduction de la faim – mesurés par la diminution annuelle du score GHI – s'accompagnent souvent de progrès dans la réduction de la pauvreté (graphique page 12). Ceci n'est pas surprenant dans la mesure où la pauvreté est l'une des principales causes sous-jacentes de la sous-alimentation, de l'insuffisance pondérale chez les enfants et de la mortalité infantile. En Asie du sud, sous-continent qui accueille le plus de pauvres au monde, la pauvreté et la faim diminuent progressivement et de concert. Mais il arrive parfois que la réduction de la faim devance la réduction de la pauvreté et inversement. En Asie du Sud-Est, par exemple, la pauvreté a diminué de presque 8% en un an, tandis que le GHI n'a baissé que d'environ 3%. Au contraire, en Amérique latine la pauvreté n'a baissé que de 1% alors que le GHI a baissé de 3,5%.

CONTRIBUTION DES COMPOSANTES DU GHI 1990 (CALCULÉE AVEC DES DONNÉES POUR LA PÉRIODE 1988–1992) ET DU GHI 2010 (CALCULÉE AVEC DES DONNÉES POUR LA PÉRIODE 2003–2008)



Note : pour le GHI 1990, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de 1990-1992, les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 1988-1992 disponibles, les données sur la mortalité infantile sont celles de 1990. Pour le GHI 2010, les données sur la proportion de la population sous-alimentée datent de 2004-2006, les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 2003-2008 et les données sur la mortalité infantile sont de 2008.

RÉDUCTION DE LA FAIM ET DE LA PAUVRETÉ PAR RÉGION



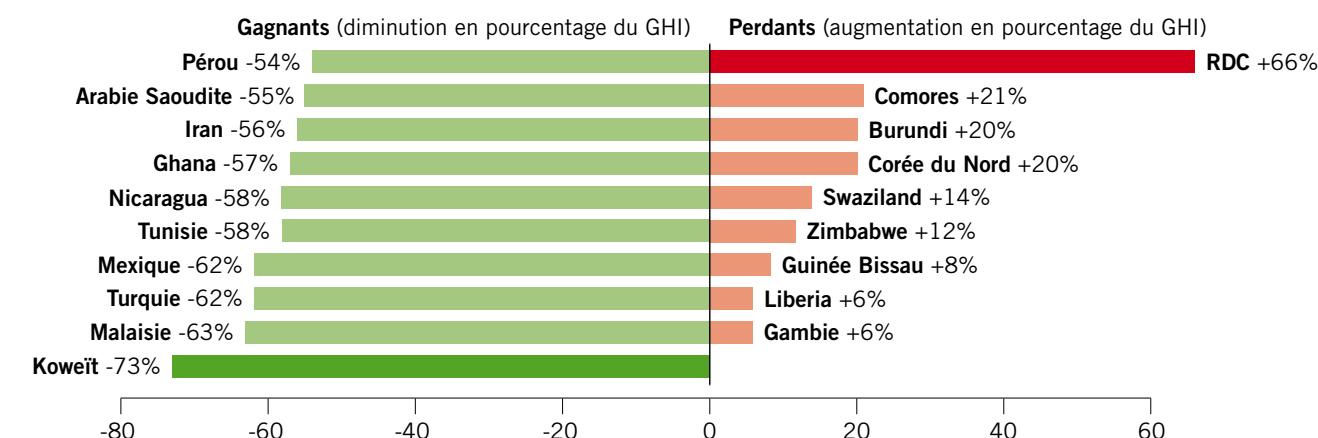
Source : pour les données sur la pauvreté, Chen et Ravallion (2008).

Note : l'année de référence utilisée pour le calcul de variation annuelle est 2006 pour le GHI 2010. La taille des cercles représente des millions de personnes pauvres dans chaque région en 2005.

Peu de pays sont parvenus à diminuer leur GHI 2010 par rapport à celui de 1990 de 50% ou plus (voir carte page suivante). Environ un tiers des pays ont accompli des progrès modestes, correspondant à une diminution de leur score GHI compris entre 25 et 49,9%. Un autre tiers a réduit son score GHI entre 0 et 24,9%. Le Ghana est le seul pays d'Afrique subsaharienne à se situer parmi les 10 pays ayant déployé le plus d'efforts pour éradiquer la faim depuis 1990 (voir graphique ci-dessous). L'impressionnant progrès du Koweït est dû principalement au niveau de faim inhabituellement élevé de 1990, année où le pays a été envahi par l'Irak. La Malaisie, pays ayant connu la deuxième meilleure réduction de GHI, a misé sur de vastes programmes de lutte contre la sous-alimentation infantile pour combattre la faim (voir encadré page suivante).

Parmi les neuf pays où le GHI a augmenté (tous en Afrique subsaharienne, à l'exception de la Corée du Nord), la République Démocratique du Congo représente le cas le plus aberrant, avec une détérioration du GHI de plus de 65% (voir encadré page 13). La guerre et l'instabilité politique qui frappent ce pays ont permis à la faim de gagner du terrain, tout comme au Burundi, aux Comores, en Guinée-Bissau et au Liberia. Au Swaziland, la forte prévalence du VIH/SIDA et l'inégalité grandissante ont eu des effets néfastes sur la sécurité alimentaire malgré une augmentation du revenu national. Une baisse de la croissance économique et de la production alimentaire en Corée du Nord ont conduit à une augmentation du nombre de personnes souffrant de la faim. En Gambie, la sous-alimentation a augmenté en partie à cause de la réduction des programmes de protection sociale mis en place pour les ménages vulnérables. Au Zimbabwe, autrefois considéré comme le grenier de l'Afrique, l'effondrement de l'économie a eu pour conséquence l'augmentation de la proportion d'enfants sous-alimentés et de la mortalité infantile (pour plus d'informations sur le lien entre la performance économique et la faim, voir l'encadré page 14).

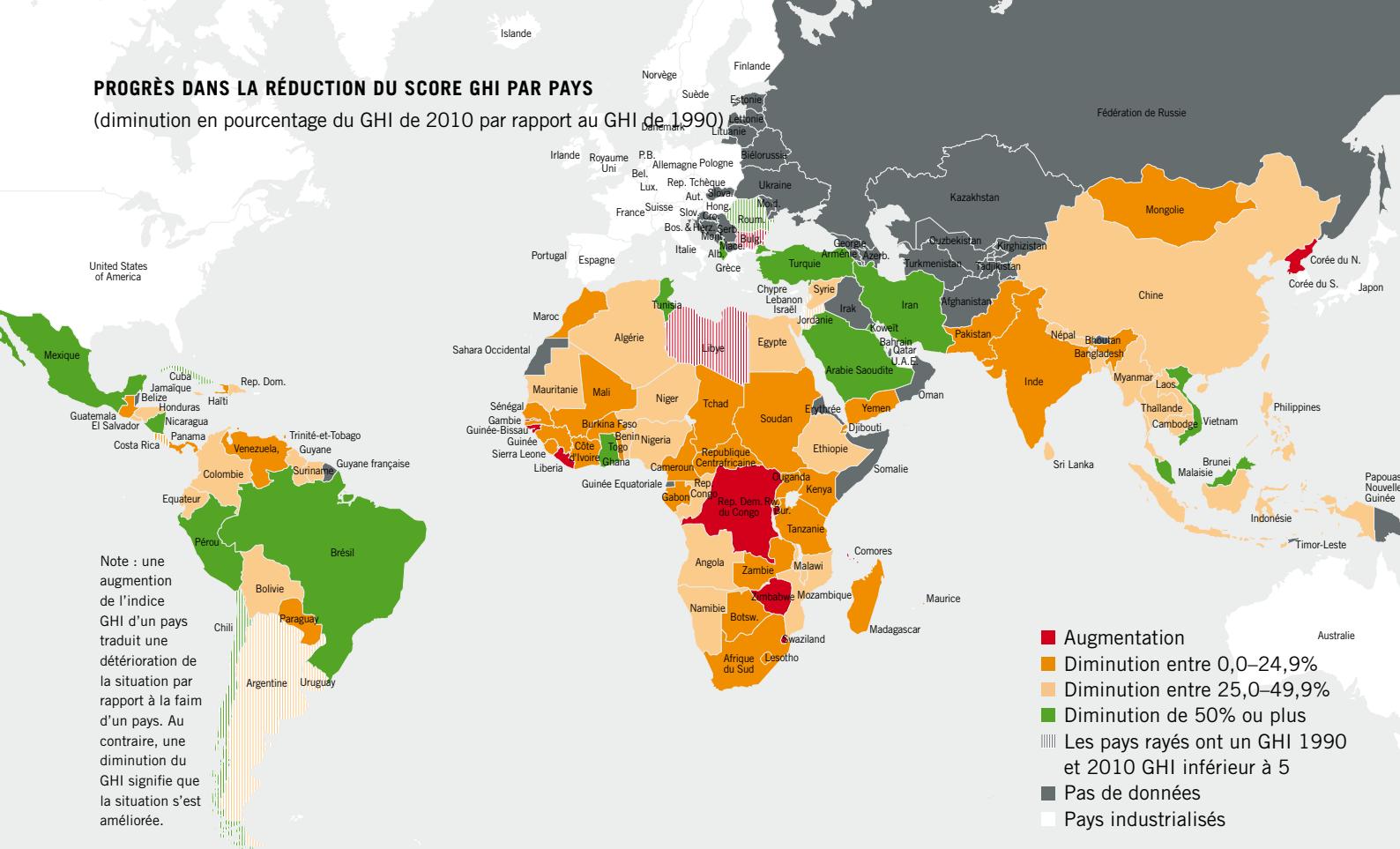
« GAGNANTS » ET « PERDANTS » ENTRE LE GHI DE 1990 ET LE GHI DE 2010



Note : les pays dont le GHI de 1990 et celui de 2010 sont inférieurs à cinq ont été exclus.

PROGRÈS DANS LA RÉDUCTION DU SCORE GHI PAR PAYS

(diminution en pourcentage du GHI de 2010 par rapport au GHI de 1990)



Certains pays ont accompli des progrès notables dans l'amélioration de leur GHI. C'est le cas de l'Angola, de l'Ethiopie, du Ghana, du Mozambique, du Nicaragua et du Vietnam qui ont amélioré leur score de plus de 13 points entre le GHI de 1990 et celui de 2010. Au contraire, en République Démocratique du Congo et au Burundi, le GHI a augmenté de 16 et 7 points respectivement.

Vingt neuf pays continuent d'afficher un niveau de faim « extrêmement alarmant » ou « alarmant » (voir carte page 18 et 19). Les pays présentant un GHI « extrêmement alarmant » — Burundi, Tchad, République Démocratique du Congo et Érythrée — se situent tous en Afrique subsaharienne. La plupart des pays présentant un GHI « alarmant » se situent en Afrique subsaharienne et en Asie du sud.

AMÉLIORATION RAPIDE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN MALAISIE

En Malaisie, la prévalence de la sous-alimentation et le taux de mortalité infantile sont contenus à des niveaux faibles depuis plusieurs décennies. Par contre, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est restée élevée. Cependant, entre 1990 et 2005, la proportion d'enfants sous-alimentés a diminué significativement, passant de 22,1 à 7%. Cette baisse notable peut être attribuée à une croissance économique rapide ainsi qu'aux programmes nutritionnels destinés aux femmes et aux jeunes enfants mis en place par le gouvernement et les ONG. La santé et la nutrition font partie des priorités historiques du gouvernement. De plus, le pays a lancé récemment un plan nutritionnel national ambitieux. Ce plan inclut des distributions de denrées alimentaires pour les familles pauvres et les enfants sous-alimentés, des programmes d'alimentation complémentaire dans les écoles maternelles et primaires, des suppléments en micronutriments pour les femmes enceintes et des activités éducatives sur la nutrition (Khor 2005).

L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE S'AGGRAVE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

La RDC détient le triste record de la plus grande proportion (75% de la population) de personnes sous-alimentées au monde, ainsi qu'un des plus forts taux de mortalité infantile. La situation nutritionnelle de ce pays a empiré de manière significative depuis 1990. La guerre civile prolongée qui a commencé à la fin des années 1990 a donné lieu à la destruction de l'appareil économique du pays, à des déplacements massifs de populations et à un état d'insécurité alimentaire chronique. L'accès et la disponibilité des produits alimentaires se sont détériorés avec la chute des rendements agricoles, et les zones isolées le sont devenues davantage en raison d'un faible niveau d'infrastructures. La RDC cherche aujourd'hui à se reconstruire. Ce pays bénéficie surtout de programmes d'aide internationale d'urgence, ce qui ne garantit pas une récupération économique et une amélioration de la sécurité alimentaire durable sur le long terme (FAO 2010b). Il faut augmenter l'envergure et le nombre de projets de développement intégrant des composantes de sécurité alimentaire, de nutrition et de santé (Rossi et al. 2006).

PERFORMANCE ÉCONOMIQUE ET FAIM

Il existe une corrélation inverse entre la performance économique et la faim. Les pays à haut revenu national brut (RNB) par habitant, indicateur qui permet de mesurer la richesse d'un pays, ont tendance à présenter un GHI bas. Au contraire, les pays à bas RNB par habitant ont tendance à présenter un GHI élevé (graphiques pages 15 et 16). Cependant, plusieurs pays affichent un GHI 2010 différent de celui prévu en fonction de leur revenu. Les pays avec un GHI supérieur à celui prévu (les prévisions sont effectuées à partir des données de 119 pays) souffrent d'un niveau de faim plus important que celui attendu en fonction du RNB. Les pays avec un GHI inférieur à celui prévu, réussissent à combattre la faim au-delà des prévisions basées sur le revenu du pays. En Afrique subsaharienne, l'Angola, le Botswana, le Burundi, la République Démocratique du Congo, Djibouti et l'Érythrée se trouvent dans le premier cas de figure (premier graphique page 15). Dans tous ces pays, à l'exception du Botswana, la guerre et les conflits expliquent en partie les mauvais

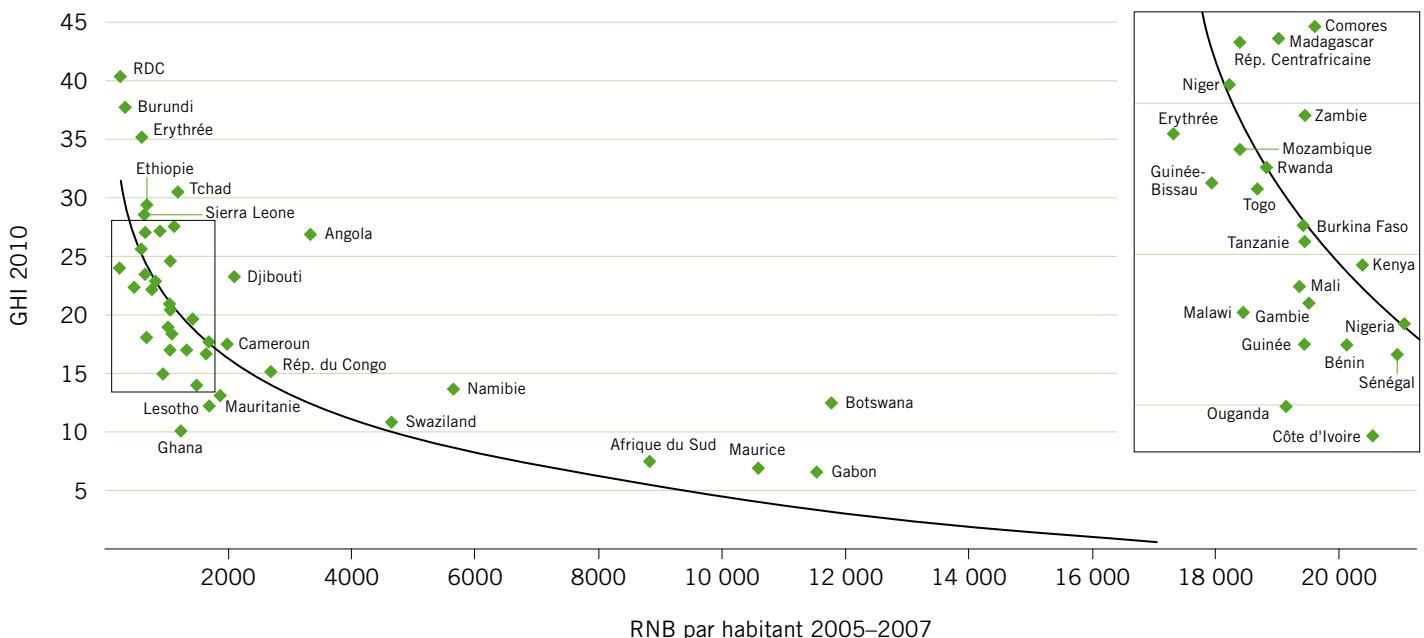
résultats du GHI. Au Botswana, les inégalités et la forte prévalence du VIH/SIDA ont fait augmenter le niveau de la faim par rapport aux calculs basés sur le RNB par habitant. Au contraire, le Ghana et l'Ouganda, parmi d'autres pays, ont un score GHI 2010 inférieur à celui attendu en fonction du RNB par habitant. Au cours des deux dernières décennies, ces deux pays ont combattu la faim grâce à une augmentation des investissements destinés à promouvoir une croissance économique favorable aux pauvres et à améliorer la production agricole. En Asie du sud et du Sud-Est, le Bangladesh, l'Inde, le Pakistan et le Timor Oriental affichent des scores GHI 2010 supérieurs aux prévisions basées sur leur RNB par habitant. La Chine, les Fidji et le Vietnam affichent au contraire des niveaux de faim inférieurs à ceux attendus (deuxième graphique page 15). En Inde, par exemple, le GHI 2010 élevé est principalement associé au taux important d'insuffisance pondérale infantile, conséquence du faible statut social et nutritionnel des femmes dans ce pays.

Dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes, Haïti sort du lot et affiche un GHI bien supérieur à celui calculé en fonction de ses faibles revenus par habitant (premier graphique page 16). Même avant le terrible tremblement de terre de janvier 2010, qui a fait basculer encore plus de personnes dans l'insécurité alimentaire, le pays souffrait déjà d'instabilité politique, de mauvaise gouvernance et d'une protection sociale précaire, autant de facteurs qui exacerbent la pauvreté et la faim. Au contraire, la Guyane, le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay affichent des GHI inférieurs à ceux attendus. Enfin, au Proche-Orient et en Afrique du nord, tous les pays à l'exception du Yémen présentent des niveaux de faim inférieurs à ceux prévus (deuxième graphique page 16). Au Yémen, les principales causes de la faim sont les inégalités importantes entre le milieu urbain et le milieu rural, la dépendance de l'économie à des revenus pétroliers en déclin, la protection sociale peu efficace et la croissance démographique importante.

Si l'on raisonne en fonction des indicateurs qui composent le GHI, ce sont le Burundi, les Comores, la République Démocratique du Congo, l'Érythrée et Haïti qui ont à ce jour la plus grande proportion de personnes sous-alimentées (plus de 50% de la population). Le Bangladesh, l'Inde, le Timor Oriental et le Yémen ont la plus grande prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (plus de 40%). L'Afghanistan, l'Angola, le Tchad et la Somalie ont le plus grand taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (20% ou plus).

RNB PAR HABITANT ET GHI 2010

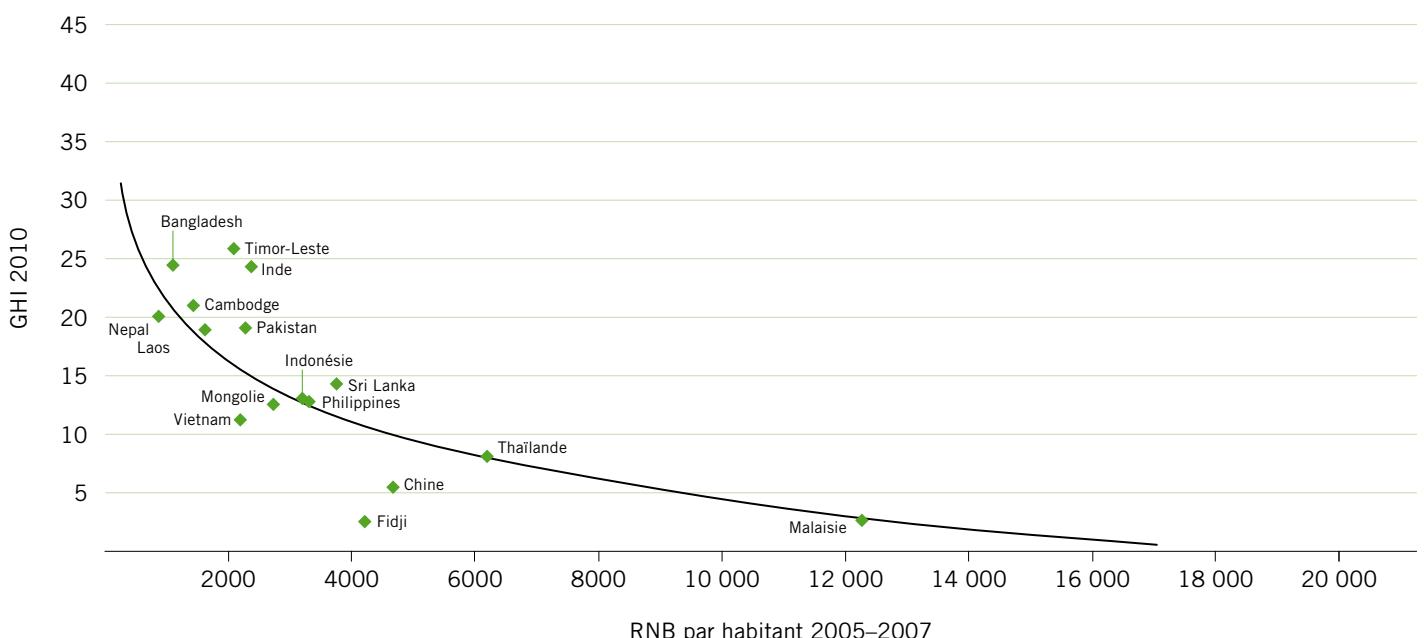
AFRIQUE SUBSAHARIENNE



Source : Banque Mondiale pour les données sur le RNB par habitant (2010).

Note : la ligne noire représente la valeur prévue pour le GHI pour tous les pays et toutes les régions dont le GHI 2010 et le RNB par habitant des années 2005-2007 étaient disponibles. Le RNB par habitant se réfère au revenu national brut moyen par habitant en dollars américains courants, basé sur la parité du pouvoir d'achat (PPA) entre 2005 et 2007. Tous les pays ne sont pas représentés.

