



BANQUE MONDIALE

LE DÉVELOPPEMENT EN MARCHÉ

# Replacer la nutrition au cœur du développement

*Stratégie d'intervention  
à grande échelle*

**VUE D'ENSEMBLE**





**LE DÉVELOPPEMENT EN MARCHÉ**

# Replacer la nutrition au cœur du développement

*Stratégie d'intervention  
à grande échelle*

**VUE D'ENSEMBLE**



**BANQUE MONDIALE**

© 2006 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433 USA

Téléphone : 202-473-1000  
Site web : [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
Courriel : [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)

Tous droits réservés  
Première impression

1 2 3 4 09 08 07 06

Les constatations, interprétations et conclusions présentées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues des Administrateurs de la Banque mondiale ou des pays qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne peut garantir l'exactitude des données présentées dans ce document. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent document n'impliquent de la part du Groupe de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que le Groupe reconnaît ou accepte ces frontières.

#### **Droits et licences**

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite ou transmise sans autorisation préalable de la Banque mondiale. La Banque mondiale encourage la diffusion de ces études et, normalement, accorde sans délai l'autorisation d'en reproduire des passages.

Pour obtenir cette autorisation, veuillez adresser votre demande en fournissant tous les renseignements nécessaires, par courrier, au Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, Massachusetts, 01923 (États-Unis d'Amérique) ; téléphone 978-750-8400 ; télécopie 978-750-4470 ; site web : [www.copyright.com](http://www.copyright.com).

Pour tous autres renseignements sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, envoyez votre demande par courrier à l'adresse suivante : Office of the Publisher, World Bank, 1818 H Street NW, Washington, D.C. 20433 ; par télécopie au 202-522-2422 ; ou par courriel : [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

Conception de la couverture : Fletcher Design  
Photos de couverture : Banque mondiale

---

---

# Table des matières

**Avant-propos**

**Remerciements**

**Sigles et abréviations**

**Glossaire**

**Vue d'ensemble**

Trois raisons justifiant l'intervention en faveur de la réduction de la malnutrition

Quelles sont les causes de la malnutrition et comment les gouvernements doivent-ils intervenir ?

Étapes suivantes

Notes

## **1 Pourquoi investir dans la nutrition ?**

Nutrition et économie

Nutrition et objectifs de développement pour le Millénaire

Nutrition et droits de l'homme

Connaissances techniques nécessaires pour améliorer la nutrition

Notes

## **2 Quel est le degré de gravité du problème de la malnutrition et pourquoi celle-ci se produit-elle ?**

La dénutrition

L'insuffisance pondérale à la naissance

L'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation

La carence en micronutriments

Quelles sont les causes de la malnutrition, et qui sont les personnes les plus touchées ?

Notes

## **3 Voies vers une meilleure nutrition**

Approches longues et courtes de l'amélioration de la nutrition

Programmes communautaires de promotion de la croissance

Programmes de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance

Programmes de distribution de micronutriments

Programmes de protection alimentaire et sociale

Programmes de lutte contre la malnutrition et le VIH/SIDA

Programmes de lutte contre le surpoids et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation

Rôle des politiques publiques

Politiques intentionnelles et non intentionnelles  
Notes

#### **4 Passage à grande échelle**

Gestion des programmes de nutrition  
Organisation des services  
Canalisation des fonds et coordination des financiers  
Renforcement de l'engagement et des capacités  
Notes

#### **5 Accélérer les progrès sur le front de la nutrition : Étapes suivantes**

Réunir les partenaires de développement autour d'un programme commun d'action en faveur de la nutrition  
Trois problèmes opérationnels majeurs auxquels se heurte le passage à grande échelle  
Secteurs de concentration des mesures de lutte contre la malnutrition  
Appuyer un programme bien ciblé de recherche active sur la nutrition  
Écarts entre les besoins identifiés et les priorités des partenaires de développement  
Étapes suivantes  
Notes

#### **Annexe 1 : Expériences nationales en matière d'approches courtes de l'amélioration de la nutrition**

#### **Annexe 2 : Approches longues de l'amélioration de la nutrition**

#### **Annexe 3 : Proposition de priorités clés de la recherche active sur la nutrition**

#### **Annexes techniques**

#### **Références**

#### **Index**

#### **Tableaux**

- 1.1 Ratios avantages-coûts des programmes de nutrition
- 1.2 Coûts unitaires annuels des programmes de nutrition
- 1.3 Coût des interventions en matière de nutrition (USD)
- 1.4 Réduction de la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale en Tanzanie, selon différents scénarios de croissance du revenu et de couverture des interventions dans le domaine de la nutrition (%)
- 1.5 Prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'anémie chez les enfants de l'Inde par quintile de revenu
- 1.6 Mesure dans laquelle l'investissement dans la nutrition est crucial pour atteindre les ODM
- 1.7 Le Consensus de Copenhague classe l'apport de micronutriments comme l'un des meilleurs investissements

- 1.8 Couverture des interventions en matière de nutrition dans quelques programmes de grande envergure
- 3.1 Voies vers l'amélioration de la nutrition
- 3.2 Éventail des interventions réalisables par les programmes de lutte contre l'obésité
- 3.3 Exemples de politiques de nutrition non intentionnelles
- 5.1 Suggestion de priorités pour la recherche active sur la nutrition