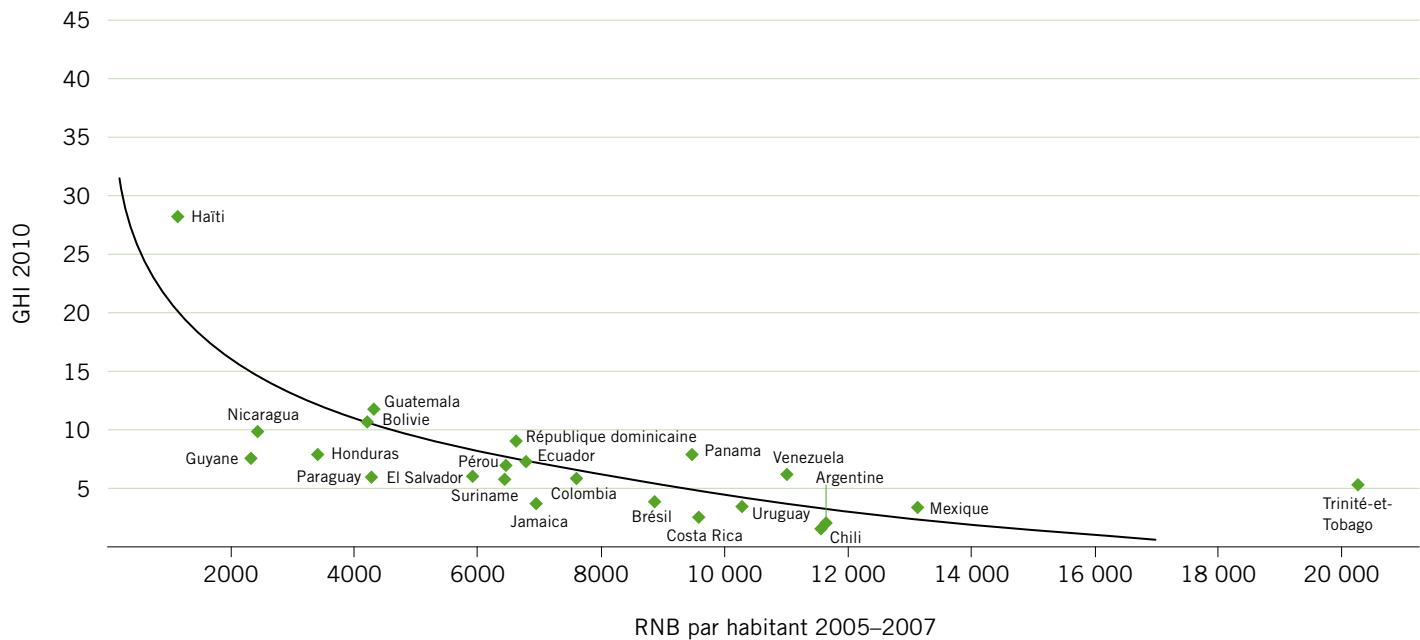
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST



Source : Banque Mondiale pour les données sur le RNB par habitant (2010).

Note : la ligne noire représente la valeur prévue pour le GHI pour tous les pays et toutes les régions dont le GHI 2010 et le RNB par habitant des années 2005-2007 étaient disponibles. Le RNB par habitant se réfère au revenu national brut moyen par habitant en dollars américains courants, basé sur la parité du pouvoir d'achat (PPA) entre 2005 et 2007. Tous les pays ne sont pas représentés.

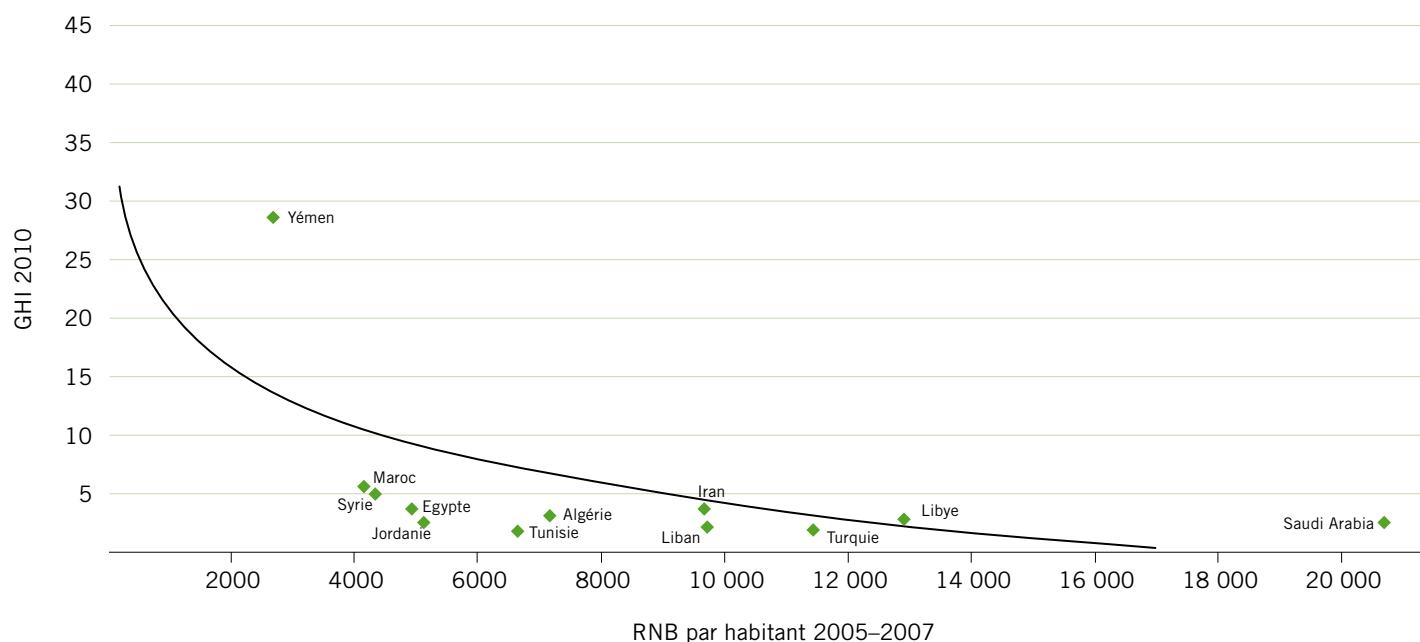
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES



Source : Banque Mondiale pour les données sur le RNB par habitant (2010).

Note : la ligne noire représente la valeur prévue pour le GHI pour tous les pays et toutes les régions dont le GHI 2010 et le RNB par habitant des années 2005-2007 étaient disponibles. Le RNB par habitant se réfère au revenu national brut moyen par habitant en dollars américains courants, basé sur la parité du pouvoir d'achat (PPA) entre 2005 et 2007. Tous les pays ne sont pas représentés.

PROCHE-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD



Source : Banque Mondiale pour les données sur le RNB par habitant (2010).

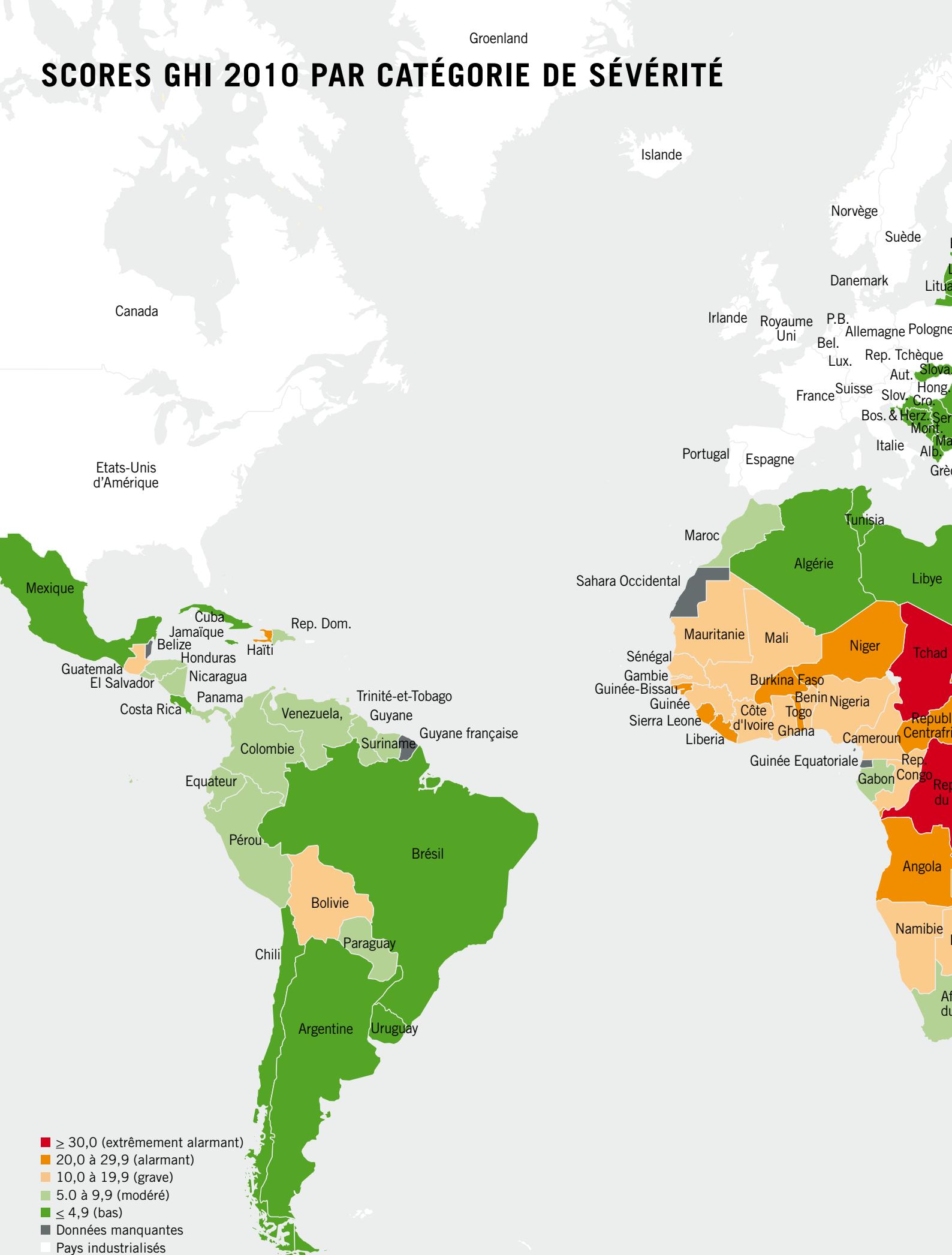
Note : la ligne noire représente la valeur prévue pour le GHI pour tous les pays et toutes les régions dont le GHI 2010 et le RNB par habitant des années 2005-2007 étaient disponibles. Le RNB par habitant se réfère au revenu national brut moyen par habitant en dollars américains courants, basé sur la parité du pouvoir d'achat (PPA) entre 2005 et 2007. Tous les pays ne sont pas représentés.

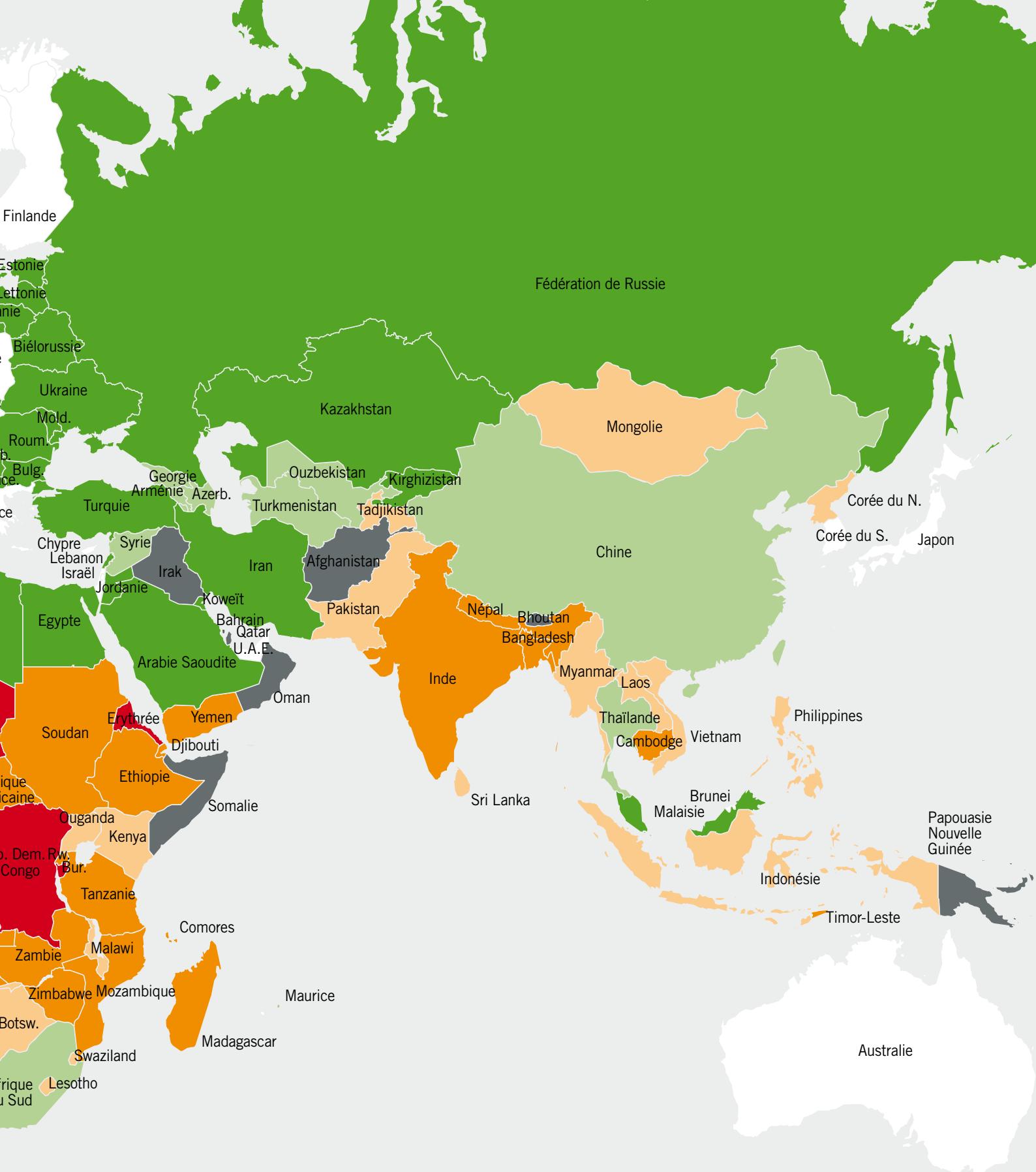
SCORES GHI 1990 ET 2010 PAR PAYS

Rang	Pays	1990	2010	Rang	Pays	1990	2010		
1	Syrie	7,3	5,2	56	Népal	27,5	20,0		
2	Trinité-et-Tobago	6,9	5,3	57	Tanzanie	22,9	20,7		
3	Suriname	9,6	5,6	58	Cambodge	31,5	20,9		
4	Colombie	9,1	5,7	59	Soudan	26,4	20,9		
5	Géorgie	-	5,8	59	Zimbabwe	18,6	20,9		
5	Maroc	7,3	5,8	59	Burkina Faso	22,7	21,1		
7	Salvador	8,8	5,9	62	Togo	27,8	22,4		
7	Paraguay	7,7	5,9	63	Guinée-Bissau	20,9	22,6		
9	Chine	11,6	6,0	64	Rwanda	28,9	23,1		
10	Venezuela	6,6	6,1	65	Djibouti	30,8	23,5		
11	Turkménistan	-	6,3	66	Mozambique	37,4	23,7		
12	Gabon	7,7	6,4	67	Inde	31,7	24,1		
13	Maurice	7,3	6,7	68	Bangladesh	35,8	24,2		
14	Pérou	15,0	6,9	69	Liberia	22,9	24,3		
15	Ouzbékistan	-	7,1	70	Zambie	25,6	24,9		
16	Equateur	12,9	7,2	71	Timor Oriental	-	25,6		
17	Afrique du Sud	7,3	7,3	72	Niger	36,5	25,9		
18	Guyane	14,4	7,6	73	Angola	40,6	27,2		
19	Azerbaïdjan	-	7,7	74	Yémen	30,1	27,3		
20	Honduras	13,4	7,9	75	République centrafricaine	30,0	27,4		
21	Panama	10,0	7,9	76	Madagascar	28,1	27,5		
21	Thaïlande	16,5	8,5	77	Comores	23,0	27,9		
23	République dominicaine	13,9	9,2	78	Haïti	33,5	28,0		
24	Arménie	-	9,8	79	Sierra Leone	32,7	28,9		
25	Nicaragua	23,4	9,9	80	Éthiopie	43,7	29,8		
26	Ghana	23,4	10,0	81	Tchad	37,6	30,9		
27	Swaziland	9,5	10,8	82	Érythrée	-	35,7		
28	Bolivie	15,3	10,9	83	Burundi	31,8	38,3		
29	Vietnam	24,8	11,5	84	Rép. Démocratique du Congo	24,7	41,0		
30	Guatemala	15,1	12,0						
31	Lesotho	13,0	12,2						
32	Botswana	14,3	12,5						
33	Mongolie	16,9	12,8	Pays	1990	2010	Pays	1990	2010
34	Philippines	19,0	13,0	Albanie	8,7	<5	Kirghizistan	-	<5
35	Mauritanie	22,0	13,1	Algérie	6,1	<5	Lettonie	-	<5
36	Indonésie	19,5	13,2	Argentine	<5	<5	Liban	<5	<5
37	Namibie	19,2	13,6	Biélorussie	-	<5	Libye	<5	<5
38	Côte d'Ivoire	16,0	14,0	Bosnie-Hérzégovine	-	<5	Lituanie	-	<5
39	Sri Lanka	21,1	14,5	Brésil	7,2	<5	Macédoine	-	<5
40	Ouganda	19,1	15,0	Bulgarie	<5	<5	Malaisie	8,6	<5
41	République du Congo	22,4	15,2	Chili	<5	<5	Mexique	7,8	<5
42	Tadjikistan	-	15,8	Costa Rica	<5	<5	Moldavie	-	<5
43	Sénégal	20,8	16,8	Croatie	-	<5	Monténégro	-	<5
44	Bénin	24,0	17,1	Cuba	<5	<5	Roumanie	<5	<5
45	Guinée	21,9	17,1	Égypte	7,0	<5	Fédération de Russie	-	<5
45	Cameroun	22,3	17,6	Estonie	-	<5	Arabie saoudite	6,2	<5
47	Nigeria	24,4	17,8	Fidji	6,0	<5	Serbie	-	<5
48	Malawi	30,6	18,2	Iran	8,8	<5	Slovaquie	-	<5
49	Gambie	17,5	18,5	Jamaïque	6,5	<5	Tunisie	5,0	<5
50	Myanmar	29,5	18,8	Jordanie	<5	<5	Turquie	6,0	<5
51	Laos	29,0	18,9	Kazakhstan	-	<5	Ukraine	-	<5
52	Mali	24,2	19,1	Koweït	9,4	<5	Uruguay	<5	<5
53	Pakistan	24,7	19,1						
53	Corée du Nord	16,2	19,4						
55	Kenya	20,3	19,8						

Note : classement établi selon le score du GHI 2010. Les pays avec un GHI 2010 inférieur à cinq ne figurent pas dans ce classement. Les pays qui affichent le même score GHI 2010 se situent au même rang (par exemple, la Géorgie et le Maroc occupent tous les deux la position numéro 5).

SCORES GHI 2010 PAR CATÉGORIE DE SÉVÉRITÉ





Note : pour le GHI 2010, les données sur la proportion de la population sous-alimentée correspondent à la période 2004-2006, les données concernant la mortalité infantile sont celles de 2008 et les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 2003-2008 disponibles.

03



Les enfants sous-alimentés pendant la fenêtre d'opportunité que
représentent leurs premiers 1000 jours encourent des risques
irréversibles, une mauvaise santé, voire une mort prématurée.

COMBATTRE LA CRISE DE LA SOUS-ALIMENTATION CHEZ LES ENFANTS EN BAS ÂGE

Les mille premiers jours sont une fenêtre d'opportunité

Comme décrit dans le chapitre précédent, l'indice de la faim dans le monde se base sur trois indicateurs pondérés de manière identique (la proportion de la population sous-alimentée, la prévalence de l'insuffisance pondérale et le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans). L'indice GHI pour le monde est de 15,1, ce qui signifie que si les trois indicateurs ont un poids équivalent, chacun apporte environ 5 points à l'indice (correspondant à un tiers du score total). Ceci n'est cependant pas le cas. L'insuffisance pondérale infantile représente à elle seule 7,4 points, pratiquement la moitié du score, tandis que la proportion de la population sous-alimentée et la mortalité des enfants de moins de cinq ans représentent respectivement 5,4 points et 2,2 points du résultat. Ceci s'avère particulièrement vrai en Asie du Sud où l'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans contribue à plus de la moitié du score GHI qui équivaut à 22,9 points. En Afrique subsaharienne, la situation diffère légèrement. Dans cette région, le GHI s'est très peu amélioré au cours des vingt dernières années et la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile n'a connu qu'une très légère amélioration, passant de 27,2 à 23,6% selon des estimations récentes. Afin d'améliorer leur GHI, les pays doivent redoubler d'efforts pour réduire l'insuffisance pondérale infantile au travers de programmes renforçant le statut nutritionnel des enfants.

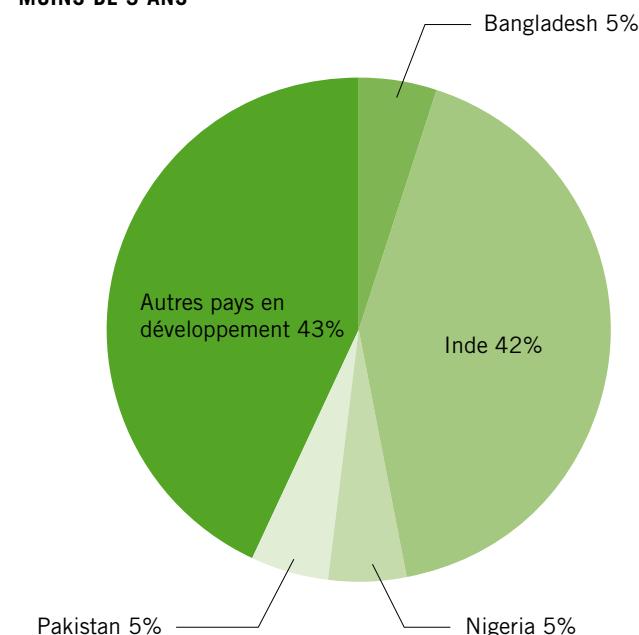
Comment atteindre cet objectif ? Tout d'abord, en concentrant les initiatives nutritionnelles destinées aux enfants pendant la période correspondant à la fenêtre d'opportunité, c'est-à-dire pendant les 1000 jours qui s'écoulent entre la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant. Auparavant, les politiques dans le domaine de la nutrition infantile de nombreux pays avaient pour cible les enfants de moins de cinq ans. Cependant, des études récentes ont démontré de manière catégorique qu'il est préférable de se concentrer sur les premiers 1000 jours de l'enfant. En effet, c'est pendant cette période cruciale pour leur développement que les enfants ont le plus besoin d'une alimentation adéquate, riche en nutriments, et que les interventions visant à prévenir la sous-nutrition affichent les meilleurs résultats. Après le deuxième anniversaire de l'enfant, les séquelles de la sous-nutrition sont pratiquement irréversibles (Ruel 2010).

Les enfants sous-alimentés pendant leurs premiers 1000 jours s'exposent à souffrir toute leur vie des séquelles dues aux retards dans leur développement psychosocial, physique et cognitif. Ils risquent aussi d'être en mauvaise santé, voire de mourir prématurément. Ces enfants seront probablement petits et maigres et auront

du mal à avoir une vie pleinement active en raison de leur santé précaire. De plus, lorsque les filles ayant souffert de sous-alimentation grandissent et deviennent mères à leur tour, elles ont tendance à accoucher d'enfants présentant une insuffisance pondérale, perpétuant ainsi le cycle de la sous-alimentation. Ainsi, œuvrer pour l'amélioration du bien-être des mères constitue également un élément crucial de la solution à la malnutrition.

Les éléments nécessaires pour garantir une bonne nutrition aux jeunes enfants sont bien connus : une mère bien nourrie et émancipée qui bénéficie d'un état nutritionnel optimal et d'une bonne santé avant et pendant la grossesse, qui reçoit des soins médicaux adaptés pour favoriser un accouchement sans risques pour elle et pour le nouveau-né, qui nourrit son enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois et qui continue à allaiter, en complément d'une alimentation équilibrée et riche en nutriments, jusqu'au moins le deuxième anniversaire de l'enfant ; enfin, une mère qui a accès à l'eau potable, à des infrastructures d'assainissement et à des soins prophylactiques et curatifs de qualité. Malheureusement, des millions de personnes dans le monde n'ont accès à aucun de ces éléments de base.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ENFANTS SOUS-ALIMENTÉS DE MOINS DE 5 ANS



Source : UNICEF (2009b).

DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS DE LA SOUS-ALIMENTATION INFANTILE : CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION

La sous-alimentation infantile peut prendre plusieurs formes en fonction de la cause, de la sévérité et de la durée. Les trois principales mesures de la sous-alimentation infantile sont :

- > Retard de croissance : insuffisance de taille par rapport à l'âge,
- > Maigreur : poids insuffisant par rapport à la taille,
- > Insuffisance pondérale : poids insuffisant par rapport à l'âge.

Le retard de croissance est un bon indicateur de la sous-alimentation car il est l'une des conséquences d'une mauvaise nutrition à long terme pendant la petite enfance. La maigreur est en général due à une alimentation inadéquate et peu nutritive et/ou à des maladies graves ou à répétition. L'insuffisance pondérale résulte du retard de croissance, de la maigreur ou d'une combinaison des deux.

Les scientifiques mesurent ces indicateurs à l'aide des Z-scores (ou écart-types). Cet indice anthropométrique permet de mettre en évidence l'émaciation significative de la malnutrition aiguë. Il compare le poids observé de l'enfant au poids moyen de la population calculé d'après les données de référence de l'Organisation mondiale de la santé. Plus le Z-score d'un enfant est proche de 0 et plus il est proche de la médiane de croissance de référence. Le Z-score est un standard international basé sur le principe que les enfants de toutes les races et groupes ethniques ont la capacité d'atteindre une taille et un poids correspondants à un bon état de santé. En 2006, l'Organisation mondiale de la santé a actualisé ses courbes de croissance infantile standard, dévoilant une sous-alimentation infantile au niveau mondial pire que celle qui était connue auparavant. Pour ces trois indicateurs, la sous-alimentation modérée (représentée par le retard de croissance, la maigreur et l'insuffisance pondérale) correspond à un Z-score inférieur à -2. La sous-alimentation sévère correspond à un Z-score inférieur à -3.

La sous-alimentation peut également se caractériser par des carences en micronutriments essentiels — vitamines et minéraux, spécialement en fer, iodé, zinc et vitamine A. Cette carence en micronutriments est également appelée « faim cachée ou silencieuse », car, bien que présente, elle ne se manifeste pas par des signes cliniques. En l'absence d'analyses sanguines, ces carences peuvent rester non

La crise de la sous-alimentation infantile dans le monde

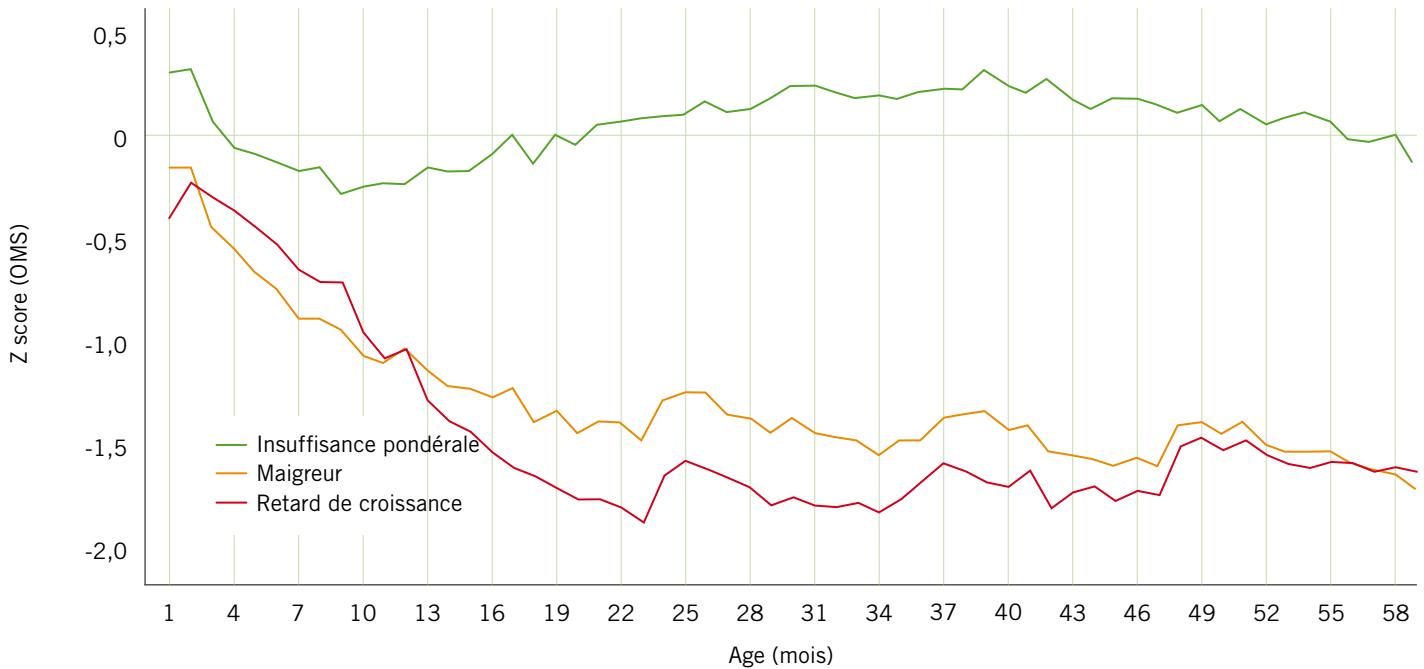
La sous-alimentation infantile a atteint des proportions épidémiques. Environ 195 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement sont atteints d'un retard de croissance, ce qui correspond à environ un enfant sur trois. Environ un enfant sur quatre âgé de moins de 5 ans – c'est-à-dire 129 millions d'enfants – présente une insuffisance pondérale, et un enfant sur dix souffre d'émaciation sévère (UNICEF 2009b, encadré ci-contre).

La répartition géographique de la sous-alimentation infantile n'est pas homogène. Elle se concentre dans quelques pays et régions. Plus de 90% des enfants qui présentent un retard de croissance vivent en Afrique et en Asie. 40% des enfants vivant en Afrique souffrent d'un retard de croissance ; en Asie, ils sont 36% (UNICEF 2009b). En effet, plus de 80% du fardeau de la sous-alimentation infantile (mesuré en fonction du retard de croissance) pèse sur 24 pays seulement. Une grande partie des enfants atteints de retard de croissance vit en Inde. En 2005 et 2006, environ 44% des enfants indiens de moins de cinq ans souffraient d'insuffisance pondérale et 48% étaient atteints de retard de croissance (OMS 2010b). A cause de la taille du pays (superficie comparable à celle de l'Europe), ces chiffres signifient en réalité que 42% des enfants sous-alimentés au monde (graphique page 21) et 31% des enfants atteints de retard de croissance au monde vivent en Inde (UNICEF 2009b).

Plusieurs autres pays de l'Asie du sud et de l'Afrique affichent des taux de sous-alimentation infantile élevés. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, la moitié des enfants environ est atteinte d'un retard de croissance : ils sont 53% des enfants au Burundi, à Madagascar et au Malawi, 51% en Ethiopie et au Rwanda et 47% en Guinée-Bissau et au Niger (UNICEF 2009b). Plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans en Afghanistan, au Guatemala, au Timor Oriental et au Yémen souffrent également d'un retard de croissance.

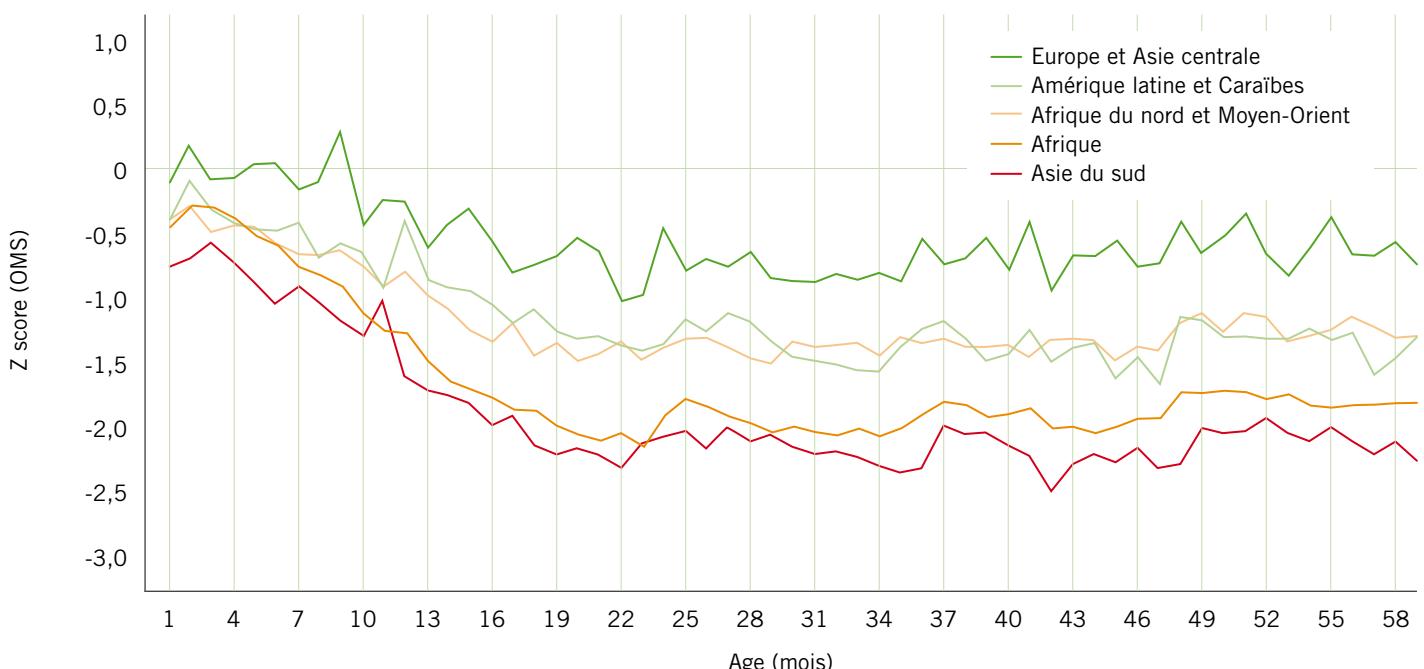
décelées jusqu'au moment où elles deviennent sévères et mettent en danger la vie de la personne. Les carences en micronutriments peuvent avoir des conséquences délétères pour les femmes et les jeunes enfants. Chez la femme, les carences augmentent les risques de fausse couche et de complications lors de l'accouchement, limitent la capacité de produire du lait en quantité et qualité suffisantes et portent atteinte à la santé. Chez l'enfant, les carences nutritionnelles peuvent amoindrir ses facultés sociales et mentales et réduire ses capacités de lutter et de survivre aux maladies.

INSUFFISANCE PONDÉRALE, MAIGREUR ET RETARD DE CROISSANCE DES ENFANTS DANS 54 PAYS EN DÉVELOPPEMENT



Source : Victora et al. (2010).

RETARD DE CROISSANCE PAR RÉGION



Source : Victora et al. (2010).

LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES : UN ÉLÉMENT CRUCIAL DANS LA NUTRITION DES JEUNES ENFANTS

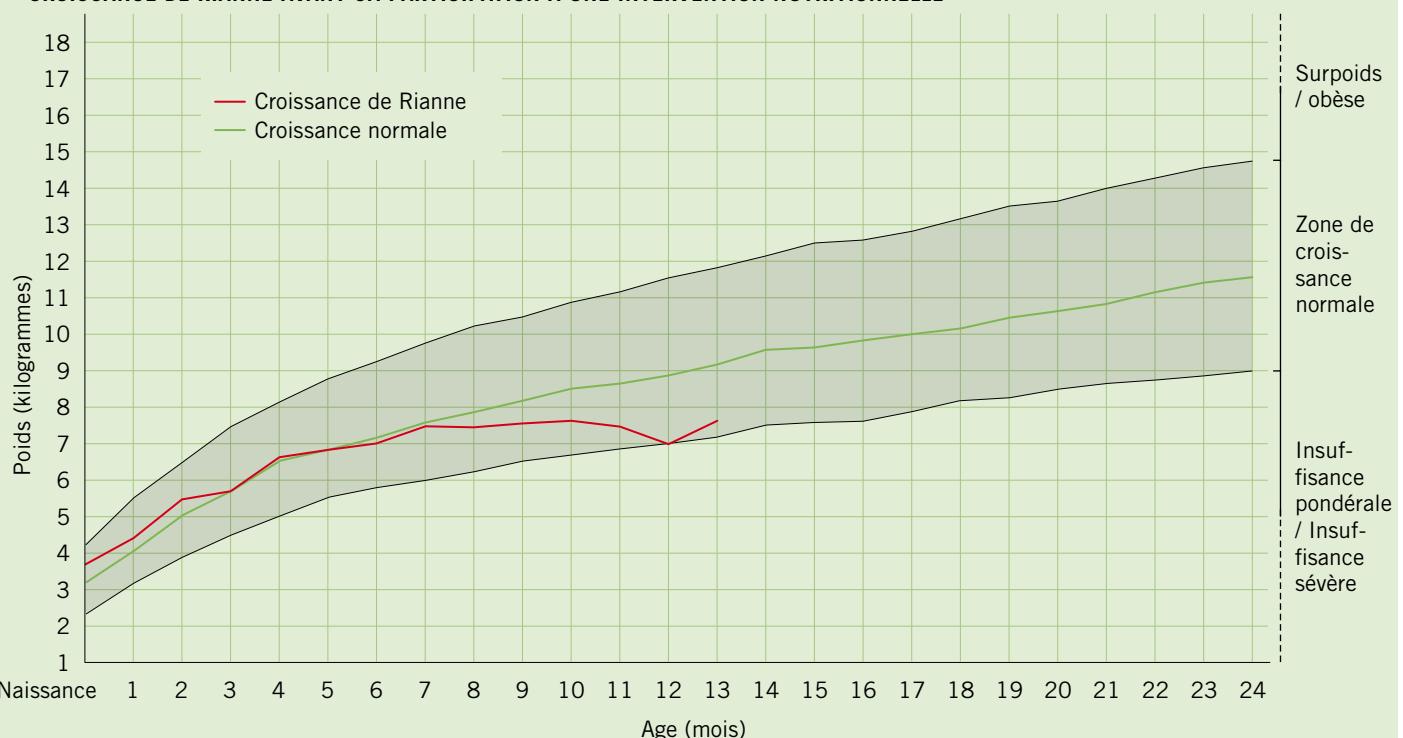


Rianne est une petite fille indonésienne de 14 mois qui semblait tout avoir pour prendre un bon départ dans la vie. Contrairement à des millions d'enfants qui naissent dans des pays pauvres, elle est née en bonne santé, avec un poids normal, et durant ses quatre premiers mois elle a continué de grandir (voir le graphique ci-dessous). Vers son cinquième mois, elle a commencé à prendre moins de poids que prévu et au bout de quelques mois elle a même commencé à en perdre. Mois après mois, la croissance de Rianne s'éloignait des courbes de croissance normale. Vers ses treize mois, le rapport poids/âge de Rianne

se situait dans la catégorie de l'insuffisance pondérale. L'histoire de Rianne est un cas fréquent pour des millions d'enfants dans les pays en développement, pour qui les retards de croissance apparaissent pendant les 24 premiers mois de vie. Les causes du retard de croissance des enfants sont nombreuses : pauvreté, environnement insalubre, manque d'accès à de la nourriture en quantité et en qualité suffisantes, maladies. Les mauvais comportements alimentaires sont un autre facteur important. La mère de Rianne a suivi les pratiques alimentaires de sa région et a commencé à nourrir Rianne avec une bouillie à base de riz deux fois par jour. Un projet de nutrition a cependant permis à la mère de Rianne de changer rapidement l'alimentation de sa fille. Grâce aux

messages radio et aux conseils des travailleurs communautaires, la famille de Rianne a appris à préparer une bouillie à base de riz nutritive et adaptée aux besoins nutritionnels de l'enfant selon son âge. La mère de Rianne a commencé à la nourrir trois fois par jour, et non deux, avec une bouillie « enrichie » préparée à base d'aliments disponibles dans son village. Les enfants ont un petit estomac et ont besoin de manger plus souvent que les adultes afin de pouvoir absorber la quantité d'aliments qu'il leur est nécessaire. L'amélioration de l'état nutritionnel de Rianne avant son deuxième anniversaire signifie qu'elle a à nouveau toutes les chances de grandir en bonne santé et développer tout son potentiel, tout comme les enfants en bonne santé.

CROISSANCE DE RIANNE AVANT SA PARTICIPATION À UNE INTERVENTION NUTRITIONNELLE



Source : Marcia Griffiths, « Focusing on improving household practices and strengthening community support », présentation faite au « Bread for the World's National Gathering », American University, Washington D.C. en juin 2009.

Les carences en micronutriments, qui peuvent mener à une « faim cachée » car ses effets ne sont pas visibles, affectent encore plus de personnes que l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et la maigreur cumulés. Il y a environ 2 milliards de personnes, dont 285 millions d'enfants entre 6 et 12 ans, qui souffrent d'une carence en iodé dans le monde (de Benoist et al. 2004). Environ 50% des enfants de moins de cinq ans sont anémiques et pour la moitié d'entre eux la cause de cette maladie est une carence en fer (de Benoist et al. 2008). La plus grande proportion des enfants en bas âge atteints d'anémie au monde (68%) vit en Afrique. Environ 190 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent une carence en vitamine A (OMS 2009).

La sous-alimentation chronique continue de faire des ravages chez les jeunes enfants. Les scientifiques estiment que la maigreur, le retard de croissance et le retard de croissance intra-utérin (qui se traduit par un faible poids à la naissance) sont responsables de 2,2 millions de décès chaque année (Black et al. 2008). Les carences en vitamine A peuvent entraîner de nombreux problèmes de santé, pouvant aller jusqu'à la cécité dans les cas les plus extrêmes. Cette carence affaiblit également le système immunologique des enfants, les rendant moins aptes à lutter et à survivre à des maladies comme la diarrhée et le paludisme. Les carences en zinc affaiblissent le système immunologique et respiratoire des jeunes enfants, les rendant plus vulnérables à des maladies telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. La carence en fer accroît les risques chez la femme de mourir en couches et, chez l'enfant, les risques d'handicaps moteur ou intellectuel. La déficience en iodé peut compromettre le bon déroulement de la grossesse et avoir un impact sur l'enfant à naître, en freinant le développement du fœtus. De plus, une carence en iodé chronique a des conséquences irréversibles sur le développement physique et intellectuel des enfants.

Les 1000 premiers jours sont les plus dangereux

Dans les pays en développement, un grand nombre d'enfants commence à souffrir d'un retard de croissance dès leur première année. En réalité, ces enfants souffrent déjà d'un retard dans leur développement avant même leur naissance, dans le ventre de leur mère. Des scientifiques ont analysé des données de 54 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et se sont aperçus que la majorité des retards, en particulier statural et pondéral, apparaît entre la naissance et le deuxième anniversaire de l'enfant (premier graphique page 23, Victora et al. 2010). Le 2e graphique page 23 montre que dans la quasi totalité des régions, les enfants naissent avec une taille proche de celle de référence. Cependant, après quelques mois, leur croissance commence à s'éloigner des courbes de croissance normales et empire drastiquement jusque vers le 24ème mois. Les enfants en Asie

du sud sont les plus affectés, en partie parce qu'ils naissent avec un handicap. En effet, pour la plupart, ils souffrent déjà d'un retard de croissance à la naissance. Pour l'ensemble des régions, la majorité des retards, et son lot de souffrances, est déjà visible à l'âge de deux ans. En moyenne, la situation des enfants se stabilise à ce stade, mais il arrive qu'elle se détériore davantage. Les enfants atteints d'un retard de croissance vivent principalement en Asie du sud et en Afrique subsaharienne. Ces enfants seront petits et maigres par rapport à leur âge toute leur vie.