## Figures

- 1.1 Le cercle vicieux de la pauvreté et de la malnutrition
- 1.2 Lien entre revenu et malnutrition
- 1.3 Réduction estimative de la prévalence de l'insuffisance pondérale selon différents scénarios de croissance économique et d'élasticité revenu-nutrition
- 1.4 Progrès accomplis pour atteindre la cible relative à la pauvreté monétaire
- 1.5 Progrès accomplis pour atteindre la cible relative à la pauvreté non monétaire (ODM lié à la nutrition)
- 2.1 Prévalence et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, 1980-2005
- 2.2 Tendances prévisionnelles du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 1990-2015
- 2.3 Prévalence et nombre de nourrissons présentant une insuffisance pondérale
- 2.4 Tendances de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans
- 2.5 Surpoids maternel et infantile
- 2.6 Le surpoids maternel par rapport à la dénutrition maternelle et infantile
- 2.4 Coexistence de la déficience énergétique et de l'obésité dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire
- 2.8 Prévalence de la carence infra-clinique en vitamine A chez les enfants âgés de 0 à 72 mois, par région, 1990-2000
- 2.9 Prévalence de la carence en fer chez les enfants d'âge préscolaire, par région, 1990-2000
- 2.10 Prévalence du nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale, selon la source d'approvisionnement énergétique, par habitant et par région, 1970-1996
- 2.11 Prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, par groupe d'âges
- 2.12 Prévalence de l'insuffisance pondérale et taux de diminution dans les régions et les pays de la Banque mondiale
- 3.1 Interaction entre malnutrition et VIH/SIDA
- 5.1 Les principaux partenaires de développement qui appuient l'action en faveur de la nutrition

## 5.2 Typologie et ampleur de la malnutrition dans les régions et les pays de la Banque mondiale

### Encadrés

- 1.1 Les objectifs de développement pour le Millénaire sont loin d'être atteints
- 2.1 Dans les pays d'Asie du Sud, la prévalence de la dénutrition est beaucoup plus élevée qu'en Afrique
- 2.2 Période propice pour s'attaquer à la dénutrition
- 2.3 Trois mythes au sujet de la nutrition
- 3.1 Raisons pour lesquelles nombre de ménages connaissant la sécurité alimentaire souffrent de malnutrition chronique
- 3.2 Sécurité alimentaire contre sécurité de la nutrition ?
- 3.3 Veiller à ce que les nouvelles pratiques comportementales présentent de l'intérêt pour les populations pauvres
- 3.4 Subventions alimentaires contre programmes ciblés de protection sociale
- 3.5 Éléments probants montrant que les programmes de transfert conditionnel peuvent être efficaces
- 3.6 Résumé des constatations de l'étude scientifique portant sur la nutrition et la lutte contre le VIH/SIDA
- 3.7 Rôle des politiques publiques
- 3.8 Incidence des politiques agricoles et alimentaires sur la nutrition et la santé
- 4.1 Comment la Thaïlande a géré son Programme national de nutrition
- 4.2 Évaluation, analyse et intervention : Le processus « Triple A »
- 4.3 Institutionnalisation de la nutrition au Bangladesh : Du projet au programme
- 4.4 Démarche en cinq étapes de l'intégration de la nutrition aux DSRP
- 4.5 Dix raisons expliquant le faible engagement envers les programmes de nutrition
- 4.6 PROFILS
- 5.1 Enseignements utiles pour la nutrition, tels que tirés de la lutte contre le VIH/SIDA
- 5.2 Que faire au cas où...

### Cartes

- 1.1 Prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
- 1.2 Prévalence mondiale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans
- 1.3 Prévalence mondiale de la carence en vitamine A et taux de couverture du programme de supplémentation de la vitamine A
- 1.4 Prévalence mondiale des troubles liés à la carence en iode et taux de couverture du programme de distribution de sel iodé.

---

---

# Vue d'ensemble

Il est connu de longue date que la malnutrition nuit à la croissance économique et perpétue la pauvreté. Pourtant, au cours des dernières décennies, la communauté internationale et la plupart des gouvernements des pays en développement ne se sont pas attaqués à la malnutrition, même s'il existe pour cela des approches qui ont fait leur preuve. Aujourd'hui, les conséquences de cette inaction se constatent dans l'insuffisance des progrès accomplis par la communauté mondiale pour atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) et, de manière plus générale, pour réduire la pauvreté. La malnutrition chronique contribue à la non-réalisation généralisée du premier ODM — réduction de moitié de la pauvreté et de la faim — ainsi que des autres objectifs liés à la santé maternelle et infantile, à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'éducation, et à l'égalité entre les sexes. Le choix est désormais clair entre continuer à ne pas agir comme l'a fait la communauté internationale plus d'une décennie durant dans le cas du VIH/SIDA, ou placer enfin la nutrition au cœur du développement, pour pouvoir ainsi réaliser tout un ensemble de progrès d'ordre économique et social qui en dépendent.

## **Trois raisons justifiant l'intervention en faveur de la réduction de la malnutrition**

*Forts taux de rentabilité économique ; impact considérable sur la croissance économique ; et réduction de la pauvreté*

Le rendement d'un investissement dans la nutrition est très élevé. Le Consensus de Copenhague a conclu que de 17 potentiels investissements pour le développement, les interventions dans le domaine de la nutrition produisaient l'un des taux les plus élevés de rendement (tableau 1). Les investissements dans les micronutriments ont été jugés supérieurs à ceux consacrés à la libéralisation des échanges, à la lutte contre le paludisme, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement. Les programmes communautaires ciblant les enfants de moins de

**Tableau 1 Le Consensus de Copenhague classe la distribution de micronutriments comme l'un des meilleurs investissements**

<i>Note</i>	<i>Problème</i>	<i>Possibilité d'intervention</i>
Très bien	1. Maladies	Lutte contre le VIH/SIDA
	2. Malnutrition et famine	Distribution de micronutriments
	3. Subventions et commerce	Libéralisation des échanges
	4. Maladies	Lutte contre le paludisme
Bien	5. Malnutrition et famine	Mise au point de nouvelles technologies agricoles
	6. Eau et assainissement	Mise au point de technologies de distribution d'eau à petite échelle
	7. Eau et assainissement	Mise en place de systèmes gérés par la collectivité
	8. Eau et assainissement	Réalisation de recherches sur l'utilisation de l'eau dans le secteur agricole
	9. Gouvernement	Réduction des coûts de démarrage de nouvelles entreprises
Moyen	10. Migration	Réduction des obstacles à la migration
	11. Malnutrition et famine	Atténuation du problème de la malnutrition infantile et postinfantile
	12. Maladies	Prestation à grande échelle des services de santé de base
	13. Malnutrition et famine	Réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance
Médiocre	14–17. Climat/migration	Divers

*Source* : Bhagwati et al. (2004).

cinq ans sont également efficaces, au plan du coût, pour prévenir la dénutrition.