Pourquoi cette période de 1000 jours est-elle aussi critique d'un point de vue nutritionnel ? En premier lieu, si la mère présente un faible statut nutritionnel avant et pendant la grossesse, le bébé risque de naître avec un poids insuffisant. La sous-alimentation des femmes enceintes est un problème sévère en Asie. Dans certains pays d'Asie du sud, plus de 10% des femmes mesurent moins de 1,45 mètre, facteur qui augmente les risques de voir apparaître des complications lors de l'accouchement et d'avoir des enfants avec un poids faible. Dans la plupart des pays d'Asie du sud et du Sud-Est, d'Afrique subsaharienne et au Yémen, plus de 20% des femmes ont un indice de masse corporelle bas (Black et al. 2008). Dans la plupart de ces pays, les femmes ont également un faible statut social. Souvent, elles mangent après tous les autres membres du foyer, en quantité insuffisante et elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, particulièrement pendant les années de maternité. La sous-alimentation chronique des femmes se « transmet » ainsi de génération en génération. En effet, la



Dr. Kyawt Thazin Oo

Nutritionniste,
Division de l'Irawadi au Myanmar

“La majorité des mères commence les compléments nutritionnels avant six mois. La plupart de ces compléments sont du riz ou des fruits.”

“Dans une famille, les enfants reçoivent la même nourriture que les adultes. Les repas traditionnels dans le Delta de l'Ayerwaddy sont composés de riz et d'une pâte de poisson traditionnelle à base de poissons et de crevettes. Pour les enfants en bas âge, les mères mâchent au préalable la nourriture puis la donnent à leurs enfants, qui n'ont pas encore de dents.”

faim se perpétue elle-même lorsque des mères sous-alimentées, des mères de petite taille, donnent jour à des bébés petits. Il se crée alors un cercle vicieux de la pauvreté et de la faim dont les femmes ont du mal à sortir en raison de leur faible statut social.

Après la naissance, rares sont les enfants qui sont exclusivement nourris au sein. Pour la plupart des mères, l'allaitement exclusif peut-être une contrainte, soit parce qu'elles sont sous-alimentées, soit parce qu'elles effectuent de dures journées de labeur. La plupart ignorent tout simplement que leur lait contient tous les nutriments dont l'enfant a besoin. Souvent, elles donnent aux enfants de l'eau, du thé ou autres boissons en complément du lait maternel, une pratique qui augmente les risques pour l'enfant de contracter des infections. De plus, ces boissons finissent par remplacer le lait maternel, entraînant des carences nutritionnelles chez les enfants. L'idéal serait de commencer à introduire des aliments nutritifs, en plus du lait maternel, à partir du sixième mois de l'enfant. Mais trop souvent, les aliments complémentaires sont introduits trop tôt ou trop tard. En effet, dans certains pays, les enfants reçoivent une alimentation complémentaire à partir de leur première semaine ou de leur premier mois d'âge (Tontisirin et Winichagoon 1999). Dans d'autres pays, l'introduction de l'alimentation complémentaire se fait bien après l'âge recommandé de six mois. En outre, il arrive que la fréquence, les quantités et la valeur énergétique des aliments proposés soient inférieures ou ne correspondent pas aux besoins de l'enfant (2e graphique page 23). Il arrive également que les familles ne disposent pas des moyens pour alimenter leurs jeunes enfants avec des aliments riches en nutriments. Par ailleurs, les maladies dont sont victimes les enfants contribuent à affaiblir leur état nutritionnel. Le manque d'eau salubre et d'installations sanitaires accroît le risque pour l'enfant de développer des maladies infectieuses à répétition. Les maladies diarrhéiques, la fièvre et les vomissements entraînent une mauvaise assimilation des éléments nutritifs, voire leur perte. Souvent, ils limitent également l'appétit de l'enfant. Enfin, dans ce type d'environnement, peu d'enfants bénéficient d'un suivi médical régulier et de campagnes de vaccination.

Les coûts élevés à vie de la malnutrition des enfants en bas âge

La sous-alimentation des enfants en bas âge a des conséquences sur le court et le long terme. Les enfants sous-alimentés in utero et/ou pendant leurs deux premières années risquent de devenir des adultes de petite taille, d'avoir un niveau d'études et un salaire modestes, et d'avoir des enfants présentant un déficit pondéral à la naissance. La sous-alimentation entraîne également des coûts économiques considérables pour les pays en développement, s'élevant à une perte annuelle de l'ordre de 2-3% à 6% du PIB (CEPAL/PMA 2007). Une étude réalisée au Zimbabwe a révélé que les enfants en bas âge souffrant d'un retard de croissance commencent l'école sept mois plus tard par rapport à leurs pairs en bonne santé et, en raison de leur handicap, perdent en

moyenne 0,7 année de scolarité (Alderman, Hoddinott, et Kinsey 2003). Ces retards et pertes d'années de scolarité se traduisent par une diminution de 12% de leurs revenus à l'âge adulte. Par rapport aux enfants ayant bénéficié d'une bonne alimentation, les enfants sous-alimentés risquent davantage de devenir obèses à l'âge adulte, et de souffrir des maladies liés à l'obésité, comme les troubles cardio-vasculaires et le diabète. Dans l'ensemble, il est estimé que 11% du total des maladies au monde sont liées à la sous-alimentation (Black et al. 2008).

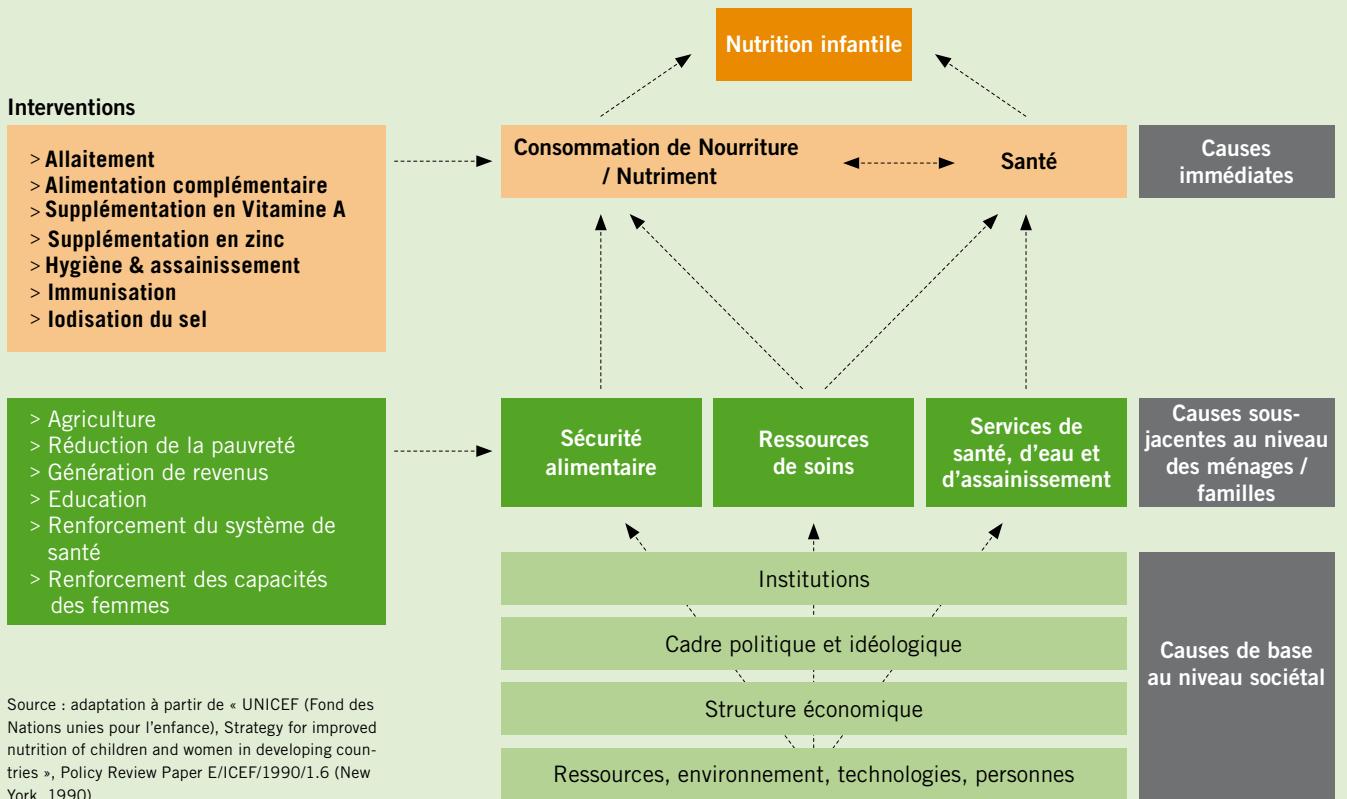
Les bénéfices économiques de la lutte contre la sous-alimentation

Les interventions, directes ou indirectes, qui visent à éradiquer la faim sont bien connues et les programmes de lutte contre la faim présentent un retour important sur l'investissement effectué. Au Guatemala, les garçons ayant participé à un programme nutritionnel pendant leur petite enfance (de 2 à 3 ans) ont des salaires à l'âge adulte supérieurs de 46% par rapport aux garçons qui n'ont pas bénéficié de ce programme (Hoddinott et al. 2008). En 2008, dans le cadre du Consensus de Copenhague, un panel d'experts économiques a examiné en détails les dix principaux défis du monde actuel et est parvenu à la conclusion que les programmes nutritionnels représentaient le meilleur investissement pour atteindre le développement. Pour ce panel, une meilleure lutte contre les carences en vitamine A (en fournissant aux enfants de 5 et 6 ans une dose de cette vitamine tous les 4 à 6 mois) et en zinc (en complément thérapeutique de l'enfant diarrhéique) sauverait immédiatement des centaines de milliers de vies. Selon leurs calculs, l'investissement de 1 USD en complément de micronutriments pour les enfants a un retour d'environ 14 USD pour le zinc et de 17 USD pour la vitamine A (Horton S., Begin France, Greig A., Lakshman A. 2008).

Prévenir la sous-alimentation des enfants en bas âge

Après l'âge de deux ans, les séquelles de la sous-alimentation sont pratiquement irréversibles. Ne pas saisir la « fenêtre d'opportunité » — période allant de la conception au deuxième anniversaire de l'enfant — pour améliorer le statut nutritionnel des enfants peut entraîner des troubles moteurs et cognitifs permanents (Victora et al. 2008). Il est donc crucial que les programmes visant à prévenir la sous-alimentation ciblent les femmes et les jeunes enfants pendant cette période. Il est également indispensable de mettre en place des programmes spécialement conçus pour traiter et promouvoir une meilleure prise en charge des enfants qui n'ont pas pu bénéficier de ce genre d'interventions préventives et qui souffrent d'une malnutrition aiguë, ainsi que pour les enfants victimes de conflits sévères, de catastrophes ou situations d'urgence après leur deuxième anniversaire. Toutefois, des études ont démontré qu'il est plus efficace de prévenir la sous-alimentation infantile que de la guérir (Ruel et al. 2008) et qu'il est donc préférable d'investir pour prévenir la sous-alimentation.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS PERMETTANT DE S'ATTAQUER AUX CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION INFANTILE



mentation pendant les mille premiers jours de l'enfant. Après cette période, la « fenêtre d'opportunité » se referme rapidement.

Améliorer la santé et le bien-être de millions de personnes dans les pays en développement implique de saisir cette « fenêtre d'opportunité » – c'est-à-dire, de concentrer les interventions nutritionnelles sur les filles adolescentes, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de deux ans. En effet, une couverture universelle des jeunes enfants et de leurs mères par des interventions nutritionnelles et des programmes de santé préventive pourrait permettre de réduire la sous-alimentation infantile de 25 à 36%, tout en améliorant la santé et les chances de survie de millions d'enfants (Bhutta et al. 2008).

Pour commencer, les gouvernements devraient investir dans des interventions nutritionnelles ayant un impact immédiat et positif sur la sous-alimentation infantile. Ces interventions devraient se concentrer sur l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes durant la grossesse et l'allaitement, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'introduction opportune d'une alimentation complé-

mentaire adéquate pour les jeunes enfants, et la distribution de compléments alimentaires contenant de la vitamine A et du zinc où cela s'avère nécessaire. Elles devraient également valoriser l'utilisation de sel iodé, la mise en place de campagnes de vaccination et la sensibilisation aux pratiques garantissant une hygiène de qualité. Enfin, l'amélioration de la prise en charge par les parents des besoins des enfants victimes du VIH/SIDA est également cruciale. Ces interventions permettront de lutter efficacement contre les causes directes de la sous-alimentation (voir schéma ci-dessus).

La malnutrition infantile est conditionnée par des causes sous-jacentes existant dans l'environnement où naît et grandit l'enfant. Par conséquent, il est également nécessaire de mettre en place des politiques luttant contre la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les inégalités à l'égard des femmes, le manque d'accès à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement ainsi qu'aux centres de santé, afin d'obtenir des résultats significatifs dans l'amélioration du statut nutritionnel des enfants. Les progrès réalisés en matière de réduction de la sous-alimentation par le Brésil, la Chine, la Thaïlande et le Vietnam,

Francisca Champi Condéa

Province de Pisco au Pérou



“Quand je suis très occupée aux champs, je cuisine rarement. Parfois, nous n'avons pas assez d'argent pour acheter du lait, du fromage ou encore des œufs. La récolte est suffisante pour les besoins de notre famille, mais ne permet pas d'avoir des aliments variés. Nous n'avons par exemple de légumes que pendant la saison des pluies.”

“On nous a appris que donner du fromage à nos enfants risquait de leur créer des problèmes pour parler. Mais je n'ai pas peur de ce risque. Dans les formations, on nous a dit qu'on pouvait leur donner du fromage régulièrement. C'est ce que j'ai fait, et mes enfants savent parler.”

Tatiana Medina Sánchez

Province de Cajamarca au Pérou



“Petit à petit la nutrition des enfants s'améliore grâce aux interventions des ONG et des municipalités. Mais certaines familles n'améliorent pas leur comportement alimentaire, parce qu'elles passent trop de temps à commercialiser leurs produits agricoles ou autres. D'autres n'arrivent pas à s'habituer à la consommation d'aliments spécifiques.”

“Les habitants de certaines communautés ne considèrent pas la malnutrition infantile comme une priorité. Leurs demandes visant à participer à la détermination du budget montrent qu'ils ne priorisent pas la lutte contre la malnutrition.”

témoignent de l'importance de ces facteurs. Une approche prometteuse consiste à intégrer un volet nutritionnel au sein des programmes multisectoriels visant à réduire la pauvreté et à améliorer la sécurité alimentaire et le rôle de la femme dans la société. Des programmes transversaux, comme par exemple les versements de sommes d'argent conditionnés (les parents reçoivent de l'argent sous réserve de la scolarisation de leurs enfants et de l'utilisation d'infrastructures sanitaires) ont révélé un grand potentiel pour améliorer la nutrition des enfants en bas âge pendant la fenêtre d'opportunité (Leroy, Ruel, and Verhofstadt 2009). Les programmes qui font la promotion d'un régime équilibré, à base de fruits, de légumes et de protéines d'origine animale ont également un impact positif sur l'état nutritionnel de tous les membres du foyer (Banque mondiale 2007).

Succès remarquables

Pour plusieurs pays, éradiquer la malnutrition infantile ne figure pas encore dans les priorités politiques. Toutefois, certains pays sont parvenus à réduire de manière rapide et efficace ce type de malnutrition. Les politiques publiques de chaque pays doivent prendre en compte le contexte national ; mais il n'empêche que les expériences menées par ces pays offrent des leçons intéressantes. La Thaïlande, par exemple, a réussi à diminuer de moitié la sous-alimentation infantile entre 1980 et 1990. Celle-ci est passée de 50 à 25%. Le pays est parvenu à ce succès considérable en lançant des initiatives nutritionnelles ciblées afin d'éliminer la sous-alimentation sévère et en créant un vaste réseau de travailleurs bénévoles incitant les personnes à modifier leurs habitudes alimentaires afin de prévenir la malnutrition légère et modérée. A cette époque, il y avait en Thaïlande un bénévole pour 20 ménages. Ces bénévoles ont reçu une formation intensive sur le suivi de la croissance des enfants. Ils sont ensuite devenus formateurs auprès du personnel soignant sur les meilleures techniques d'allaitement et l'introduction des aliments complémentaires, ainsi que sur les soins prénatals et autres services de santé de base. Le gouvernement thaïlandais a considéré que les investissements dans la nutrition ne relevaient pas du domaine de l'assistance sociale mais de celui du développement, et a inscrit les initiatives nutritionnelles dans le cadre du Plan national de développement économique et social du pays (Tontisirin et Winichagoon 1999). La Thaïlande a investi massivement dans les secteurs de la santé, de l'assainissement et de l'éducation pendant cette même décennie.

Entre 1990 et 2002, la malnutrition infantile est passée de 25 à 8% en Chine. Cette baisse remarquable a été le résultat d'une stratégie de réduction de la pauvreté couronnée de succès. Cette stratégie incluait des volets tels que des interventions de santé, de nutrition et de planification familiale à grande échelle et a alloué plus de fonds au secteur de l'eau et de l'assainissement et de l'éducation (Ruel 2008). Cette stratégie s'est montrée très bénéfique pour améliorer

plusieurs des causes sous-jacentes de la sous-alimentation infantile, comme l'état nutritionnel et le niveau d'instruction des mères, le poids à la naissance des enfants et l'accès aux services de santé. En outre, cette période a été marquée par une baisse des taux de pauvreté et de fertilité (Svedberg 2007).

Une autre « success story » récente a eu lieu au Brésil, où la prévalence des retards de croissance chez les enfants est passée de 37% entre 1974 et 1975 à 7% entre 2006 et 2007. Le pays a connu un véritable essor économique, caractérisé par une importante réduction de la pauvreté entre 1970 et 1980. Cependant, l'amélioration de la malnutrition infantile n'a pas eu lieu immédiatement. Les dépenses sociales ont toutefois augmenté considérablement entre la fin des années 1970 et les années 1980, et les budgets consacrés à la santé, à l'éducation et aux programmes alimentaires et nutritionnels ont tous été revus à la hausse. De plus, la couverture des campagnes de vaccination infantile et l'accès à l'eau se sont élargis à la majeure partie du territoire (Ruel 2008). Entre 1996 et 2007, la nutrition infantile s'est principalement améliorée en raison d'un meilleur niveau d'éducation des mères, des revenus familiaux plus élevés, des soins adaptés pour améliorer la santé materno-infantile, et d'un plus grand accès à l'eau potable et à l'assainissement. Le programme de versement d'argent conditionné (Bolsa Família) est un excellent exemple de stratégie de réduction de la pauvreté intégrant la nutrition, la santé et l'éducation (Leroy, Ruel et Verhofstadt 2009). Le programme Bolsa Família, parmi d'autres politiques lancées par le gouvernement brésilien, a permis de réduire les inégalités dans ce pays. Grâce à ces initiatives, l'état nutritionnel des enfants pauvres au Brésil est en train d'atteindre rapidement celui des enfants des familles plus aisées (Monteiro et al. 2009, Monteiro et al. 2010).

D'autres initiatives luttant contre les causes sous-jacentes de la sous-alimentation infantile au niveau local ont également donné de très bons résultats. Un exemple est celui d'un programme visant à émanciper les femmes au Bangladesh à travers la promotion de potagers et de l'élevage domestiques (Lannotti, Cunningham et Ruel 2009). La plupart de ces programmes ne se contentent pas d'intégrer des interventions nutritionnelles, mais luttent également contre la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les inégalités à l'égard des femmes, en offrant à ces dernières des formations et des ressources.

Répondre à la crise

L'importance de la nutrition est de plus en plus reconnue et figure enfin en bonne place sur l'agenda politique international avec notamment l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement consacré à ce domaine (réduire de moitié le nombre de personnes sous-alimentées dans le monde). En 2008, le Consensus de Copen-



Haja Adam Mohamed

Darfur Nord au Soudan

“Nous aimerais mieux nourrir nos enfants, mais n'en avons pas la possibilité à cause du manque de revenus et du prix élevé des céréales. Parfois, même les femmes enceintes ou qui allaitent n'ont pas assez de kilocalories pour avoir suffisamment de lait pour leur bébé.”



Phorn Moern

Province de Ratanakiri, Cambodge

“Je ne mange que des piments écrasés avec du sel et des pousses de bambou. Parfois, lorsque nous avons de quoi, nous achetons au marché des fruits, des œufs de poule ou de canard, et de la viande. Pour aller chercher de la nourriture, il nous faut marcher une heure, parce qu'autour de notre village la nourriture de la forêt est en train de disparaître.”



Rodine Norosea

Technicienne nutritionniste,
Fianarantsoa, Madagascar

“L'alimentation habituelle est composée de trop de glucides parce que le riz est présent en abondance. Il n'est souvent pas possible pour les gens de suivre les recommandations et recettes que nous leur donnons, parce que la nourriture que cela implique n'est pas disponible ou parce qu'ils n'ont pas de quoi l'acheter.”

ague a déclaré que les initiatives nutritionnelles constituaient le meilleur investissement en termes de coûts et de bénéfices pour atteindre le développement. Plusieurs initiatives novatrices, spécifiquement basées sur la nutrition, explorent cette approche sous l'angle de perspectives multiples. Un groupe d'acteurs actifs dans les domaines de la nutrition — institutions multilatérales et bilatérales, organismes universitaires ou de recherche, organisations de la société civile — a publié une série de recommandations pour lutter contre la malnutrition à partir d'initiatives visant en priorité les femmes enceintes et les enfants de moins de 24 mois ayant fait leurs preuves et présentant un bon rapport coût/efficacité, intitulée « Renforcer la nutrition : Un cadre d'action » (Bezanson et Isenman 2010).

Dans le sillage des discussions au sujet de la crise alimentaire mondiale, de la crise du pétrole et de la crise financière, les pays membres du G8 ont décidé de concert de renforcer leurs actions dans le champ de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans les pays pauvres. Ce nouvel engagement figure au cœur de la Déclaration commune sur la sécurité alimentaire mondiale publiée lors du sommet de l'Aquila en 2009. Un nouveau fonds de financement a été lancé peu après cette déclaration. Il s'agit du Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire (Global Agriculture and Food Security Program -GAFSP-). Ce fonds, qui bénéficie du

soutien des principaux bailleurs de fonds internationaux, vise à améliorer la sécurité alimentaire et les revenus des ménages dans les pays pauvres (deux des causes sous-jacentes majeures de la malnutrition infantile) grâce à l'appui au secteur agricole. Le Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA) a démarré un processus de réforme en 2009. L'objectif de cette réforme est de transformer le CSA en la toute première plateforme internationale et intergouvernementale s'occupant des efforts d'élimination de la faim, de nutrition et de sécurité alimentaire dans le monde. Enfin, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a lancé son Initiative alimentaire pour l'avenir (« Feed the Future ») visant à l'amélioration de la production agricole, de la nutrition et des revenus des familles dans le monde entier. Cette initiative, dotée d'un budget d'au moins 3,5 milliards de dollars américains, aidera des pays comme l'Ethiopie, le Guatemala, le Népal et le Rwanda à développer des plans d'investissement dans le secteur agricole, afin de réduire la pauvreté et d'améliorer la nutrition. Récemment, le ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID) a également lancé sa nouvelle stratégie nutritionnelle dont l'objectif est de lutter contre la « crise négligée de la sous-alimentation » en se concentrant sur des actions à court et long terme ciblant les enfants pendant les 1000 jours critiques qui s'écoulent entre leur conception et leur deuxième anniversaire (DFID 2010). En Irlande, le document « Hunger Task Force Report » expose les priorités et le plan d'action du gouvernement irlandais pour lutter contre la faim. Les programmes, dont le but est la réduction de la sous-alimentation des mères et des enfants, figurent parmi les trois principaux champs d'intervention retenus par ce gouvernement. Les deux autres domaines d'intervention sont l'appui aux petits agriculteurs africains – notamment des femmes – pour leur permettre d'augmenter leurs rendements et l'engagement politique à tous niveaux pour garantir que la problématique de la faim reçoive la priorité absolue qu'elle mérite (Gouvernement de l'Irlande 2008).

Dans l'ensemble, ces initiatives constituent un bon début.

Néanmoins, les efforts entrepris au niveau mondial pour atteindre les populations vulnérables et en finir avec la malnutrition infantile doivent être traduits en politiques de grande envergure au niveau national et local. Malgré le consensus scientifique sur l'importance de recevoir une bonne alimentation pendant la petite enfance, la mise en place d'initiatives nutritionnelles innovantes tarde à se concrétiser dans de nombreux pays. Les décideurs politiques des pays en développement, aussi impliqués soient-ils dans l'amélioration du bien-être de leurs concitoyens, négligent souvent la nutrition des jeunes enfants. Pourtant, les jeunes générations sont l'avenir de tout pays. Le succès rencontré par les pays qui ont fait de la nutrition une priorité devrait servir de modèle pour les autres pays. Ces succès, bien que spécifiques à leur contexte, ont tous quelques



Yat Samath

Province de Ratanakiri, Cambodge

“Le centre de santé du district m'a donné deux fois des comprimés de fer (environ 40 comprimés au total). J'ai pris tous ces comprimés, bien que des femmes de mon village m'aient conseillé de ne pas les prendre. Elles craignaient que le fœtus soit trop gros et difficile à accoucher.”

“Pendant ma grossesse, je n'ai pas mangé de tortues ni autres serpents, car je craignais que mes enfants ne leur ressemblent si j'en mangeais.”

“Pendant les deux premiers jours, mon bébé a reçu du lait additionnel à boire mais cela n'était pas suffisant. Je lui ai donné le sein mais il téétait sans avoir de lait. J'ai bu des remèdes traditionnels qui s'appellent 'MemayKounMouy', pour produire plus de lait.”



Programme d'ACTED de lutte contre la malnutrition infantile dans le camps de réfugiés soudanais d'Ouré Cassoni, près de la localité de Bahaï au nord-est du Tchad.

points en commun. Ils ont été rendus possibles grâce à un engagement fort de l'Etat à tous les niveaux, à la coordination d'actions plurisectorielles, au renforcement des structures de santé existantes, à l'augmentation des dépenses publiques, à la mise en place de programmes favorisant l'émancipation des groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées) et des mécanismes de contrôle et d'évaluation permettant d'adapter les interventions à leur contexte (von Braun, Ruel et Gulati 2008).

En déployant des moyens insuffisants pour éradiquer la sous-alimentation, les décideurs sont en train de passer à coté de l'opportunité d'améliorer significativement la vie de millions de leurs concitoyens et d'atteindre leurs objectifs de réduction de la faim et de la pauvreté, et de croissance économique.



APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA SOUS-ALIMENTATION INFANTILE

« Maintenant nous comprenons ce problème et nous savons comment le résoudre »

Concern Worldwide et Welthungerhilfe sont deux organisations qui partagent un fort engagement dans la lutte contre la faim et la sous-alimentation. Elles travaillent dans des contextes variés à travers l'Afrique, l'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes, mettant en place une série de projets basés sur la participation communautaire pour lutter contre la sous-alimentation infantile. Ces projets interviennent tant sur les causes directes de la malnutrition que sur les principaux facteurs indirects : l'insécurité alimentaire, la vulnérabilité des femmes et des enfants, le manque de soins médicaux, le manque d'infrastructures sanitaires et l'insalubrité de l'environnement (voir schéma page 27). Concern Worldwide et Welthungerhilfe s'appuient sur les structures et systèmes communautaires existants et utilisent les méthodes présentant le plus fort potentiel afin d'obtenir des résultats positifs et durables.

Les études de cas présentées ci-dessous offrent un aperçu de deux projets réalisés par Welthungerhilfe dans des régions rurales au Mali et d'un projet de Concern mené dans des régions urbaines au Bangladesh. Les impressions des participants de ces projets, souffrant tous directement de la faim (mères de famille, travailleurs et leaders communautaires), sont également retranscrites. Ces impres-

sions ont été recueillies lors de visites récentes¹ dans le cadre de la préparation de ce rapport. Les personnes interrogées se font porte-parole de tous ceux qui se battent au quotidien pour que femmes et enfants puissent manger à leur faim.

Programme de promotion de meilleures pratiques dans l'agriculture, la nutrition et la santé développé par Welthungerhilfe

Welthungerhilfe est présent au Mali depuis 1968 et conduit actuellement dans la région de Kayes, proche de la frontière avec la Mauritanie, un programme de promotion de meilleures pratiques dans l'agriculture, la nutrition et la santé dans 100 villages des districts de Nioro du Sahel et de Diema où l'insécurité alimentaire est sévère². Ce programme de quatre ans, initié en 2008, bénéficiera à environ 125 000 personnes. L'objectif principal de ce programme est d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes et allaitantes ainsi que la sécurité alimentaire des populations

NUTRITION INFANTILE AU MALI

Au Mali, plus d'un tiers des enfants (34%) souffre d'un retard de croissance et un enfant sur dix (11%) présente une insuffisance pondérale par rapport à sa taille. Le fait qu'il n'y ait eu aucune amélioration des statistiques pendant les quinze dernières années (le taux de retard est pratiquement le même qu'en 1996 (33%), et que la maigreur ait doublé depuis (5% en 1996) est encore plus désolant (UNICEF 2003-2008).

Le Mali est un pays enclavé situé en Afrique de l'Ouest. Il fait partie des pays les moins avancés au monde. Sa population est estimée à 13,5 millions de personnes (Samaké 2007). En 2006, plus de la moitié de la population vivait avec moins de 1,25 USD par jour et plus de 70% de la population avec moins de 2 USD par jour. Plus de deux tiers de la population habite dans des zones rurales, et environ 80% de la population travaille dans

l'agriculture (République du Mali 2005). Comme dans la majorité du Sahel, les habitants du Mali pratiquent une agriculture précaire et sujette à beaucoup de contraintes, comme principal moyen de subsistance. En l'absence de systèmes d'irrigation, la plupart des cultures dépendent exclusivement de pluies faibles et aléatoires. En conséquence, les rendements agricoles varient considérablement d'une année sur l'autre, exposant les familles et tout particulièrement les enfants à l'insécurité alimentaire. Les criquets pèlerins, les infestations granivores et les cycles de sécheresse ont également des conséquences désastreuses pour la majorité des ménages de petits agriculteurs. Cela fut le cas en 2005, lorsqu'une crise alimentaire aiguë a éclaté dans tout le pays, à la suite de mauvaises récoltes en 2004. Une crise similaire a eu lieu dans le nord du Mali au début de l'année

2010 en raison d'une année 2009 marquée par la quasi absence des pluies. Un appel aux dons a été lancé pour faire face à cette sécheresse et la réponse d'urgence a continué tout au long de l'année. Mais pour de nombreuses personnes, ces mesures d'urgence arrivent encore une fois « au compte-gouttes et trop tard ». Au Mali, toutes les causes sous-jacentes de la malnutrition sont réunies : pauvreté endémique, insécurité alimentaire sévère, accès limité à la santé, à l'eau et à l'assainissement, soins inadaptés prodigués aux mères et aux enfants. Dans une enquête nationale effectuée en 2006, la majorité des femmes vivant en milieu rural (72%) ont cité le manque d'argent (59%), une trop grande distance (48,2%) et l'absence de moyens de transport (42%) comme les principaux obstacles pour accéder aux centres de santé (Samaké 2007).

vulnérables. Plus spécifiquement, ce programme vise à réduire de 50% la prévalence de la sous-alimentation infantile chronique dans cette zone (voir l'encadré sur la nutrition infantile au Mali).

Une enquête de référence représentative (utilisant une méthode d'échantillonnage en grappes aléatoire) a été effectuée dans la zone du projet avant le début des activités (de mars à mai 2008). L'enquête a montré que la proportion d'enfants atteints d'un retard de croissance dans cette zone (37%) était similaire à celle observée au niveau national. L'enquête a également révélé que les pratiques nutritionnelles et l'état de santé étaient sous optimaux. L'eau et quelques aliments étaient introduits dans le régime des enfants avant leurs six mois, tandis que les aliments complémentaires étaient introduits après ce stade. La fréquence des repas des enfants, après l'introduction de l'alimentation complémentaire, était basse. Les mères étaient aussi sous-alimentées (18,1% étaient en sous poids avec un IMC < 18,5 et 23,5% étaient à la limite de l'être avec un IMC < 20) et avait un niveau d'instruction bas (1,4% savaient lire et écrire, 67,9% n'avaient reçu aucune éducation).

De plus, l'enquête a montré que les enfants étaient souvent malades. En effet, 32% des enfants avaient été malades pendant les deux semaines précédant l'enquête et 32% des enfants enquêtés boivent régulièrement de l'eau en provenance d'une source non protégée. L'accès aux services de santé est très limité. L'enquête a révélé que plus de 55% des femmes enceintes n'avait eu aucun contrôle médical pendant leur grossesse.

Au Mali, il arrive souvent que les stocks soient épuisés avant la récolte suivante. C'est ce que l'on appelle la période de soudure. La pluviométrie annuelle moyenne oscille entre 300 et 550 millimètres, la saison des pluies s'étale de juillet à octobre et est suivie d'une longue période sèche après la récolte. Le mil et le sorgho sont les principales céréales cultivées. Certains agriculteurs plantent également sur de petites parcelles des arachides et des haricots tropicaux.

Le programme de Welthungerhilfe vise à lutter contre ces problèmes à partir d'une approche intégrant la promotion de la santé et des pratiques nutritionnelles améliorées, ainsi que le renforcement des capacités des structures communautaires existantes pour une gestion durable de ces améliorations. Deux ans après le début de ce projet, les communautés cibles ont remarqué des changements qu'elles attribuent à ce programme.



● Sites du programme de Welthungerhilfe de promotion de meilleures pratiques dans l'agriculture, la nutrition et la santé au Mali.

Améliorer les soins prodigués aux femmes et aux enfants

Les évaluations initiales ont montré que la promotion de la santé au niveau communautaire était faible, mais qu'il existait un réseau « latent », faute d'un soutien durable, de quelques volontaires « promoteurs » de la santé, qui pouvait être réactivé. En partant de cette capacité existante, le projet a identifié les membres de ce réseau et a organisé des sessions de formation sur diverses thématiques liées à la nutrition et à la santé pour « rafraîchir » leurs connaissances.

Modifier les habitudes alimentaires dans le Nord-Ouest du Mali représente un véritable défi. La croyance selon laquelle les nourrissons doivent être alimentés avec du lait animal est profondément enracinée dans cette région. De plus, les femmes ont un niveau d'instruction très faible. Dans ce contexte, il s'est avéré incontournable de former les « promoteurs » de santé communautaires volontaires non seulement sur les messages de santé et de nutrition principaux, mais également sur la façon de délivrer ces messages. Pour cela, les bénévoles ont reçu des formations sur la communication interpersonnelle, sur les qualités d'un bon facilitateur, sur la manière de diriger les discussions sur l'éducation, de prodiguer des conseils et de se comporter lors des visites au domicile des ménages. Afin de renforcer l'impact des messages délivrés par le réseau de volontaires, les mêmes messages clés ont été diffusés à la radio dans les langues locales.

Nous avons des témoignages prouvant que les mères qui ont entendu ces messages et conseils ont amélioré leurs pratiques. Ainsi, une mère a déclaré avoir abandonné la pratique traditionnelle consistant à jeter le colostrum, lait très riche en nutriments produit après l'accouchement, et avoir adopté l'allaitement exclusif et l'introduction d'aliments complémentaires riches en nutriments pour son dernier enfant : « Maintenant, nous allaitons nos enfants pendant les six premiers mois. Avant, nous donnions du lait de chèvre en premier aux enfants, maintenant nous leur donnons notre lait en premier. Le volontaire nous a expliqué que les animaux autour de nous, les chèvres, les vaches et les juments, nourrissent leurs petits avec leur lait. Si les autres animaux le font aussi, ça ne doit pas être dangereux... Avant, nous ne savions pas préparer des aliments adaptés aux besoins de nos enfants avec les produits locaux. Quand nous mangions, nous donnions une petite portion (de notre nourriture) à nos enfants. J'ai remarqué un changement de-



Membre d'un jardin potager d'une association de femmes en train d'arroser les plantations.

puis la naissance de mon dernier enfant après que j'ai été conseillée. J'ai nourri mon bébé au sein pendant les six premiers mois et je l'ai bien alimenté après. Je vois une différence avec mes autres enfants. Depuis sa naissance, ma fille n'a jamais été malade. »

Les volontaires ont également fait des démonstrations culinaires de plats équilibrés et nutritifs à base d'ingrédients disponibles localement.

Amélioration de l'accès aux soins de santé

Selon un des consultants en santé du projet, renforcer les connaissances des « promoteurs » de santé volontaires a constitué un premier pas pour garantir que les enfants dénutris reçoivent des soins adaptés.

« Lors des formations nous avons montré des photos d'enfants souffrant de différents types de malnutrition : kwashiorkor, marasme et œdèmes. Nous avons montré des photos d'enfants locaux. Les volontaires n'avaient jamais vu ce genre de photos auparavant. Au début, ils ne voulaient pas croire que ces enfants souffraient de malnutrition ni qu'ils étaient de la région. »

Et un volontaire confirme : « Nous ne connaissions pas les symptômes. Maintenant nous comprenons ce problème et nous savons comment le résoudre. »

Afin de garantir que les mères des enfants sous-alimentés puissent accéder aux soins de santé, un fonds communautaire a été mis en place, avec pour chaque donation faite par un ménage, une donation équivalente faite par le projet. L'argent du fonds a été placé dans une banque locale et est géré par un comité communautaire. Une mère du village nous livre ses impressions concernant ce fonds :

« Maintenant, nous avons un fonds communautaire pour la nutrition. Si un enfant tombe malade et l'équipe des promoteurs pense qu'il doit être soigné au centre médical de Nioro, nous prenons de l'argent dans le fonds pour payer le transport de l'enfant. »

En janvier 2010, 48 villages avaient un fonds communautaire pour la nutrition, et 1 583 075 francs CFA (environ 3 130 USD) avaient été réunis. Le personnel des centres de santé a confirmé qu'il y avait plus de consultations qu'auparavant, en particulier des enfants sous-alimentés.

Amélioration de l'accès à de la nourriture de qualité

L'amélioration des pratiques alimentaires et un régime équilibré peuvent avoir un impact positif sur la malnutrition à condition qu'il y ait un accès suffisant à la nourriture. L'évaluation initiale a identifié les principaux facteurs d'une production agricole insuffisante, responsables de la disette pendant la période de soudure. Il s'agit des pluies irrégulières, de la pauvreté du sol, de l'érosion et de l'utilisation de semences de mauvaise qualité.

La conception des activités du projet dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de l'agriculture et du renforcement des capacités communautaires a été effectuée en se basant sur une étude approfondie des besoins et ressources disponibles dans chaque village³. Des formations sur les mécanismes de contrôle de l'érosion incluant la construction de barrages de contrôle ainsi que l'amélioration et la multiplication des semences ont été dispensées aux chefs de famille. L'objectif était de maximiser la production dans les parcelles dépendantes de la pluie et d'encourager la diversification des cultures. Par ailleurs, les agriculteurs ont été formés à l'application d'engrais et de engrangement des récoltes.

EXEMPLE D'UNE FICHE PRATIQUE DE PROMOTION DES BONNES PRATIQUES AGRICOLES, NUTRITIONNELLES ET DE SANTÉ DANS LES DEUX DISTRICTS DU NIORO DU SAHEL ET DE DIEMA



Promotion de l'allaitement



Dispensation de médicaments

leurs, les chefs de famille ont également reçu des formations sur le bon stockage des graines, spécialement pendant la période sèche. Le projet a également encouragé la mise en place de jardins potagers communautaires gérés par les femmes et la construction de puits.

Au début, les agriculteurs se sont montrés sceptiques. Cependant, ils ont été rapidement convaincus par les premiers résultats et ont commencé à s'engager pleinement dans les activités du projet. « Pendant la première année, nous n'avons planté qu'un petit lopin de terre avec les nouvelles semences. Nous avons constaté que ces semences avaient un rendement supérieur aux autres et nous en avons planté beaucoup plus l'année suivante... Maintenant, il y en a même qui n'utilisent plus que ces nouvelles semences. Celles-ci produisent 500 kilos par kilo de semence. Les anciennes semences ne produisaient que 300 kilos environ... Avant, le rendement des haricots était si bas que nous n'en avions pas assez pour toute l'année. Maintenant, les ménages ont de quoi tenir toute l'année. »

L'établissement de cette confiance a été essentiel pour l'étape suivante du projet, qui consiste à travailler avec les agriculteurs dans la multiplication de leurs propres semences améliorées pour reconstituer leurs stocks. Les formations apportées aux membres des associations responsables des potagers communautaires ont également permis de diversifier la production agricole disponible pour la vente et la consommation. Une villageoise témoigne : « Nous avons planté une grande diversité de légumes : oignons, choux, tomates, carottes, aubergines... Avant, nous cultivions uniquement des salades et des oignons. Nous consommons notre production, et parfois, lorsque les récoltes sont abondantes, nous en vendons une partie. L'argent ainsi gagné nous permet de nous constituer une épargne pour les coups durs. Dans le cadre du projet, un puits principal et deux puits plus petits ont été construits dans notre village. Nous ne devons plus aller chercher de l'eau dans les villages voisins. Même au mois de juin, il est possible de continuer à cultiver les potagers. »

Deux ans après le début du projet, 289 femmes ont reçu des formations sur les techniques de séchage et de conservation des légumes afin de pouvoir continuer à avoir une alimentation diversifiée pendant la période de soudure.

Pas à pas, ce projet a permis d'améliorer considérablement les revenus et la sécurité alimentaire des ménages.

Faire face aux défis

Deux ans après le début du projet, Welthungerhilfe est conscient qu'il reste des défis à surmonter pour garantir la durabilité de son intervention et redouble d'efforts pour trouver des solutions à ces contraintes.

Le fait que le calendrier agricole au Mali exige que les sols soient préparés et les semences plantées pendant que les agriculteurs traversent, non sans difficultés, la période de soudure est l'un des principaux défis. Les « promoteurs » de santé communautaires, agriculteurs pour la plupart d'entre eux, témoignent qu'il est particulièrement difficile d'assumer l'ensemble de leurs responsabilités pendant cette période. Un volontaire explique ainsi : « Tout le monde est très occupé pendant la journée, et quand la nuit tombe on est très fatigué, ce qui rend très difficile de continuer de délivrer les messages de santé et de visiter les ménages pour suivre l'état de santé de leurs différents membres. »

En conséquence, le suivi de l'état de santé et de nutrition des enfants s'avère particulièrement difficile, justement pendant la période où il est le plus nécessaire. Ce projet essaie de résoudre cette contrainte en mettant en place des systèmes de compensation pour les bénévoles qui sont directement gérés par les communautés. Grâce

à ces systèmes, les bénévoles peuvent bénéficier d'une assistance pendant la période d'ensemencement.

La durabilité du projet sur le long terme constitue un autre défi. Le projet a réussi à engager la population locale – agriculteurs, mères de famille, réseau de bénévoles, élus... – en leur permettant de s'approprier les différentes composantes du projet au fur et à mesure qu'ils constataient des améliorations dans leur quotidien. Les autorités publiques ont été systématiquement impliquées dans la planification et le suivi des interventions. De plus, toutes les activités du projet ont été intégrées au sein des stratégies communautaires de développement social, culturel et écologique. Néanmoins, il peut s'avérer difficile pour les autorités locales de respecter leur engagement lorsque le projet arrivera à son terme et qu'ils ne bénéficieront plus d'un soutien externe, surtout en l'absence d'un soutien au niveau régional ou national.

Les impressions livrées par les bénévoles et les membres de la communauté suggèrent que l'approche adoptée par ce programme, en cherchant à améliorer les connaissances sur la santé et la nutrition, l'accès aux centres de santé et la sécurité alimentaire, était en phase avec les besoins des populations cibles. L'évaluation finale de ce projet permettra de connaître l'impact des activités menées et notamment dans quelle mesure le renforcement des connaissances des bénévoles et des villageois aura permis de mettre en place des changements de pratiques durables et, en conséquence, de diminuer la prévalence de la sous-alimentation infantile.



Programme « Child Survival » pour la survie des enfants développé par Concern

Il y a plus de 10 ans que Concern mène un programme visant à réduire la mortalité maternelle et infantile à Saidpur et Parbatipur, deux grandes upazilas (ou municipalités) situées dans le nord du Bangladesh. Le programme de Concern a entrepris d'atteindre cet objectif en donnant aux individus et aux communautés les moyens de comprendre et d'adopter les pratiques essentielles pour favoriser la survie de mères et des enfants. Il s'agit principalement de les encourager à se rendre dans un centre de santé, pour se faire vacciner ou traiter les premiers symptômes d'une maladie dès leur apparition. En conséquence, la demande pour des soins de qualité s'est accrue dans ces deux municipalités. En parallèle, le programme a cherché à exploiter le potentiel des réseaux existants au niveau local, afin qu'ils puissent eux-mêmes dispenser des soins médicaux, garantissant ainsi un accès universel à la santé primaire.