De manière générale, les ratios avantages-coûts des interventions en matière de nutrition varient de 5 à 200 (tableau 2).

La malnutrition freine la croissance économique et perpétue la pauvreté, par le jeu de trois facteurs : les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique ; les pertes indirectes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation ; et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les coûts économiques

**Tableau 2 Ratios avantages-coûts des programmes de nutrition**

<i>Programmes d'intervention</i>	<i>Avantage-coût</i>
Promotion de l'allaitement maternel dans les hôpitaux	5-67
Programmes intégrés de soins aux enfants	9-16
Suppléments en iode (femmes)	15-520
Suppléments en vitamine A (enfants < 6 ans)	4-43
Enrichissement au fer (par habitant)	176-200
Suppléments en fer (par femme enceinte)	6-14

*Source* : Behrman, Alderman, et Hoddinott (2004).

de la malnutrition sont considérables : les pertes de productivité chez les particuliers sont estimées à plus de 10 % des gains de toute une vie, et les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3 %. Il s'ensuit que l'amélioration de la nutrition est autant — ou plus — un problème d'économie que d'aide et protection sociale et de droits de l'homme.

La réduction de la dénutrition et de la malnutrition par carence en micronutriments entraîne un recul de la pauvreté, celui-ci étant pris dans son sens large qui englobe le développement humain et la formation du capital humain. Mais la dénutrition est par ailleurs étroitement liée à la pauvreté monétaire. La prévalence de la malnutrition est souvent deux à trois fois — parfois davantage — plus élevée dans le quintile de revenu le plus faible que dans celui de revenu le plus élevé. Cela signifie que l'amélioration de la nutrition est une stratégie favorable aux pauvres, qui accroît de manière disproportionnée leur potentiel de gain de revenu.

L'amélioration de la nutrition est indispensable pour réduire la pauvreté absolue. Cette exigence est reconnue manifestement dans la définition du premier ODM qui a trait à l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim. La double cible de cet objectif est de réduire de moitié, entre 1990 et 2015 :

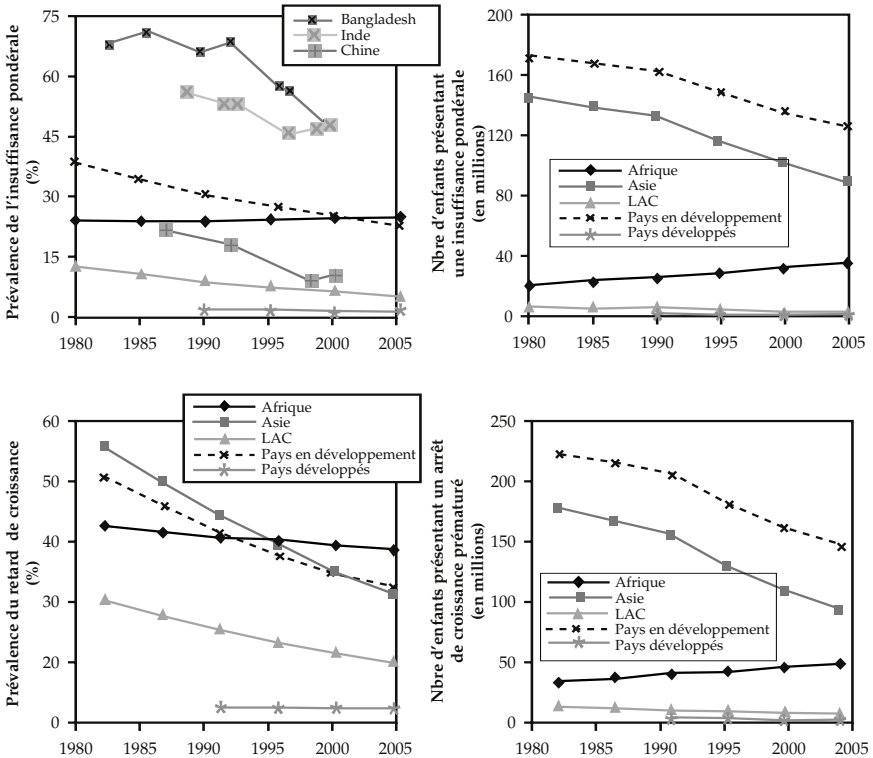
- la proportion de personnes dont le revenu est de moins de 1 dollar par jour ;
- la proportion de personnes souffrant de famine (telle que mesurée par le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale).

*La première cible renvoie à la pauvreté monétaire, et la deuxième à la pauvreté non monétaire. L'indicateur clé utilisé pour mesurer les progrès accomplis dans la poursuite de l'objectif d'élimination de la pauvreté non monétaire est la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants (de moins de cinq ans). Par conséquent, l'amélioration de la nutrition constitue en*

**Figure 1 Progrès en direction de la cible relative à la pauvreté non monétaire**

Sur la bonne voie (24 %)		En situation dégradante (18 %)	
<b>AFR (7)</b> Angola Bénin Botswana Gambie Mauritanie Tchad Zimbabwe	<b>LAC (10)</b> Bolivie Chili Colombie Guyane Haïti Jamaïque Mexique Pérou Rép. bolivarienne du Venezuela Rép. dominicaine	<b>AFR (13)</b> Burkina Faso Cameroun Comores Éthiopie Guinée Lesotho Mali Niger Sénégal* Soudan Tanzanie* Togo Zambie	<b>ECA (4)</b> Albanie Azerbaïdjan Fédération de Russie Serbie et Monténégro
<b>AEP (5)</b> Chine Indonésie Malaisie Thaïlande Viet Nam	<b>MENA (6)</b> Algérie Rép. arabe d'Égypte Rép. arabe syrienne Rép. de Jordanie Tunisie	<b>EAP (2)</b> Mongolie Myanmar	<b>LAC (3)</b> Argentine Costa Rica Panama
<b>EAC (6)</b> Arménie Croatie Kazakhstan République kirghize Roumanie Turquie	<b>SAR (0)</b>	<b>MENA (2)</b> Irak Rép. du Yémen	
<b>Une certaine amélioration, mais pas en bonne voie</b>		<b>Aucune donnée tendancielle disponible (40 %)</b>	
<b>AFR (14)</b> Côte d'Ivoire Érythrée Gabon Ghana Kenya Madagascar Malawi Mozambique Nigéria Ouganda Rép. centrafricaine R.D. du Congo Rwanda Sierra Leone	<b>ECA (0)</b>	<b>AFR (13)</b> Afrique du Sud Burundi Cap-Vert Guinée équatoriale Guinée Guinée-Bissau Libéria Maurice Namibie Rép. du Congo São Tomé-et-Principe Seychelles Somalie Swaziland	<b>SAR (4)</b> Bangladesh* Inde Pakistan Sri Lanka
<b>EAP (5)</b> Cambodge Philippines RDP lao	<b>MENA (1)</b> Maroc	<b>EAP (11)</b> États fédérés de Micronésie Fidji Îles Marshall Îles Salomon Kiribati Palaos Papouasie-Nouvelle-Guinée Samoa Timor-Leste Tonga Vanuatu	<b>SAR (2)</b> Maldives Népal
<i>Source</i> : Calculs effectués par l'auteur. Se reporter aussi à l'annexe technique 5.6. <i>Note</i> : tous les calculs sont basés sur les données tendancielle 1990-2002 provenant de la Base de données mondiales de l'OMS sur la croissance et la malnutrition chez les enfants (en date d'avril 2005). Les pays marqués d'un astérisque ont par la suite publié des données préliminaires d'enquête démographique et sanitaire indiquant une amélioration, et ils peuvent par conséquent être reclassés après la publication officielle de leurs données.		<b>ECA (17)</b> Bélarus Bosnie-Herzégovine Bulgarie ERY de Macédoine	<b>LAC (12)</b> Belize Brésil Dominique Équateur Grenade Paraguay Saint-Kitts-et-Nevis Sainte-Lucie Saint-Vincent Suriname Trinité-et-Tobago Uruguay
		<b>MENA (2)</b> Djibouti Liban	<b>SAR (2)</b> Afghanistan Bhoutan

**Figure 2 Prévalence et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, 1980–2005**

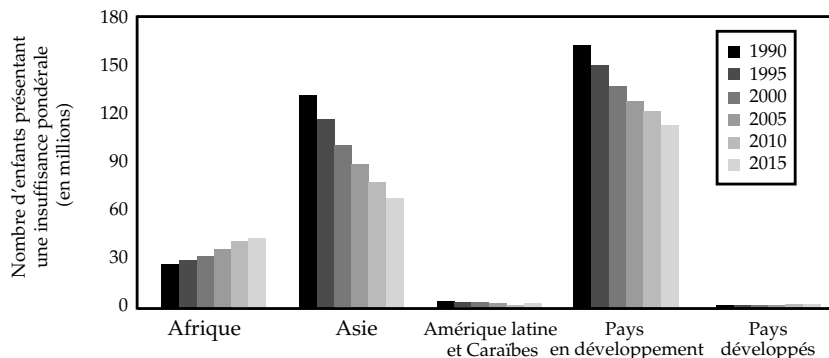


Source : De Onis (2004a) ; SCN (2004).

Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS. Les taux de prévalence et les chiffres figurent également dans l'annexe technique 2.1.

elle-même une cible visée par les ODM. Or, dans la plupart des évaluations des progrès vers la réalisation des ODM, l'on s'est intéressé principalement à la cible relative à la pauvreté monétaire, et en général le pronostic est que la plupart des pays sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif ayant trait à la pauvreté. Cependant, sur 143 pays, seuls 34 (24 %) sont en bonne voie pour atteindre l'objectif lié à la pauvreté non monétaire (ODM en matière de nutrition) (figure 1). En Asie du Sud, où le taux de dénutrition est le plus élevé, aucun pays ne réalisera cet ODM — même si le Bangladesh s'approchera du but et si l'Asie atteindra celui-ci dans l'ensemble. Chose plus alarmante encore, la situation nutritionnelle se détériore effectivement dans 26 pays, dont bon nombre se trouvent en Afrique où le VIH et la dénutrition ont des liens

**Figure 3 Tendances prévues du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 1990–2015**



Source : De Onis et al. (2004a, 2004b).

Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

particulièrement solides et se renforcent mutuellement. En outre, dans 57 pays, l'on ne dispose d'aucune donnée tendancielle pour établir si des progrès ont été accomplis. Dans tout effort visant à faire reculer la pauvreté, il est clairement essentiel d'accroître l'attention accordée à cette cible relative à la pauvreté non monétaire.