NUTRITION INFANTILE AU BANGLADESH

Au cours des 25 dernières années, le Bangladesh a accompli des progrès significatifs dans la réduction de la prévalence des retards de croissance et de l'insuffisance pondérale et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Malgré ces améliorations, le taux de mortalité reste élevé avec 54 enfants pour mille qui décèdent avant leur 5ème anniversaire et une part accablante de 43% des enfants souffrant d'un retard de croissance. Avec 160 millions d'habitants, le Bangladesh est un des pays les plus densément peuplé au monde. En raison de sa population importante, ce pays abrite 4% des enfants présen-

tant un retard de croissance au monde (UNICEF 2009b).

Les principales causes de la mortalité infantile sont les complications des troubles des nouveaux-nés (48%), la diarrhée (20%), la pneumonie (15%) et les autres maladies/causes (17%). Il est reconnu que la sous-alimentation des mères et des jeunes enfants est responsable de 35% des décès chez les enfants de moins de 5 ans ; et le Bangladesh ne constitue pas une exception. Dans ce pays, avec l'urbanisation galopante, 30% de la population habite aujourd'hui en milieu urbain. Bien que les statistiques fassent état d'une plus grande

accessibilité aux services de santé en milieu urbain, celles-ci ont tendance à négliger le gouffre existant entre les classes favorisées et les classes les plus démunies.

Les bidonvilles urbains menacent la survie des enfants. En effet, on retrouve dans ces quartiers les trois causes principales de la sous-alimentation infantile – accès inadéquat à l'alimentation, grande vulnérabilité des femmes et des enfants, accès insuffisant aux soins médicaux et environnement insalubre –, qui représentent une menace constante pour la survie, le développement et la santé des enfants des classes urbaines pauvres.

Ces efforts se sont inscrits dans le cadre des politiques publiques existantes, politiques encourageant la création de comités de santé au niveau des municipalités et des communautés, mais qui pour l'instant tardaient à se concrétiser. Le programme a identifié ce décalage entre les politiques publiques et la réalité sur le terrain, notamment au sein des bidonvilles urbains qui ne disposent que de très rares centres de santé opérationnels. Cette nouvelle approche de la santé principalement basée sur les droits constitue un tournant audacieux effectué par Concern dans sa façon de travailler dans ce domaine (voir encadré ci-dessous). En effet, l'approche de Concern était guidée, au préalable, par la prestation directe de services de santé.

Ce programme, bien qu'explicitement centré sur la santé, a également souligné l'importance de la nutrition, en insistant sur le fait

que la survie de l'enfant dépend de l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles (notamment l'allaitement optimal et les compléments en vitamine A). En même temps, le programme s'est attaqué à deux des principales causes indirectes de la sous-alimentation en améliorant l'accès à la santé, à l'eau, à l'assainissement et la qualité et la quantité des soins reçus par les femmes et les enfants. Ainsi, ce programme a non seulement eu un impact sur les chances de survie des enfants, mais, grâce à une meilleure nutrition, a également permis d'améliorer le développement physique et mental des enfants (voir l'encadré sur la nutrition infantile au Bangladesh).

Renforcer les connaissances et les capacités des communautés

Le premier pas pour renforcer les capacités des communautés a été d'engager les leaders municipaux, maires et conseillers, dans

DROIT À UNE ALIMENTATION ADÉQUATE ET À LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

Lors du sommet mondial de la sécurité alimentaire en 2009, les pays membres des Nations Unies ont réaffirmé « le droit de chaque être humain à avoir accès à une nourriture saine, suffisante et nutritive, conformément à la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale ».

Le droit à une alimentation adéquate a été reconnu dans de nombreux textes juridiques aux niveaux international, régional et national. La majorité des Etats membres des Nations Unies ont ratifié ces conventions et sont en conséquence tenus d'honorer leurs engagements.

De plus en plus d'Etats, d'organisations internationales ainsi que de membres de la société civile, conscients que le seul fait d'augmenter la production agricole ne suffira pas à réduire le nombre de personnes souffrant de la faim, de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire, sont en train d'explorer une approche du développement basée sur les droits incluant des activités pour promouvoir la sécurité alimentaire et la santé nutritionnelle. Il faut

avant tout comprendre les causes sous-jacentes de la faim dans chaque contexte pour apporter une réponse adaptée. Les groupes vulnérables, marginalisés, doivent pouvoir bénéficier de programmes agricoles afin de pouvoir se nourrir eux-mêmes, ou de programmes de protection sociale garantissant que les besoins de tous soient satisfaits.

Une approche basée sur les droits de l'homme requiert une adhésion stricte à certains principes essentiels au développement comme celui de la transparence, de l'émancipation des groupes vulnérables, de la participation, ainsi qu'aux principes relatifs aux droits de l'homme impliquant le respect des principes de la dignité humaine, de la non-discrimination, des mécanismes de rendu de comptes et le respect de la primauté du droit. Le concept d'alimentation adéquate correspond à « une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante, correspondant aux traditions culturelles du peuple dont est issu le consommateur, et qui assure une vie psychique et physique, individuelle et collec-

tive, délivrée de toute angoisse, satisfaisante et digne ».

Ce concept ne bénéficie pas encore d'une place prépondérante au sein des politiques et des programmes visant à améliorer la sécurité alimentaire. Il est souhaitable que les gouvernements des pays, où l'insécurité alimentaire et nutritionnelle sévit le plus, fassent preuve de nouveaux engagements politiques et lancent de nouvelles initiatives, avec le soutien des bailleurs et des ONG, qui permettent de garantir le droit à l'alimentation adéquate à l'ensemble de la population. Il existe des guides pratiques officiels sur la meilleure manière de concrétiser, dans le cadre de la législation internationale, le respect du droit à l'alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale à l'attention des acteurs intéressés.

Pour plus d'informations, voir : <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9> et <http://www.fao.org/righttofood/>.

Source : W. B. Eide

RÉSULTATS DES DEUX ENQUÊTES DU PROGRAMME « CHILD SURVIVAL », 2005 ET 2009

Indicateur	Base (2005)	Final (2009)	% variation
Vitamine A pour les enfants (% des enfants entre 6 et 23 mois ayant reçu des doses de vitamine A au cours des six derniers mois, n = 1405/1520)	59	92	33
Vitamine A postpartum (% des mères ayant reçu de la vitamine A au cours des 42 jours suivant l'accouchement, n = 1499/1513)	26	49	23
Nutrition des mères enceintes (% des mères ayant eu une meilleure alimentation que lors de leur grossesse précédente, n = 1499/1513)	32	43	11
Acide folique et fer pendant la grossesse (% des mères ayant pris des compléments d'acide folique et de fer pendant au moins 90 jours lors de leur dernière grossesse, n = 987/1156)	42	52	10
Accouchement assisté (% des mères ayant été assisté lors du dernier accouchement par une sage-femme qualifiée, n = 1499/1513)	49	58	9
Coupe du cordon ombilical (% des mères dont le cordon ombilical a été coupé avec un instrument neuf/propre lors du dernier accouchement, n = 1449/1513)	87	96	9
Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois (% d'enfants âgés entre 0 et 6 mois ayant été nourris au sein exclusivement, n = 600/780)	65	72	7
Alimentation complémentaire optimale (% des enfants entre 6 et 11 mois ayant été allaités + nourris avec des aliments complémentaires 3 fois ou plus au cours des dernières 24 heures, n = 702/733)	57	63	6
Allaitement immédiat après la naissance (% des mères ayant donné le sein à leur nouveau-né dans l'heure ayant suivi leur dernier accouchement, n = 511/230)	44	49	5
Thérapie de réhydratation orale (TRO) (% d'enfants âgés entre 6 et 23 mois ayant souffert de diarrhée au cours des 2 semaines précédentes et ayant reçu une TRO, n = 376/273)	73	75	2
Protection contre le tétanos (% des mères d'enfants âgés entre 0 et 11 mois ayant reçu 2 rappels de tétanos pendant leur dernière grossesse, n = 1499/1513)	64	67	3
Utilisation du savon pour se laver les mains (% des mères ayant des enfants entre 12 et 23 mois déclarant se laver les mains avec du savon aux « 5 moments critiques », n = 1496/1520)	16	17	1
Maintien de l'alimentation pendant l'épisode diarrhéique (% d'enfants âgés entre 6 et 23 mois ayant eu un épisode diarrhéique au cours des 2 semaines précédentes ayant reçu la même/ou plus alimentation/lait maternel que celle d'habitude, n = 329/242)	36	28	-8

Source : enquête de référence (janvier 2005) et enquête finale (mars 2009). Enquêtes sur les connaissances, pratiques et couverture réalisées par Concern International.
 Note : La méthode statistique d'échantillonage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) a été utilisée pour cette enquête dans les sept municipalités. L'enquête de référence de 2005 a été effectuée par Associates pour Community and Population Research, et celle de 2009 par Pathways Consulting Services SA, Dacca.

l'établissement de comités de santé municipaux et de quartier. Le soutien des leaders communautaires a été un élément crucial pour que ces comités voient le jour. Le programme de Concern est parvenu à les rallier à ce projet grâce à des sessions d'information et d'échanges sur le cadre légal existant, qui définit dans les grandes lignes les rôles et les responsabilités des autorités dans la création et la gestion des services de santé. En raison du contexte des bidonvilles urbains au Bangladesh, Concern a du déployer de grands efforts pour compter sur ce soutien, mais une fois celui-ci acquis, les membres des comités ont pu être rapidement recrutés et formés sur la meilleure façon de remplir leurs responsabilités, d'obtenir des subventions de la part du gouvernement central, de soutenir et encadrer les bénévoles et d'évaluer le suivi des programmes et des résultats obtenus.

Les « promoteurs » de la santé volontaires ont reçu une formation sur les principales pratiques d'hygiène, les symptômes des principales maladies infantiles et sur la manière de les soigner, sur les soins adaptés aux femmes enceintes et aux nourrissons, ainsi que sur la nutrition. Chaque bénévole a assuré le suivi de 20 à 25 familles, encourageant et aidant les mères à adopter une bonne hygiène de vie, incitant les personnes malades à se rendre aux centres de santé et recueillant les informations nécessaires pour évaluer les progrès accomplis par le programme. De plus, les sages-femmes

communautaires ont également bénéficié d'une formation afin de reconnaître les principaux symptômes des complications lors de l'accouchement et aider la mère à se rendre à l'hôpital.

Les résultats obtenus après les cinq premières années d'existence du programme (1999-2004) montrent, parmi d'autres indicateurs, une amélioration dans la couverture des vaccinations et de distribution de doses de vitamine A. En partant de ces résultats, il a été décidé d'étendre ce programme à sept autres municipalités entre 2005 et 2009, en utilisant les deux sites d'origine comme des centres de formation. Au cours des dix dernières années, ce programme a bénéficié à environ 1 million de personnes dans neuf régions différentes du Bangladesh.

Preuves de la réussite : une meilleure connaissance des pratiques de santé et un meilleur fonctionnement des services de santé

Selon les résultats des enquêtes effectuées en 2005 (enquête de référence) et en 2009 (enquête finale) dans le cadre du projet « Child Survival » élargi aux 7 municipalités, il apparaît que les soins de santé primaire pour les mères et les enfants, tout comme les principales pratiques pour être en bonne santé, se sont améliorés (tableau page 39). Le plus grand changement a concerné la couverture des enfants en bas âge et des mères postpartum par les campagnes de distribution de capsules de vitamine A. Les autres indicateurs montrent également des améliorations, bien que celles-ci soient plus modestes. La tendance générale est positive, mais les différences entre les résultats obtenus (améliorations significatives ou plutôt modestes) signalent qu'il existe encore des barrières culturelles et liées au genre qui doivent être surmontées pour que les bonnes pratiques se généralisent à l'ensemble des mères et des membres de la communauté.

Des résultats sur le long terme : signes d'un renforcement continu des capacités et de l'amélioration des connaissances

L'obtention de résultats positifs et surtout durables dans la santé et la nutrition – après la fin du projet – est souvent le principal défi de toute intervention. Un an après la fin des activités, une visite a été effectuée dans la zone du projet « Child Survival » afin de discuter avec les communautés et de recueillir leurs impressions sur le projet. Cette visite fut également l'occasion d'avoir un aperçu sur la pérennité des résultats du programme. Les témoignages recueillis auprès des mères, des « promoteurs » de la santé volontaires et des leaders communautaires, ont permis de constater l'existence d'une continuité dans le renforcement des capacités et des bonnes pratiques. Cependant, malgré ces signes encourageants, quelques obstacles à la généralisation des pratiques optimales en termes de nutrition et de santé persistent.

EXEMPLE DE CARTE DE CROISSANCE D'UN ENFANT UTILISÉE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE NUTRITION INFANTILE AU BANGLADESH



Messages d'éducation sur l'allaitement, les compléments nutritionnels, les soins domestiques d'une diarrhée, l'immunisation des enfants, etc.

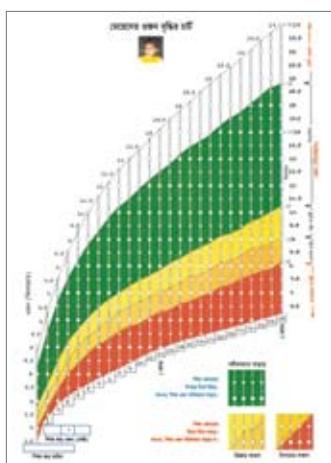


Schéma de développement pour identifier un poids normal, moyen, l'obésité ou une malnutrition modérée ou grave (voir l'exemple page 24).



Réunion de mères dans une maternité du Rangpur, Bangladesh.

Une mère explique : « Maintenant, nous savons reconnaître les signes de la malnutrition, comme par exemple quand les enfants perdent du poids, ou si la couleur de leur peau ou de leurs cheveux change, ou encore s'ils deviennent irritable. Nous connaissons également les différents types d'alimentation. Si l'enfant est malnutri, il faut lui donner, pour l'énergie, du riz, du pain et des pommes de terre, et pour les protéines, du poisson ou dhal (lentilles). Les fruits jaunes et les légumes verts sont des bonnes sources de vitamines. »

Une sage-femme de la communauté témoigne : « Avant, nous ne savions pas comment limiter les risques lors de l'accouchement, on faisait accoucher les femmes par terre, sans même nettoyer le sol au préalable. Maintenant, nous utilisons une surface propre et nous faisons attention à notre hygiène personnelle, spécialement à nos ongles. Grâce aux formations, nous avons appris quelles sont les meilleures pratiques à adopter et nous avons compris que ce que nous faisions avant n'était pas optimal. Cela nous a aidé à changer nos conceptions. »

Les bénévoles continuent de partager leurs connaissances et d'assumer leur rôle après la fin du programme : « Nous sommes très fiers car beaucoup de gens nous connaissent et s'intéressent aux activités sociales que nous faisons... Même si le projet est terminé, les gens savent qu'ils peuvent continuer de faire appel à nous et à nos connaissances s'ils ont besoin d'aide. »

L'amélioration des connaissances s'étend également aux membres des comités de santé de quartier, qui continuent de diffuser les bonnes pratiques alimentaires avec précision et qui sont conscients de leurs responsabilités : « Avant nous n'étions pas reconnus et nous n'étions pas impliqués dans les initiatives autres que les nationales. Maintenant, nous le sommes, nous échangeons des informations entre différents groupes et les responsabilités des comités de santé de quartier sont bien définies. Nous avons un plan du quartier indiquant où habitent toutes les familles, les membres du comité, les bénévoles et les sages-femmes communautaires. Ce plan nous donne une vision d'ensemble de notre communauté et des ressources dont nous disposons. Il nous aide à bien les mobiliser. Les mères savent maintenant où se rendre pour bénéficier de services de santé, et si elles n'ont pas de quoi les payer, maintenant elles savent où se trouve la clinique gratuite. »

L'engagement et l'implication des leaders communautaires dans ce programme ont créé un mouvement d'appropriation des objectifs du projet en ce qui concerne un meilleur accès aux services de santé. Selon un maire : « Avant, notre rôle se limitait à organiser les campagnes de vaccination et à enregistrer les naissances. Maintenant, je vois mon rôle d'une toute autre manière. Par exemple, avant si une femme enceinte avait besoin d'une césarienne et c'était le soir, ou un autre moment où personne ne pouvait effectuer cet acte médical, la mère devait attendre, même si cela entraînait des souffrances pour la

mère et l'enfant à naître. Maintenant, nous avons fait en sorte que les centres publics de santé soient ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Je pense que personne ne devrait mourir en raison d'une absence de soins médicaux. »

Cinq ans après leur création en 2005, les comités de santé de quartier continuent d'assurer leur mission. Dans les cas urgents, ils fournissent les fonds nécessaires pour se faire soigner à ceux qui n'ont pas les moyens : « Si une famille a une urgence médicale et qu'elle n'a pas d'argent, le comité de santé de quartier la soutient économiquement et les bénévoles ou les sages-femmes l'accompagnent ensuite au centre de santé. »

Les comités continuent d'organiser des événements sur le thème de la santé. Ils encouragent et soutiennent les bénévoles et ils font un suivi général de l'état de santé et de nutrition de leur zone. Les bénévoles et les sages-femmes accompagnent les mères et leurs enfants malades aux centres de santé : « L'équipe de la mairie a fait en sorte que les « promoteurs » de la santé bénévoles et les sages-femmes aient un accès facilité aux hôpitaux et cliniques, et qu'ils reçoivent toute l'aide nécessaire quand ils accompagnent un patient.

Les bénévoles et les sages-femmes ont tous reçu des certificats délivrés par la municipalité.

Les membres de la communauté ont confiance dans les connaissances des bénévoles. En effet, celles-ci se sont avérées exactes et ont permis de sauver des vies à plusieurs reprises. Une bénévole décrit ce gain de confiance en expliquant que lorsqu'elle diagnostique une infection respiratoire chez un enfant, que ce diagnostic est ensuite confirmé au centre de santé et que la mère constate l'amélioration de la santé de son enfant grâce aux traitements prescrits, cela permet de renforcer le degré de confiance de l'ensemble des membres de la communauté envers les bénévoles.

Le programme « Child Survival » a débuté alors que les services de santé dans la zone d'intervention étaient quasi inexistant. En effet, ceux-ci étaient limités aux journées de vaccination nationale. Ce programme a permis de changer significativement cette situation. Grâce à la formation d'un personnel soignant, qualifié et motivé, les mères bénéficient aujourd'hui de soins de santé. Cela constitue un avancement notable dans la lutte contre la sous-alimentation infantile. Les résultats des évaluations révèlent plusieurs changements positifs qui permettent d'étayer cet avancement.

Ce programme a permis aux mères de mieux s'occuper de leurs jeunes enfants, non seulement à travers l'appui et le renforcement des ressources existantes au sein des communautés, mais aussi grâce au travail de concert avec les gouvernements dans le but de créer un environnement plus favorable aux soins de santé. Ceci fut également rendu possible grâce à l'amélioration de l'éducation et à

l'apport des mécanismes de soutien nécessaires. Un système solide de suivi et d'évaluation a permis de mesurer l'impact de ces initiatives et de capitaliser sur les leçons apprises, ce qui permettra à l'avenir de mieux planifier de nouveaux projets. Un « promoteur » de la santé bénévole a ainsi expliqué : « Les membres de la communauté connaissent les bénévoles. Ils ne connaissaient pas Concern. Même si le projet est fini, ils savent qu'ils peuvent compter sur nous et sur nos connaissances s'ils ont besoin d'aide, et c'est d'ailleurs ce qu'ils font. »

En 2009, une évaluation a été réalisée afin de déterminer la durabilité des résultats du programme développé entre 2000 et 2004. Cette évaluation a mis en évidence le fait que les municipalités étaient parvenues à maintenir leurs activités principales et à enregistrer une amélioration de plusieurs indicateurs de santé malgré la quasi absence de subventions externes. L'évaluation a également identifié quelques failles, mais dans l'ensemble elle a surtout démontré la durabilité des systèmes de santé urbains s'appuyant sur le gouvernement municipal et les comités de santé de quartier. Suite à cette évaluation, une série de recommandations a été transmise aux différentes parties concernées par ce projet, afin de leur permettre de renforcer leurs bases pour mieux surmonter les défis qui persistent.

Les résultats de ces deux programmes, ainsi que les témoignages des participants, montrent que malgré les défis auxquels les communautés font face, il est toujours possible d'apprendre et de mettre en place des initiatives pour amener un changement positif. Dans le cadre de l'analyse plus large de ce rapport sur l'indice de la faim, ces deux études de cas permettent de montrer l'engagement nécessaire pour combattre efficacement la sous-alimentation infantile ; un engagement caractérisé par le déploiement d'efforts durables et concertés à tous les niveaux.

¹ En juin 2010, Concern Worldwide et Welthungerhilfe ont missionné Sally Newman Abbott, une experte indépendante, pour qu'elle visite les zones où se sont déroulés les projets. Sa mission était de recueillir les opinions des participants du projet sur le problème de la malnutrition infantile ainsi que sur les changements et obstacles observés. Les opinions recueillies ne constituent pas une évaluation, une critique ou une étude complète des projets.

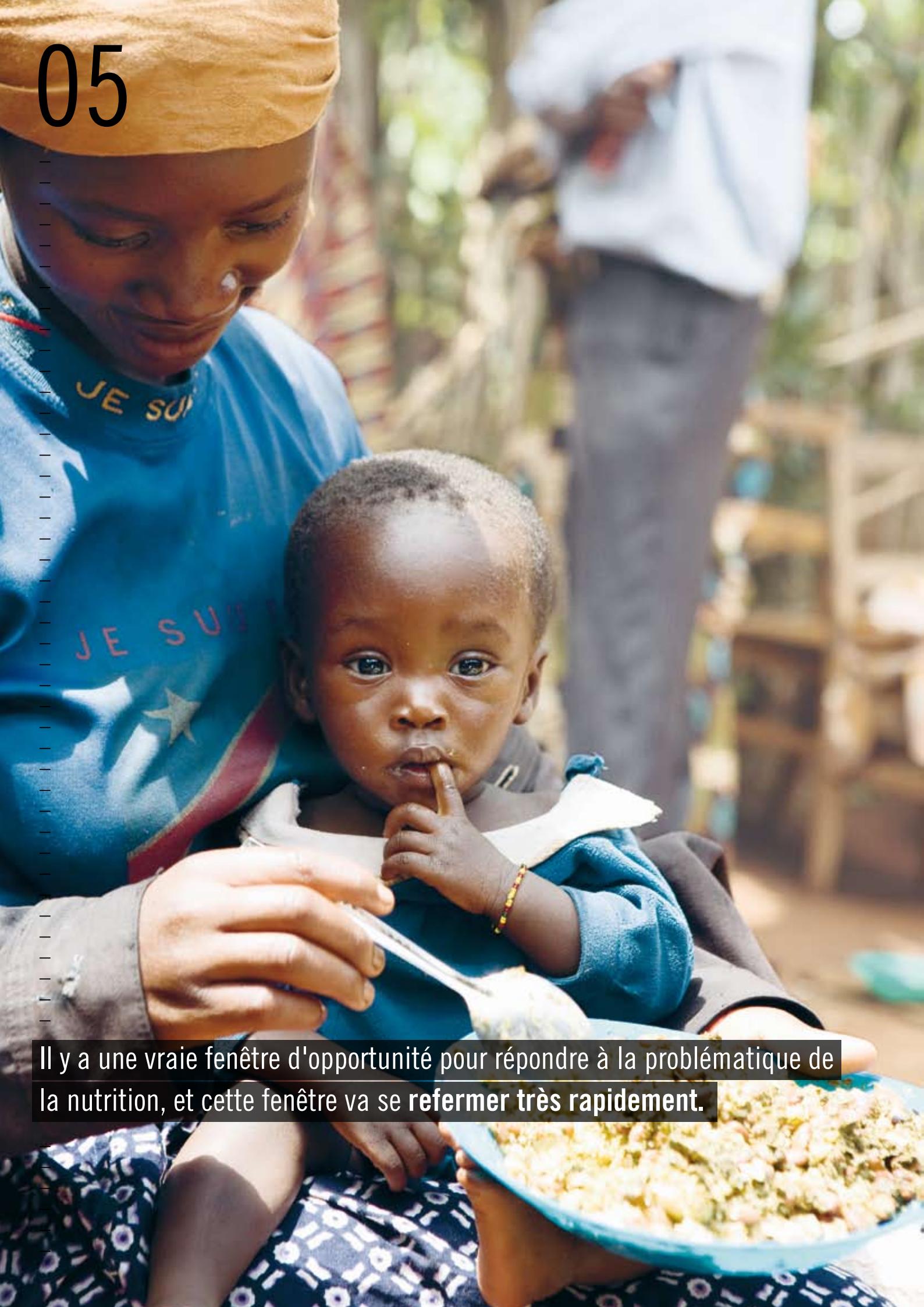
² Welthungerhilfe est reconnaissant envers la Commission européenne pour le soutien financier accordé à ce programme.

³ L'évaluation initiale des besoins a été effectuée par notre partenaire, l'Association pour l'Appui au Développement Global, une ONG locale. L'équipe de l'ONG a fait une revue de la littérature existante et a organisé des ateliers participatifs avec les différentes parties concernées par le projet, dont des élus et des villageois. L'évaluation spécifie la localisation, le climat, les cultures pratiquées, la démographie, les opportunités et les menaces pour la production agricole, les projets et les organisations communautaires existants, ainsi que les principaux problèmes et défis de chaque village.



Les sessions de formation aux bonnes pratiques d'hygiène participent à l'amélioration de la santé des populations sinistrées en Haïti depuis le séisme de janvier 2010.

05



Il y a une vraie fenêtre d'opportunité pour répondre à la problématique de la nutrition, et cette fenêtre va se **refermer très rapidement**.

LUTTER CONTRE LA SOUS-ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS

Recommandations

Une série de facteurs divers, aux effets plus ou moins immédiats, sont à l'origine du phénomène de sous-alimentation des jeunes enfants. Il est crucial que l'ensemble de ces facteurs et leurs particularités soient au cœur des solutions proposées par les politiques publiques. Sur la base des données recueillies et des études menées sur des expériences réussies, nous prodiguons les recommandations suivantes :

> Concentrer les initiatives nutritionnelles sur la période correspondant à la fenêtre d'opportunité.

Les gouvernements et les agences de développement devraient accroître les initiatives nutritionnelles en faveur des femmes et des enfants durant la période comprise entre la conception de l'enfant et son deuxième anniversaire, en recourant à des approches adaptées aux problématiques locales. Ces interventions devraient se concentrer sur l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes durant la grossesse et l'allaitement, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'introduction opportune d'une alimentation complémentaire adéquate pour les jeunes enfants et la distribution de compléments alimentaires contenant de la vitamine A et du zinc où cela s'avère nécessaire. Elles devraient également valoriser l'utilisation de sel iodé, la mise en place de campagnes de vaccination, l'amélioration de la prise en charge des enfants souffrant de diarrhées et des enfants victimes du VIH/SIDA, et la sensibilisation aux pratiques garantes d'une hygiène de qualité. La mise en place de ce type d'actions de prévention en direction des enfants de moins de deux ans pourrait permettre de réduire la sous-alimentation infantile de 25 à 36% (Bhutta et al. 2008). Néanmoins, parce que la mise en place de telles interventions requiert un certain nombre d'exigences en termes de ressources et de gouvernance, sa concrétisation risque de s'avérer difficile dans les pays les plus pauvres.

> S'attaquer aux causes sous-jacentes de la sous-nutrition

Afin d'obtenir des résultats durables, les décideurs devraient également adopter des politiques visant à combattre les causes sous-jacentes de la sous-nutrition. Il s'agit principalement de l'insécurité alimentaire, du manque d'accès aux centres de santé et à des soins de qualité, mais également des mauvaises habitudes alimentaires des femmes et des enfants. Dans le but d'améliorer l'environnement global au sein duquel les enfants grandissent, il serait bénéfique d'adopter des politiques de sensibilisation au développement d'une alimentation saine, des mesures de protection sociale, et des programmes agricoles pensés spécifiquement pour leurs apports en termes nutritifs, et dans l'intérêt des femmes et des personnes les plus pauvres.

> Lutter contre les inégalités liées au genre

Il existe une corrélation entre les inégalités liées au genre et l'état nutritionnel des personnes pauvres (Smith et Haddad 2000 ; Smith et al. 2003 ; Ackerson et Subramanian 2008 ; Von Grebmer et al. 2009). En conséquence, dans les zones où l'état nutritionnel et de santé des femmes ainsi que leur statut social sont faibles, les effets des actions lancées en direction des femmes et des enfants sur la fenêtre d'opportunité risquent d'être minimes. C'est la sécurité alimentaire de l'ensemble du ménage qui peut s'en trouver réduite. Il est essentiel de s'attaquer aux inégalités liées au genre à tous les moments de la vie, afin de mettre les jeunes filles en condition de devenir des mères aux comportements sains et responsables. Protéger la santé et l'état nutritionnel des filles et des jeunes femmes avant la grossesse, par la mise en place d'actions en direction des adolescents et des jeunes adultes, peut être particulièrement bénéfique. Il peut s'agir de politiques de protection sociale, de programmes d'accès à la santé, à l'éducation, et à une alimentation saine.

> Placer la question de la nutrition au cœur des décisions politiques

L'émergence de nouvelles initiatives nutritionnelles est très récente. Un travail considérable reste à accomplir au cours des deux prochaines années, afin de permettre l'installation pérenne de la question de la nutrition à l'agenda politique et, surtout, la mise en œuvre effective des initiatives nutritionnelles. Afin que les autorités tiennent leurs engagements, des mécanismes visant à leur imposer de rendre compte de leurs actions devront être mis en place. Par ailleurs, l'ensemble des acteurs impliqués – gouvernements, société civile, entreprises, universités, établissements de recherche – devront conjuguer leurs compétences et leurs efforts pour mettre en place des actions conjointes, en prenant soin d'établir précisément le rôle et les responsabilités de chacun. Cette coopération est une condition nécessaire à la réussite des initiatives nutritionnelles.

> Assurer les acteurs locaux d'un soutien sans faille

Les compétences et l'implication des acteurs locaux sont indispensables à la réussite des actions nutritionnelles, car ils d'une connaissance fine des particularités de leur contexte d'intervention. Les études de cas menées par Welthungerhilfe et Concern (cf. chapitre 4) ont démontré la complexité de la prise en charge de la sous-alimentation, dans deux contextes très différents, et selon deux approches distinctes. Les principes d'intervention retenus au terme de l'analyse de ces programmes devront être invoqués afin

de guider le travail de formulation et de mise en œuvre des actions visant à vaincre le fléau de la sous-alimentation :

- **Permettre à l'ensemble des acteurs concernés de s'approprier leurs actions.** Il est crucial de s'assurer que les mères, les travailleurs médico-sociaux, les leaders communautaires, les autorités et structures locales soient associés à toutes les phases du programme, depuis sa planification jusqu'à son évaluation, en passant par sa mise en œuvre. Leur implication continue est indispensable à l'obtention d'effets positifs et durables sur l'état nutritionnel des enfants.
- **Mettre à contribution les structures et les compétences existantes.** L'expérience et les compétences des travailleurs sociaux et des structures locales de coordination sont les éléments moteurs de programmes à l'efficacité durable. Leurs compétences doivent être valorisées et revitalisées, au besoin par des formations. L'engagement des travailleurs bénévoles doit être encouragé.
- **Renforcer les capacités des leaders communautaires et des populations visées.** Le renforcement des capacités ne doit pas se cantonner à l'expertise technique, mais s'élargir aux compétences de communication – notamment l'adaptation du message à son interlocuteur – et de conseil aux travailleurs sociaux. Ce travail de renforcement des capacités doit également viser le développement de compétences de management, de gestion de projet et d'évaluation des résultats. Enfin, il doit permettre aux leaders communautaires de comprendre les enjeux politiques et de s'y impliquer, en vue d'être capable s d'influencer les décisions prises au niveau local, comme au niveau national.

- **Susciter la confiance et l'implication des populations visées par des résultats probants.** Les études de cas décrites dans le chapitre 4 soulignent l'importance et le pouvoir des résultats. Leur présentation a permis de convaincre les mères de transformer leurs connaissances théoriques en pratiques concrètes, et les fermiers d'adopter de nouvelles variétés de semences et des mécanismes de maîtrise de l'érosion, qui leur étaient jusqu'ici étrangers.

Le GHI 2010 a permis d'identifier les pays et les régions du monde dans lesquels l'urgence d'actions visant à améliorer l'état nutritionnel des jeunes enfants se fait sentir. Celles-ci recèlent un fort potentiel encore peu exploité. Pourtant, l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants en bas âge a de nombreuses implications vertueuses. Elle a non seulement pour effet d'alléger la souffrance inutile de millions – voire de milliards – de personnes à travers le monde ; mais elle garantit de surcroît le développement d'une population en meilleure santé, donc plus productive, tout en favorisant l'efficacité d'autres actions de développement, lorsqu'elles existent. Soutenir ce genre d'initiatives constitue, in fine, la pierre angulaire pour parvenir à libérer le monde du fléau de la faim.



En bonne voie vers un avenir en bonne santé : des enfants déjeunent dans une garderie.

ANNEXES

Source des données et mode de calcul des GHI de 1990 et de 2010

Les trois indicateurs de l'indice sont exprimés en pourcentage et pondérés de la même manière. Les valeurs de GHI élevées indiquent un niveau de faim élevé. L'indice varie entre 0 (minimum) et 100 (maximum), mais ces deux extrêmes ne sont jamais atteints dans la pratique. Un indice GHI équivalent à 100 serait atteint seulement si la totalité des enfants décédaient avant leur cinquième anniversaire, si l'ensemble de la population était sous-alimentée et si tous les enfants de moins de cinq ans présentaient une insuffisance pondérale. Un GHI égal à 0 voudrait dire qu'il n'y a pas de personnes sous-alimentées au sein d'une population, qu'aucun enfant de moins de 5 ans ne présente une insuffisance pondérale, et qu'aucun enfant ne décède avant son cinquième anniversaire. Le tableau ci-dessous présente un aperçu de sources des données utilisées pour calculer l'indice de la faim dans le monde (GHI).

L'INDICE DE FAIM DANS LE MONDE, INDICE GHI EST CALCULÉ COMME SUIT :

$$\text{GHI} = (\text{PPS} + \text{PIP} + \text{TM})/3$$

avec **GHI** : Global Hunger Index

PPS : Proportion de la population sous-alimentée (en %)

PIP : prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (en %)

TM : taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (en %)

INDICATEURS DU « GLOBAL HUNGER INDEX », GHI DE 1990 ET GHI DE 2010

GHI	Nombre de pays avec un GHI	Indicateurs	Années de référence	Source des données
1990	99	Pourcentage de la population sous-alimentée ^a	1990–92 ^b	FAO 2009 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	1988–92 ^c	OMS 2010a et estimations des auteurs
		Mortalité des moins de 5 ans	1990	UNICEF 2009b
2010	122	Pourcentage de la population sous-alimentée ^a	2004–06 ^b	FAO 2009 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	2003–08 ^e	OMS 2010a, UNICEF 2010, MEASURE DHS 2010 ^d et estimations des auteurs
		Mortalité des moins de 5 ans	2008	UNICEF 2009b

^a Proportion de la population ayant un apport calorique insuffisant.

^b Moyenne pour la période des trois ans.

^c Données de l'année la plus proche de 1990 ; si les données de 1988 et 1992, ou 1989 et 1991 étaient disponibles, la moyenne a été utilisée. Les estimations des auteurs concernent 1990.

^d Les données des sources de l'OMS 2010a sont des données primaires, celles de l'UNICEF 2010 et MEASURE DHS 2010 sont secondaires.

^e Les données les plus récentes recueillies pendant cette période.

DONNÉES BRUTES POUR LE CALCUL DES INDICES DE LA FAIM DANS LE MONDE GHI DE 1990 ET DE 2010

Pays	Proportion de la population sous-alimentée (en %)		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		GHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (avec données 1988-92)	2010 (avec données 2003-08)
Afghanistan	-	-	-	32,8 *	26,0	25,7	-	-
Albanie	11,0 *	5,0 *	10,6 *	6,6	4,6	1,4	8,7	<5
Algérie	4,0 *	3,0 *	8,0	3,0	6,4	4,1	6,1	<5
Angola	66,0	44,0	29,8 *	15,5 *	26,0	22,0	40,6	27,2
Argentine	1,0 *	1,0 *	3,5 *	2,3 *	2,9	1,6	<5	<5
Armenie	-	23,0	3,7 *	4,2	5,6	2,3	-	9,8
Azerbaïdjan	-	11,0	10,6 *	8,4	9,8	3,6	-	7,7
Bahreïn	-	-	6,3	4,5 *	1,6	1,2	-	-
Bangladesh	36,0	26,0	56,5	41,3	14,9	5,4	35,8	24,2
Biélorussie	-	2,0 *	2,4 *	1,3	2,4	1,3	-	<5
Bénin	28,0	19,0	25,7 *	20,2	18,4	12,1	24,0	17,1
Bhoutan	-	-	34,0	12,0 *	14,8	8,1	-	-
Bolivie	24,0	23,0	9,7	4,3	12,2	5,4	15,3	10,9
Bosnie-Herzégovine	-	3,0 *	3,5 *	1,6	2,3	1,5	-	<5
Botswana	20,0	26,0	18,0 *	8,4 *	5,0	3,1	14,3	12,5
Brésil	10,0	6,0	6,1	2,2	5,6	2,2	7,2	<5
Bulgarie	4,0 *	8,0 *	2,5 *	2,2 *	1,8	1,1	<5	<5
Burkina Faso	14,0	9,0	33,9 *	37,4	20,1	16,9	22,7	21,1
Burundi	44,0	63,0	32,4 *	35,0	18,9	16,8	31,8	38,3
Cambodge	38,0	25,0	44,7 *	28,8	11,7	9,0	31,5	20,9
Cameroun	34,0	23,0	18,0	16,6	14,9	13,1	22,3	17,6
Rep. centrafricaine	47,0	41,0	25,3 *	24,0	17,8	17,3	30,0	27,4
Tchad	59,0	38,0	33,8 *	33,9	20,1	20,9	37,6	30,9
Chili	7,0	2,0 *	1,1 *	0,5 *	2,2	0,9	<5	<5
Chine	15,0	10,0	15,3	6,0	4,6	2,1	11,6	6,0
Colombie	15,0	10,0	8,8	5,1	3,5	2,0	9,1	5,7
Comores	40,0	51,0	16,2	22,1	12,8	10,5	23,0	27,9
Rep. du Congo	29,0	75,0	25,2 *	28,2	19,9	19,9	24,7	41,0
RDC	40,0	21,0	16,9 *	11,8	10,4	12,7	22,4	15,2
Costa Rica	3,0 *	4,0 *	2,5	1,1 *	2,2	1,1	<5	<5
Côte d'Ivoire	15,0	14,0	18,1 *	16,7	15,0	11,4	16,0	14,0
Croatie	-	3,0 *	0,5 *	0,2 *	1,3	0,6	-	<5
Cuba	5,0	1,0 *	4,5 *	3,5	1,4	0,6	<5	<5
Djibouti	60,0	31,0	20,2	30,1	12,3	9,5	30,8	23,5
Rep. dominicaine	27,0	21,0	8,4	3,4	6,2	3,3	13,9	9,2
Équateur	24,0	13,0	9,5 *	6,2	5,3	2,5	12,9	7,2
Égypte	3,0 *	3,0 *	9,1	6,8	9,0	2,3	7,0	<5
El Salvador	9,0	10,0	11,1	5,8 *	6,2	1,8	8,8	5,9
Érythrée	-	66,0	- *	35,3 *	15,0	5,8	-	35,7
Estonie	-	4,0 *	6,1 *	1,2 *	1,8	0,6	-	<5
Éthiopie	71,0	44,0	39,2	34,6	21,0	10,9	43,7	29,8
Fidji	8,0	3,0 *	7,7 *	4,4 *	2,2	1,8	6,0	<5
Gabon	5,0	3,0 *	8,8 *	8,4 *	9,2	7,7	7,7	6,4
Gambie	20,0	29,0	17,3 *	15,8	15,3	10,6	17,5	18,5
Géorgie	-	12,0	1,6 *	2,3	4,7	3,0	-	5,8
Ghana	34,0	8,0	24,4	14,3	11,8	7,6	23,4	10,0
Guatemala	14,0	16,0	23,6 *	16,5 *	7,7	3,5	15,1	12,0
Guinée	19,0	16,0	23,7 *	20,8	23,1	14,6	21,9	17,1
Guinée-Bissau	20,0	31,0	18,6 *	17,2	24,0	19,5	20,9	22,6
Guyana	18,0	6,0	16,4 *	10,8	8,8	6,1	14,4	7,6

Note : * correspond aux estimations des auteurs.

DONNÉES BRUTES POUR LE CALCUL DES INDICES DE LA FAIM DANS LE MONDE GHI DE 1990 ET DE 2010

Pays	Proportion de la population sous-alimentée (en %)		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		GHI		
			1990–92	2004–06	1988–92	2003–08	1990	2008	1990 (avec données 1988–92)
	1990–92	2004–06							
Haïti	63,0	58,0	22,5	18,9	15,1	7,2	33,5	28,0	
Honduras	19,0	12,0	15,8	8,6	5,5	3,1	13,4	7,9	
Inde	24,0	22,0	59,5	43,5	11,6	6,9	31,7	24,1	
Indonésie	19,0	16,0	31,0	19,6	8,6	4,1	19,5	13,2	
Iran	3,0 *	4,0 *	16,0 *	4,4	7,3	3,2	8,8	<5	
Irak	-	-	10,4	7,1	5,3	4,4	-	-	
Jamaïque	11,0	5,0	5,2	2,2	3,3	3,1	6,5	<5	
Jordanie	3,0 *	3,0 *	4,8	3,5 *	3,8	2,0	<5	<5	
Kazakhstan	-	1,0 *	2,7 *	4,9	6,0	3,0	-	<5	
Kenya	33,0	30,0	17,4 *	16,5	10,5	12,8	20,3	19,8	
Koweït	20,0	4,0 *	6,8 *	2,5 *	1,5	1,1	9,4	<5	
Kirghizistan	-	3,0 *	4,8 *	2,7	7,5	3,8	-	<5	
Laos	27,0	19,0	44,4 *	31,6	15,7	6,1	29,0	18,9	
Lettonie	-	2,0 *	2,0 *	0,9 *	1,7	0,9	-	<5	
Liban	3,0 *	2,0 *	4,6 *	4,2	4,0	1,3	<5	<5	
Lesotho	15,0	15,0	13,8	13,6	10,1	7,9	13,0	12,2	
Liberia	30,0	38,0	16,9 *	20,4	21,9	14,5	22,9	24,3	
Libye	1,0 *	2,0 *	4,1 *	5,6	3,8	1,7	<5	<5	
Lituanie	-	0,0 *	2,5 *	1,3 *	1,6	0,7	-	<5	
Macédoine	-	4,0 *	2,8 *	2,0	3,6	1,1	-	<5	
Madagascar	32,0	35,0	35,5	36,8	16,7	10,6	28,1	27,5	
Malawi	45,0	29,0	24,4	15,5	22,5	10,0	30,6	18,2	
Malaisie	2,0 *	2,0 *	22,1	7,0	1,8	0,6	8,6	<5	
Mali	14,0	10,0	33,5 *	27,9	25,0	19,4	24,2	19,1	
Mauritanie	10,0	8,0	43,2	19,4 *	12,9	11,8	22,0	13,1	
Maurice	7,0	6,0	12,6 *	12,4 *	2,4	1,7	7,3	6,7	
Mexique	5,0 *	4,0 *	13,9	3,4	4,5	1,7	7,8	<5	
Moldavie	-	6,0 *	3,6 *	3,2	3,7	1,7	-	<5	
Mongolie	30,0	29,0	10,8	5,3	9,8	4,1	16,9	12,8	
Monténégro	-	9,0 *	-	2,2	1,5	0,8	-	<5	
Maroc	5,0	4,0 *	8,1	9,9	8,8	3,6	7,3	5,8	
Mozambique	59,0	37,0	28,4 *	21,2	24,9	13,0	37,4	23,7	
Myanmar	44,0	17,0	32,5	29,6	12,0	9,8	29,5	18,8	
Namibie	29,0	19,0	21,5	17,5	7,2	4,2	19,2	13,6	
Népal	21,0	16,0	47,2 *	38,8	14,2	5,1	27,5	20,0	
Nicaragua	52,0	21,0	11,3 *	6,0	6,8	2,7	23,4	9,9	
Niger	38,0	28,0	41,0	32,9 *	30,5	16,7	36,5	25,9	
Nigeria	15,0	8,0	35,1	26,7	23,0	18,6	24,4	17,8	
Corée du Nord	21,0	32,0	22,0 *	20,6 *	5,5	5,5	16,2	19,4	
Oman	-	-	21,4	8,4 *	3,1	1,2	-	-	
Pakistan	22,0	23,0	39,0	25,3 *	13,0	8,9	24,7	19,1	
Panama	18,0	17,0	8,8 *	4,3 *	3,1	2,3	10,0	7,9	
Papouasie N. Guinée	-	-	18,0 *	18,0 *	9,1	6,9	-	-	
Paraguay	16,0	12,0	2,8	3,0	4,2	2,8	7,7	5,9	
Pérou	28,0	13,0	8,8	5,4	8,1	2,4	15,0	6,9	
Philippines	21,0	15,0	29,9	20,7	6,1	3,2	19,0	13,0	
Qatar	-	-	-	-	2,0	1,0	-	-	
Roumanie	3,0 *	0,0 *	5,0	2,8 *	3,2	1,4	<5	<5	
Fédération Russe	-	2,0 *	2,5 *	1,6 *	2,7	1,3	-	<5	
Rwanda	45,0	40,0	24,3	18,0	17,4	11,2	28,9	23,1	

Note : *correspond aux estimations des auteurs.