### *La forme et l'ampleur alarmantes du problème de la malnutrition*

La malnutrition est désormais un problème auquel sont confrontés aussi bien les pays pauvres que les pays riches, les populations les plus pauvres étant les plus touchées dans les deux groupes de pays. Dans les pays développés, le phénomène de l'obésité devient rapidement plus courant, surtout au sein des populations les plus pauvres, et il s'accompagne d'une épidémie de maladies non transmissibles liées à l'alimentation, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, d'où l'augmentation des coûts des soins de santé et la réduction de la productivité. Dans les pays en développement, malgré le caractère chronique de la dénutrition généralisée et de la carence en micronutriments, l'obésité apparaît aussi rapidement comme un problème. Dans les pays en développement et les pays développés, on retrouve désormais au sein d'un même ménage des enfants présentant une insuffisance pondérale et des adultes affichant un excédent de poids.

Près du tiers des enfants du monde en développement continuent de souffrir d'insuffisance pondérale ou de retard de croissance, et 30 % de la

population du monde en développement continue de souffrir de carence en micronutriments. Cette situation est toutefois en évolution (figure 2) :

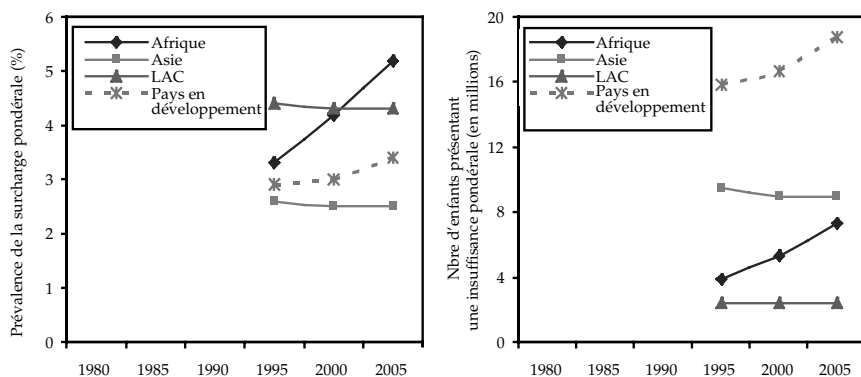
- En Afrique subsaharienne, le phénomène de la malnutrition prend de l'ampleur. La malnutrition et le VIH/SIDA se renforcent mutuellement, aussi le succès des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique dépend-il en partie du redoublement de l'attention accordée à la nutrition.
- En Asie, la malnutrition est en recul, mais l'Asie du Sud a encore les plus forts taux et les nombres les plus élevés d'enfants malnutris. Contrairement aux idées répandues, les taux de prévalence de la dénutrition dans les pays peuplés d'Asie du Sud — Inde, Bangladesh, Afghanistan, Pakistan — sont beaucoup plus élevés (38 à 51 %) que ceux de l'Afrique subsaharienne (26 %).
- Même en Asie de l'Est, en Amérique latine et en Europe de l'Est, nombre de pays sont confrontés à un grave problème de dénutrition ou de malnutrition par carence en micronutriments. C'est le cas par exemple au Cambodge, en Indonésie, en RDP lao, aux Philippines, au Viet Nam, au Guatemala, en Haïti, au Honduras et en Ouzbékistan.

Une récente étude de l'OMS (De Onis et al. 2004b) a prévu que la prévalence de l'insuffisance pondérale dans les pays en développement baissera de 36 % (passant de 30 % en 1990 à 19 % en 2015), soit un niveau considérablement inférieur au taux de 50 % nécessaire pour atteindre l'ODM pertinent au cours de la même période (figure 3)<sup>1</sup>. Ces données mondiales cachent des différences interrégionales qui s'accroissent de manière inquiétante. Les prévisions d'amélioration mondiale reposent en grande partie sur une baisse prévue de la prévalence de 35 à 18 % en Asie, stimulée principalement par les améliorations enregistrées en Chine. En revanche, en Afrique, l'on prévoit une augmentation de la prévalence qui passerait de 24 à 27 %. En outre, la situation est critique en Afrique de l'Est, région où le VIH/SIDA a d'importantes interactions avec la malnutrition. Ici, selon les prévisions, les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale seront de 25 % plus élevés en 2015 qu'en 1990.

Bon nombre de pays (hormis plusieurs États d'Afrique subsaharienne) atteindront la cible de l'ODM relative à la pauvreté monétaire (pourcentage de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour), mais moins de 25 % atteindront la cible ayant trait à la pauvreté non monétaire, qui est de réduire de moitié l'insuffisance pondérale (figure 3). Même si l'Asie dans l'ensemble atteint cette cible, il n'en demeure pas moins que de grands pays tels que l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Inde et le Pakistan continueront à afficher des niveaux inacceptables de dénutrition en 2015, ce qui accentuera les inégalités entre riches et pauvres dans ces pays.

La carence en vitamines et minéraux essentiels demeure très courante, et elle se superpose considérablement aux problèmes de dénutrition générale (insuffisance pondérale et arrêt de croissance prématuré). Il ressort d'un récent rapport sur les progrès accomplis à l'échelle

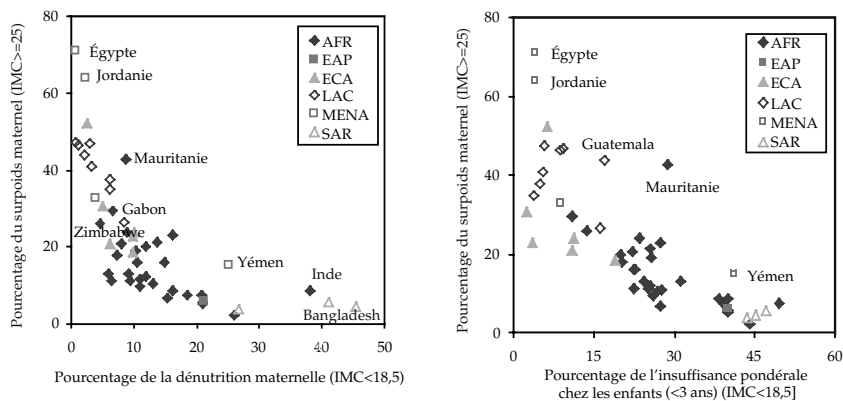
**Figure 4 Tendances de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans**



Source : SCN (2004).

Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

**Figure 5 Taux de surpoids maternel selon les régions**



Source : Calculs effectués par l'auteur, sur la base des données provenant de measuredhs.com.

planétaire que 35 % de la population mondiale présente une carence en iode, que 40 % de la population du monde en développement souffre de carence en fer, et que plus de 40 % des enfants présentent une carence en vitamine A.

Les tendances de surpoids chez les enfants de moins de cinq ans, bien qu'établies sur la base de données provenant d'un nombre limité de pays, sont alarmantes (figure 4) pour tous les pays en développement, et tout particulièrement ceux d'Afrique, où les taux semblent s'accroître à un rythme nettement plus rapide (augmentation de 58 %) que dans l'ensemble du monde en développement (accroissement de 17 %). En raison du manque de données, on ne peut expliquer avec précision

**Encadré 1. Raisons pour lesquelles nombre de ménages  
connaissant la sécurité alimentaire souffrent  
de malnutrition chronique**

- Les femmes enceintes et allaitantes qui consomment trop peu de calories et de protéines, souffrent d'infections chroniques non traitées (maladies sexuellement transmissibles, etc.) entraînant chez l'enfant un poids insuffisant à la naissance ou ne se reposent pas assez.
- Les mères n'ont pas assez de temps pour s'occuper de leurs plus jeunes enfants ou d'elles-mêmes pendant leur grossesse.
- Les mères venant d'accoucher qui se débarrassent de leur premier lait (le colostrum), celui-là même qui renforce le système immunitaire de l'enfant.
- Les nombreux cas des mères qui nourrissent leurs enfants de moins de six mois autrement qu'en les allaitant, alors que l'allaitement exclusif est la meilleure source d'éléments nutritifs et la meilleure protection contre bien des maladies infectieuses et chroniques.
- Les personnes qui s'occupent des enfants commencent à leur donner des aliments solides complémentaires trop tard.
- Les personnes s'occupant des enfants donnent à ceux de moins de deux ans trop peu de nourriture, ou des aliments peu énergétiques.
- Malgré la disponibilité de la nourriture, en raison de la mauvaise répartition des aliments dans le ménage, les besoins des femmes et des jeunes enfants ne sont pas satisfaits et leur alimentation ne contient pas souvent des taux suffisants de protéine ou d'éléments nutritifs appropriés.
- Les personnes qui s'occupent des enfants ne savent pas comment les alimenter pendant et après une diarrhée ou une poussée de fièvre.
- Les personnes s'occupant des enfants ne respectent pas les règles d'hygiène, d'où la contamination des aliments par les bactéries ou les parasites.

pourquoi l’Afrique enregistre une telle tendance excessive ; cependant, l’existence d’une corrélation entre surpoids maternel et surpoids infantile donne à penser que ce problème peut s’attribuer en partie à la surcharge pondérale.

Les données comparables des taux de surpoids et d’obésité chez les mères montrent de similaires tendances alarmantes. Les pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord affichent les plus forts taux de surpoids maternel, suivis par ceux d’Amérique latine et des Caraïbes. Toutefois, les taux de surpoids maternel s’élèvent à plus de 20 % dans plusieurs pays africains.

*Il est également évident que le phénomène du surpoids se manifeste à la fois au sein du même pays lorsque la dénutrition infantile et la dénutrition maternelle sont très répandues, et dans nombre de pays dont le PIB par habitant est faible* (figure 5). En Mauritanie, plus de 40 % des mères affichent un excédent de poids, tandis que plus de 30 % des enfants présentent une insuffisance pondérale. Par ailleurs, jusqu’à 60 % des ménages dont un membre accuse une insuffisance pondérale abritent également une personne affichant un excédent de poids, ce qui démontre que l’insuffisance pondérale et la surcharge pondérale coexistent non seulement à l’intérieur du même pays, mais aussi au sein du même ménage. Au Guatemala, on observe à la fois des cas d’enfants présentant un retard de croissance et de mères affichant un excédent de poids. Encore une fois, ces données accréditent l’hypothèse selon laquelle, à l’exception des conditions de famine, l’accessibilité et la disponibilité de la nourriture au niveau du ménage ne sont pas d’importantes causes de dénutrition.

### *Inefficacité des marchés*

Lorsque les familles ne disposent pas de moyens pour se procurer assez de nourriture ou obtenir des soins de santé adéquats, les marchés ne sont pas en mesure de s’attaquer aux problèmes de la malnutrition. On peut certes invoquer les droits de l’homme et l’équité, ainsi que l’argument de la rentabilité économique, pour essayer de convaincre les pouvoirs publics de venir en aide à de telles familles. Mais la malnutrition se manifeste également dans nombre de familles qui ne sont pas pauvres, car les parents ne savent pas toujours quelles sont les pratiques alimentaires ou d’alimentation qui sont les mieux indiquées pour leurs enfants ou pour eux-mêmes, et parce qu’ils ne peuvent pas facilement se rendre compte que leurs enfants commencent à souffrir de malnutrition, étant donné que le ralentissement du rythme de croissance et la carence en micronutriments sont en général imperceptibles à l’œil profane. Le besoin de corriger ces « asymétries informationnelles » est un autre

## Encadré 2. Trois mythes au sujet de la nutrition

La mauvaise nutrition est associée à plus de la moitié de tous les décès d'enfants à l'échelon mondial, soit une proportion atteinte par aucune autre maladie infectieuse depuis la peste bubonique. Elle est étroitement liée à la mauvaise santé et aux facteurs environnementaux. Mais les planificateurs, les politiciens et les économistes perdent souvent de vue ces liens. Les opinions gravement erronées à ce sujet sont notamment les mythes ci-après :

**Mythe 1 :** *La malnutrition est principalement une question d'insuffisance d'apport alimentaire.* Faux. Les aliments sont évidemment importants. Mais la plupart des cas graves de malnutrition sont dus aux mauvaises conditions hygiéniques et aux maladies qui entraînent la diarrhée, surtout chez les jeunes enfants. La condition des femmes et leur niveau d'éducation jouent un rôle important dans l'amélioration de la nutrition. L'amélioration des soins apportés aux jeunes enfants est vitale.

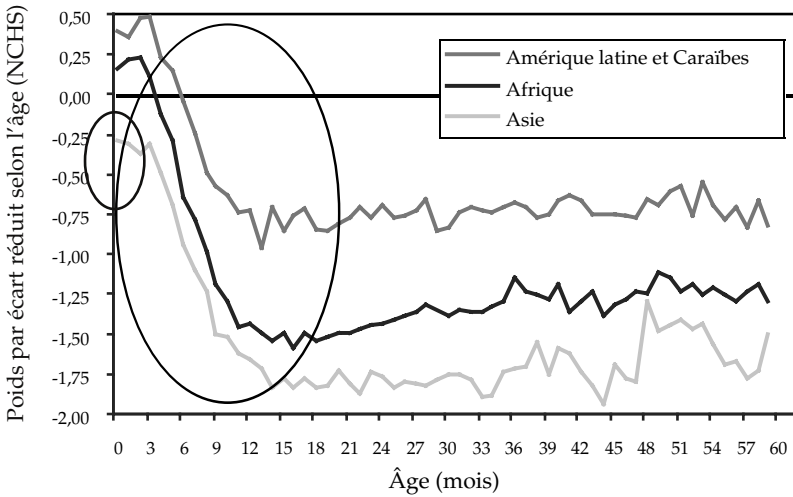
**Mythe 2 :** *L'amélioration de la nutrition est un sous-produit d'autres mesures visant à réduire la pauvreté et à réaliser des progrès économiques.* Il est impossible de relancer ce processus. Encore une fois, il s'agit d'une affirmation erronée. L'amélioration de la nutrition exige des parents et des collectivités qu'ils adoptent des mesures bien ciblées, appuyées par des interventions à l'échelon local et national dans le domaine des services de santé et des services publics, en ce qui concerne tout particulièrement l'eau et l'assainissement. La Thaïlande a montré que les cas moyens et graves de malnutrition peuvent être réduits de 75 % ou plus en l'espace d'une décennie, grâce à des moyens de ce genre.

**Mythe 3 :** *Étant donné le rament désormais du sel iodé, ce qui permet de combattre la carence en iode et l'anémie qui touchent environ 3,5 milliards de personnes, surtout des femmes et des enfants, dans une centaine de pays. L'on fournit désormais des capsules de vitamine A à environ 450 millions d'enfants chaque année, afin de s'attaquer à la carence qui est à l'origine de la cécité et de l'accroissement de la mortalité infantile. De nouveaux moyens ont été mis au point pour promouvoir et appuyer l'allaitement maternel, et les taux d'allaitement maternel se maintiennent dans certains pays et s'accroissent dans d'autres. La vaccination de masse et la promotion de la réhydratation par voie orale pour réduire les décès liés à la diarrhée ont considérablement contribué à l'amélioration de la nutrition.*

Source : Extrait de Jolly (1996).

### Encadré 3. Période propice pour s'attaquer à la dénutrition

La période propice pour améliorer la nutrition est courte — elle va de l'avant-grossesse aux deux premières années de vie. L'on s'accorde à reconnaître que le préjudice à la croissance physique, au développement du cerveau et à la formation du capital humain qui se produit pendant cette période est important et irréparable dans une large mesure. Il s'ensuit que les interventions peuvent se concentrer sur cette période propice. Tous les investissements effectués après cette période critique sont beaucoup moins susceptibles d'améliorer la nutrition.



Source : Shrimpton et al. (2001).

Note : Estimations basées sur les régions de l'OMS.

argument en faveur de l'intervention des pouvoirs publics (encadré 1). Les autorités doivent intervenir car l'amélioration de la nutrition est un bien public qui profite à tous ; à titre illustratif, l'amélioration de la nutrition peut réduire la propagation des maladies contagieuses et accroître la productivité économique nationale.

### Quelles sont les causes de la malnutrition et comment les gouvernements doivent-ils intervenir ?

Contrairement aux idées répandues, la dénutrition ne résulte pas simplement de la sécurité alimentaire : nombre d'enfants vivant dans un

environnement caractérisé par la sécurité alimentaire et dans des familles non pauvres présentent une insuffisance pondérale ou un retard de croissance en raison des mauvaises pratiques en matière d'alimentation et de soins des nourrissons, de l'inaccessibilité des services de santé, et des mauvaises conditions d'hygiène. Dans de nombreux pays où la malnutrition est généralisée — à l'exception de ceux où règnent des conditions de famine, la production alimentaire n'est pas le facteur limitatif (encadré 2). Les facteurs les plus importants sont, premièrement, une mauvaise connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'alimentation complémentaire, ainsi que du rôle des micronutriments, et deuxièmement, le fait que les femmes manquent de temps pour appliquer des pratiques appropriées de soins aux nourrissons et pour s'occuper d'elles-mêmes pendant la grossesse.