DONNÉES BRUTES POUR LE CALCUL DES INDICES DE LA FAIM DANS LE MONDE GHI DE 1990 ET DE 2010

Pays	Proportion de la population sous-alimentée (en %)		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (en %)		GHI	
	1990–92	2004–06	1988–92	2003–08	1990	2008	1990 (avec données 1988–92)	2010 (avec données 2003–08)
Arabie Saoudite	2,0 *	1,0 *	12,2 *	5,3	4,3	2,1	6,2	<5
Sénégal	28,0	25,0	19,6	14,5	14,9	10,8	20,8	16,8
Serbie	-	9,0 *	-	1,8	2,9	0,7	-	<5
Sierra Leone	45,0	46,0	25,4	21,3	27,8	19,4	32,7	28,9
Slovaquie	-	4,0 *	8,5 *	0,8 *	1,5	0,8	-	<5
Somalie	-	-	-	32,8	20,0	20,0	-	-
Afrique du Sud	6,0 *	5,0 *	10,3 *	10,1	5,6	6,7	7,3	7,3
Sri Lanka	27,0	21,0	33,4 *	21,1	2,9	1,5	21,1	14,5
Soudan	31,0	20,0	35,9 *	31,7	12,4	10,9	26,4	20,9
Suriname	11,0	7,0	12,6 *	7,0	5,1	2,7	9,6	5,6
Swaziland	12,0	18,0	8,1 *	6,1	8,4	8,3	9,5	10,8
Syrie	4,0 *	4,0 *	14,2 *	10,0	3,7	1,6	7,3	5,2
Tadjikistan	-	26,0	10,0 *	15,0	11,7	6,4	-	15,8
Tanzanie	28,0	35,0	25,1	16,7	15,7	10,4	22,9	20,7
Thaïlande	29,0	17,0	17,2 *	7,0	3,2	1,4	16,5	8,5
Timor Oriental	-	23,0	-	44,6	18,4	9,3	-	25,6
Togo	45,0	37,0	23,5	20,5	15,0	9,8	27,8	22,4
Trinité-et-Tobago	11,0	10,0	6,2 *	2,4 *	3,4	3,5	6,9	5,3
Tunisie	1,0 *	1,0 *	9,1	3,3	5,0	2,1	5,0	<5
Turquie	1,0 *	2,0 *	8,6 *	2,6	8,4	2,2	6,0	<5
Turkménistan	-	6,0	13,4 *	8,0	9,9	4,8	-	6,3
Ouganda	19,0	15,0	19,7	16,4	18,6	13,5	19,1	15,0
Ukraine	-	2,0 *	1,6 *	0,6 *	2,1	1,6	-	<5
Uruguay	5,0	2,0 *	6,6 *	6,0	2,4	1,4	<5	<5
Ouzbékistan	-	13,0	9,3 *	4,4	7,4	3,8	-	7,1
Venezuela	10,0	12,0	6,7	4,4	3,2	1,8	6,6	6,1
Vietnam	28,0	13,0	40,7	20,2	5,6	1,4	24,8	11,5
Yémen	30,0	32,0	47,7 *	43,1	12,7	6,9	30,1	27,3
Zambie	40,0	45,0	19,5	14,9	17,2	14,8	25,6	24,9
Zimbabwe	40,0	39,0	8,0	14,0	7,9	9,6	18,6	20,9

Note : * correspond aux estimations des auteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerson, L. et S. V. Subramanian. 2008. **Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India**. American Journal of Epidemiology 167 (10) : 1188–96.
- Alderman, H., J. Hoddinott et B. Kinsey. 2003. **Long-term consequences of early childhood malnutrition**. Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 168. Washington DC, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Alkire, S. et M. E. Santos. 2010. **Multidimensional Poverty Index : 2010 data**. Oxford Poverty and Human Development Initiative. www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/.
- Banque mondiale. 2007. **From agriculture to nutrition : Pathways, synergies, and outcomes**. Washington, DC.
- . 2009. **Governance matters 2009 : Worldwide governance indicators, 1996–2008**. Washington, DC. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/faq.htm>.
- . 2010. **World development indicators database**. Washington, DC.
- Bezanson, K. et P. Isenman. 2010. Scaling up nutrition : A framework for action. Food and Nutrition Bulletin 31 (1) : 178–86.
- Bhutta, Z. A., T. Ahmed, R. E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B. A. Haidar, B. Kirkwood, S. S. Morris, H. P. S. Sachdev, M. Shekar, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival**. The Lancet 371 (9610) : 417–40.
- Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers, J. Rivera, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition : Global and regional exposures and consequences**. The Lancet 371 (9608) : 243–60.
- CEPAL/PMA. 2007. **Ánalisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centroamérica y República Dominicana, Panorama General**. Santiago, Chile.
- Chen, S. et M. Ravallion. 2008. **The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty**. Policy Research Working Paper 4703. Washington, DC : Banque mondiale.
- de Benoist, B., M. Andersson, I. Egli, B. Takkouche, et H. Allen. 2004. **Iodine status worldwide : WHO global database on iodine deficiency**. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- de Benoist, B., E. McLean, M. Cogswell, I. Egli et D. Wojdyla. 2008. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 : WHO global database on anaemia**. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- DFID (UK Department for International Development). 2010. **The neglected crisis of undernutrition : DFID's strategy**. London. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.dfid.gov.uk/Global-Issues/How-we-fight-Poverty/Health/Nutrition/The-neglected-crisis-of-under-nutrition-DFIDs-strategy/>.
- FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2009. **State of food insecurity in the world 2009**. Rome.
- . 2010a. **State of food insecurity in the world 2010**. Rome.
- . 2010b. **When emergencies last for decades : How to improve food security in protracted crises**. Economic and Social Perspectives Policy Brief 7. Rome.
- Gillespie, S., J. Mason et R. Martorell. 1996. **How nutrition improves. Nutrition Policy Discussion Paper No. 15**. Geneva : United Nations Administrative Committee on Coordination–Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN).
- Gouvernement d'Irlande. 2008. **Hunger Task Force : Report to the Government of Ireland**. http://www.irishaid.gov.ie/uploads/hunger_task_force.pdf.
- Griffiths, M. 2009. **Focusing on improving household practices and strengthening community support**. Presentation at the Bread for the World's National Gathering, American University, Washington, DC, June.
- Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores et R. Martorell. 2008. **Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults**. The Lancet 371 (9610) : 411–16.
- Horton S., Begin France, Greig A., Lakshman A. 2008. **Best Practice Paper : Micronutrient Supplements for Child Survival (Vitamin A and Zinc)**. Copenhagen Consensus Centre, Copenhagen.
- Iannotti, L., K. Cunningham et M. Ruel. 2009. **Diversifying into healthy diets : Homestead food production in Bangladesh**. In D. J. Spielman et R. Pandya-Lorch, eds., Millions fed : Proven successes in agricultural development. Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

- IFPRI (Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires)/ Welthungerhilfe/Concern. 2007. **The challenge of hunger 2007 : Global Hunger Index : Facts, determinants, and trends.** Washington, DC, Bonn et Dublin.
- Khor, G. L. 2005. **Micronutrient status and intervention programs in Malaysia.** Food and Nutrition Bulletin 26 (2) : S281–85.
- Leroy, J. L., M. Ruel et E. Verhofstadt. 2009. **The impact of conditional cash transfer programmes on nutrition : A review of evidence using a programme theory framework.** Journal of Development Effectiveness 1 (2) : 103–29.
- MEASURE DHS. 2010. **Demographic health surveys.** Calverton, USA. http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/search_survey_main.cfm?SrvyTp=type.
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, S. C. Konno, A. C. F. Silva, A. L. L. Lima et W. L. Conde. 2009. **Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996–2007.** Revista de Saude Publica 43 : 35–43, PMID:19169574.
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, W. L. Conde, Silvia Konno, A. L. Lovadino, A. J. D. Barros et C. G. Victora. 2010. **Narrowing socioeconomic inequality in child stunting : The Brazilian experience, 1974–2007.** Bulletin of the World Health Organization 88 : 305–11.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2009. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk, 1995–2005 : WHO global database on vitamin A deficiency.** Genève.
- . 2010a. **Global database on child growth and malnutrition.** Genève. <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/en/index.html>.
- . 2010b. **Global database on child growth and malnutrition : India.** http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/ind.pdf.
- République du Mali, Ministère de la Santé. 2005. **Plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition.** Bamako. <http://www.sante.gov.ml/cps/Documents/PSNAN.pdf>.
- Rossi, L., T. Hoerz, V. Thouvenot, G. Pastore et M. Michael. 2006. **Evaluation of health, nutrition, and food security programmes in a complex emergency : The case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation.** Public Health Nutrition 9 (5) : 551–56.
- Ruel, M. T. 2008. **Addressing the underlying determinants of undernutrition : Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies.** SCN News 36 : 21–29.
- Ruel, M. T., P. Menon, J.-P. Habicht, C. Loechl, G. Bergeron, G. Pelto, M. Arimond, J. Maluccio, L. Michaud et B. Hankeba. 2008. **Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti : A cluster randomised trial.** The Lancet 371 (9612) : 588–95.
- Ruel, M.T. **The Oriente study : program and policy impacts.** 2010. Journal of Nutrition 140 : 415–418.
- Samaké, S., S. M. Traoré, S. Ba, E. Dembélé, M. Diop, S. Mariko et P. R. Libité. 2007. **Enquête démographique et de santé du Mali 2006.** Calverton, MD, USA : Macro International. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR199/FR199.pdf>.
- Smith, L. et L. Haddad. 2000. **Explaining malnutrition in developing countries : A cross-country analysis.** Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad et R. Martorell. 2003. **The importance of women's status for child nutrition in developing countries.** Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Svedberg, P. 2007. **Child malnutrition in India and China. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People.** Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Tontisirin, K. et P. Winichagoon. 1999. **Community-based programmes : Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand.** Food and Nutrition Bulletin 20 (3) : 315–22.
- UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance). 2003–08. **Mali : Statistiques.**

- . 2009a. **The state of the world's children 2010 : Child rights.** New York.
- . 2009b. **Tracking progress on child and maternal nutrition : A survival and development priority.** New York.
- . 2010. **Childinfo statistics on child nutrition.** New York. http://www.childinfo.org/undernutrition_underweight.php.
- Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter, H. Singh Sachdev, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition : Consequences for adult health and human capital.** *The Lancet* 371 (9609) : 340-57.
- Victora, C. G., M. de Onis, P. C. Hallal, M. Blössner et R. Shrimpton. 2010. **Worldwide timing of growth faltering : Revisiting implications for interventions.** *Pediatrics* 125 (3) : e473.
- von Braun, J., M. Ruel et A. Gulati. 2008. **Accelerating progress toward reducing malnutrition in India : A concept for action.** Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- von Grebmer, K., H. Fritschel, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, R. Pandya-Lorch et Y. Yohannes. 2008. **Global Hunger Index : The challenge of hunger 2008.** Bonn, Washington DC et Dublin : Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.
- von Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschel, R. Pandya-Lorch et Y. Yohannes. 2009. **2009 Global Hunger Index : The challenge of hunger : Focus on financial crisis and gender inequality.** Bonn, Washington DC et Dublin : Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern.
- Wiesmann, D. 2004. **An international nutrition index : Concept and analyses of food insecurity and undernutrition at country levels.** Development Economics and Policy Series 39. Frankfurt am Main : Peter Lang.
- . 2006a. **2006 Global hunger index : A basis for cross-country comparisons.** Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- . 2006b. **A global hunger index : Measurement concept, ranking of countries, and trends.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 212. Washington, DC : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Wiesmann, D., J. von Braun et T. Feldbrügge. 2000. **An international nutrition index : Successes and failures in addressing hunger and malnutrition.** ZEF Discussion Papers on Development Policy No. 26. Bonn, Germany : Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) [Center for Development Research].
- Wiesmann, D., L. Weingärtner et I. Schöninger. 2006. **The challenge of hunger : Global Hunger Index : Facts, determinants, and trends.** Bonn et Washington DC : Deutsche Welthungerhilfe et l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.
- Les auteurs souhaitent remercier l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture pour avoir mis à leur disposition des données non publiées sur la consommation d'apports énergétiques, qui ont été utilisées pour calculer les taux d'indice mondial de la faim, ainsi que pour avoir fourni des données sur le nombre de personnes malnourries en 2010.

PARTENAIRES



INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

L'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires a été créé en 1975. Sa mission vise à développer des solutions de politique publique, afin de réduire la pauvreté dans les pays en développement, permettre la sécurité alimentaire, améliorer la santé et la nutrition, et promouvoir le développement agricole environnemental. Afin d'atteindre ces objectifs, l'institut se concentre sur la recherche ainsi que le renforcement des capacités et la communication politique. Il travaille en lien étroit avec les instituts de recherche agricole et de nutrition nationaux, ainsi que les réseaux régionaux dans les pays en développement. L'institut anime également un dialogue large afin que les nouvelles vues scientifiques issues de ses recherches soient intégrées dans les politiques agricoles et alimentaires, et permettent de sensibiliser le public sur les thèmes de la sécurité alimentaire, la pauvreté, et la protection environnementale. L'IFPRI est financé par les gouvernements, les organisations internationales et régionales, et les fondations privées, et nombre d'entre eux sont membres du Groupe consultatif sur la recherche agricole internationale (www.cgiar.org). L'association est composée de 15 centres de recherche agricole internationaux qui travaillent en coopération étroite avec les systèmes de recherche agricole nationaux, les gouvernements, les ONG, et le secteur privé. L'IFPRI est basé à Washington, avec des bureaux régionaux en Inde, en Chine, en Ethiopie, et au Sénégal.



Notre identité - Qui nous sommes

Concern Worldwide est l'ONG irlandaise la plus importante, engagée dans la réduction de la souffrance et l'éradication de la pauvreté extrême. Nous travaillons dans 28 des pays les plus pauvres du monde, grâce à 3 300 personnels engagés et compétents.

Notre mission – Ce que nous faisons

Notre mission vise à aider les personnes vivant dans une pauvreté extrême à connaître des améliorations importantes qui dureront et se développeront sans le soutien constant de Concern Worldwide. Ainsi, Concern Worldwide travaille directement avec les populations pauvres, mais également des partenaires locaux et internationaux qui partagent notre vision, afin de créer des sociétés justes et pacifiées, où les populations pauvres peuvent exercer leurs droits fondamentaux. Pour remplir cette mission, nous nous engageons dans des activités de développement de long terme, nous répondons aux situations d'urgence, et nous cherchons à nous attaquer aux causes profondes de la pauvreté via un travail d'éducation au développement et de plaidoyer.

Notre vision – Le changement

Un monde où personne ne vit dans la pauvreté, la peur ou l'oppression ; où nous avons tous accès à des conditions de vie décentes, et des opportunités et choix essentiels pour permettre une vie longue, saine et créative ; un monde où tout le monde est traité dans la dignité et le respect.



La vision : tous les peuples du monde dirigent leur vie de manière autonome dans la dignité et la justice – sans être victimes de la faim et de la pauvreté.

Welthungerhilfe a été fondée en 1962 dans le cadre du mouvement pionnier «campagne de libération de la faim» sous l'ombre de la FAO. Aujourd'hui, Welthungerhilfe est l'une des ONG allemandes les plus importantes, indépendante et largement ancrée dans la société civile par son réseau d'organisations membres, de bailleurs et de supporters.

Nos buts

Nous faisons campagne pour la sécurité alimentaire de tous, partout, pour le développement rural et la préservation des ressources naturelles. Nous sommes convaincus de la force des rêves, qui motivent les gens et sont des instruments politiques forts afin d'améliorer les conditions de vie des populations pauvres et mal nourries et garantir notre futur commun. Ceci nous incite à lier nos partenaires en Allemagne avec nos pays d'intervention au sein d'un réseau global dynamique, afin que la coopération dans le développement devienne une expérience partagée.

Notre travail

Nous permettons aux gens des pays en développement de prendre le contrôle de leur vie aujourd'hui et pour l'avenir. Nos années d'expérience internationale en tant qu'organisation d'aide allemande nous ont permis de développer des expériences réussies en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Nous sommes également actifs dans des campagnes politiques afin de changer les conditions qui mènent à la faim et la pauvreté. Nous mobilisons la population allemande autour de notre vision.

Notre approche

Notre conception globale est basée sur la qualité, les résultats et l'impact. Nos activités varient de la réponse d'urgence aux catastrophes à des projets de reconstruction et de développement de long terme. Nous travaillons d'égal à égal avec les populations touchées ; nous nous basons sur notre compétence, notre sérieux et notre transparence. Nous soutenons nos organisations partenaires dans nos pays d'intervention, en permettant que ces structures soient renforcées à la base et en garantissant ainsi le succès durable de nos projets.



ACTED

ACTED (Agence d'Aide à la Coopération Technique et au Développement) est une ONG française créée en 1993. La vocation d'ACTED est de soutenir les populations vulnérables de par le monde et de les accompagner dans la construction d'un futur meilleur en apportant une réponse adaptée à des besoins précis. En assurant le lien entre Urgence, Réhabilitation et Développement, les équipes d'ACTED garantissent que les interventions effectuées en temps de crise soient utiles et pérennes, car seul un soutien sur le long terme - en demeurant sur place après l'urgence et en impliquant les communautés - permet de rompre le cycle de la pauvreté et d'accompagner les populations sur la voie du développement.

Deutsche Welthungerhilfe e.V.

Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn, Allemagne
Tel. +49 228-2288-0
Fax +49 228-2288-333
www.welthungerhilfe.de

Sectrétaire Général et Président :
Dr. Wolfgang Jamann

International Food Policy Research Institute (IFPRI)

2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002, USA
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Directeur Général :
Dr. Shenggen Fan

Concern Worldwide
52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Irlande
Tel. +353 1 417 7700
Fax +353 1 475 7362
www.concern.net

Directeur Exécutif :
Tom Arnold

Editeurs :
Nina Wünsche
Dr. Klaus von Grebmer
Olive Towey
Joëlle Melin
Adrien Tomarchio

Traduction :
Antonia Estrada
Joëlle Melin

Informations complémentaires :
www.acted.org

Auteurs :

IFPRI : Dr. Klaus von Grebmer (Directeur de la Division de la Communication), Dr. Marie T. Ruel (Directeur de la Division pauvreté, santé et nutrition), Purnima Menon (Chercheur associé, Division pauvreté, santé et nutrition), Bella Nestorova (Chercheur), Tolulope Olofinbiyi (Chercheur), Heidi Fritschel (Consultant rédaction), Yisehac Yohannes (Chercheur).

Concern Worldwide et Welthungerhilfe : Constanze von Oppeln (Conseillère Senior sur les questions d'aide alimentaire et de sécurité alimentaire), Olive Towey (Chargée de plaidoyer sur l'effectivité de l'aide au développement), Kate Golden (Conseillère Senior sur la nutrition), Jennifer Thompson (Chargée de plaidoyer sur la faim).

Design et mise en page :

muehlhausmoers kommunikation gmbh, Cologne, Allemagne
Tobias Heinrich, Pascal Schöning, Dorina Volkhausen

Impression :

TCH Réalisation; Boulogne-Billancourt, France

Numéro d'ordre :

460-5392

ISBN :

978-0-89629-926-9

Crédits des photos :

Photo de couverture : Philip Flämig/Welthungerhilfe, Mali, consultation en nutrition pour femmes enceintes et allaitantes, 2008 ; page 2 : Jörg Böthling/Welthungerhilfe, Inde, Sundarbans, visite de contrôle dans un centre pour femmes et enfants, 2008 ; page 6 : Miriam Böttner/Welthungerhilfe, Ethiopie, Sodo, fermiers récoltant du mil, 2006 ; page 10 : Florian Kopp/Welthungerhilfe, Bolivie, Cañadón Peñas, femmes boliviennes vendant des pâtisseries traditionnelles dans la rue, 2010 ; page 20 : Andreas Bretz/Welthungerhilfe, Burkina Faso, Ouagadougou, femmes et leurs enfants dans un hôpital, 2008 ; page 24 : Marcia Griffiths, Kecamatan Godean aux alentours de Yogyakarta, Java, Indonésie, 1979 ; page 31 : Gwenn Dubourthoumieu/ACTED, Tchad, camps d'Ouré Cassoni, distribution de suppléments nutritifs pour les enfants, 2009 ; page 32 : Jörg Böthling/Welthungerhilfe, Inde, Sundarbans, consultation en nutrition pour femmes enceintes et les nouveaux-nés, 2008 ; page 35 : Mahamane Maïga/Welthungerhilfe, Mali, Bema, district de Diéma, membre d'un jardin de femmes arrosant les plants, 2008 ; page 41 : Allyson Brown/Concern Worldwide, Bangladesh, Rangpur, réunion de mères dans une maternité, 2007 ; page 43 : Adrien Tomarchio/ACTED, Haïti, Croix des Bouquets, session d'hygiène pour femmes dans un rassemblement spontané, 2010 ; page 44 : Eva Häberle/Welthunger-hilfe, Burundi, femme participant à une session de formation aux pratiques culinaires, 2008 ; page 47 : Christian Weische/Welthungerhilfe, Inde, enfants déjeunant devant leur garderie, 2006 ; autres : portraits pris par les employés de Welthungerhilfe.