L'incidence la plus désastreuse de la dénutrition se produit pendant la grossesse et au cours des deux premières années de vie, et les effets de ce préjudice précoce sur la santé, le développement du cerveau, l'intelligence, l'éducabilité et la productivité sont dans une large mesure irréversibles (encadré 3). Les mesures ciblant les enfants plus âgés ont un effet négligeable, voire nul. Les premiers éléments probants laissent croire que l'origine de l'obésité et des maladies non transmissibles telles que l'affection cardiovasculaire et le diabète peut remonter également à la petite enfance. Il s'ensuit que les gouvernements ayant des ressources limitées ont tout intérêt à axer leurs actions sur cette petite période propice à l'intervention, qui se situe entre la conception et l'âge de 24 mois, même s'il peut s'avérer nécessaire de poursuivre plus tard les mesures de lutte contre l'obésité.

Dans les pays à forts taux moyens de surcharge pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, une grande proportion des enfants affichent déjà un excédent de poids à la naissance, ce qui laisse croire, encore une fois, que le préjudice se produit pendant la grossesse. Ces résultats sont cohérents avec les éléments probants physiologiques qui montrent que l'origine de l'obésité remonte aux tout premiers moments de la vie, souvent avant la naissance, même si les interventions visant à prévenir l'obésité doivent probablement se poursuivre plus tard dans la vie.

La croissance du revenu et la production alimentaire, ainsi que l'espacement des naissances et l'éducation des femmes, sont par conséquent des stratégies importantes mais longues pour améliorer la nutrition. Des stratégies plus courtes consistent à fournir de l'éducation en matière de santé et de nutrition, des services (tels que la promotion de l'allaitement exclusif et de l'alimentation complémentaire appropriée, en combinaison avec la mise à disposition de soins prénatals et de services de base de santé maternelle et infantile), ainsi que des programmes de suppléments et d'enrichissement en micronutriments. Une expérience

### **Encadré 5. Dix raisons expliquant le faible engagement envers les programmes de nutrition**

- De manière générale, les familles et les communautés malnutries ne perçoivent pas la malnutrition.
- Les familles et les gouvernements ne reconnaissent pas les coûts humains et économiques de la malnutrition.
- Les gouvernements ne savent peut-être pas qu'en matière de lutte contre la malnutrition, il existe des interventions plus rapides que la croissance économique et la réduction de la pauvreté, ou que les programmes de nutrition sont abordables.
- En raison du grand nombre des parties prenantes organisationnelles qui interviennent dans le domaine de la nutrition, celle-ci peut être négligée.
- Il n'existe pas toujours un consensus sur la manière d'intervenir contre la malnutrition.
- L'accès à une nutrition adéquate est rarement traité comme une question de droits de l'homme.
- Les personnes malnutries se font difficilement entendre.
- Certains politiciens et gestionnaires se soucient peu de la bonne exécution des programmes.
- Parfois, les gouvernements affirment investir dans l'amélioration de la nutrition, alors que les programmes qu'ils financent ont peu d'impact sur cette dernière (programme d'alimentation scolaire par exemple).
- Un cercle vicieux : le manque d'engagement envers la nutrition mène au sous-investissement dans la nutrition, d'où l'impact négligeable des interventions, ce qui renforce le manque d'engagement, dans la mesure où le gouvernement pense que les programmes de nutrition sont inefficaces.

*Source* : Extrait de Heaver (2005b).

réalisée au Mexique montre que dans les pays à revenu intermédiaire, les transferts conditionnels de fonds, combinés avec l'amélioration de la prestation des services de santé et de nutrition au niveau de l'offre, ont amené les populations pauvres à recourir aux services de nutrition. D'autres pays, tels que le Bangladesh, le Honduras et Madagascar ont recouru avec succès aux partenariats public-privé pour mobiliser les collectivités en vue de s'attaquer au problème de la malnutrition au moyen de méthodes communautaires.

Les pays se trouvent à différents stades d'acquisition d'expériences en matière de lutte contre les diverses formes de malnutrition :

- En ce qui concerne la dénutrition et la malnutrition par carence en micronutriments, plusieurs programmes d'envergure ont été efficaces

**Tableau 3. Mesure dans laquelle l'investissement dans la nutrition est crucial pour atteindre les ODM**

---

<i>Objectif</i>	<i>Effet de la nutrition</i>
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim.	La malnutrition affaiblit le capital humain en provoquant des effets irréversibles et intergénérationnels sur le développement cognitif et physique
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous.	La malnutrition réduit les chances pour un enfant d'aller à l'école, de rester à l'école et de bien travailler.
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.	Les préjugés contre les femmes dans le domaine de l'accès aux ressources alimentaires, de santé et de soins peuvent entraîner la malnutrition, et restreindre l'accès des femmes aux actifs. La résolution du problème de la malnutrition autonomise davantage les femmes que les hommes.
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile.	La malnutrition est directement ou indirectement associée à la plupart des décès d'enfants, et elle constitue le principal facteur contribuant à la charge de morbidité dans le monde en développement.
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.	La santé maternelle est compromise par la malnutrition, qui est associée à la plupart des grands facteurs de risque relatifs à la mortalité maternelle. Le retard de croissance et la carence en fer et en iode chez la mère posent tout particulièrement de graves problèmes
Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	La malnutrition peut accroître le risque de transmission du VIH, compromettre la thérapie antirétrovirale, et accélérer le déclenchement du sida clinique et le décès prématuré. Elle accroît les risques d'infection par la tuberculose, ce qui entraîne la maladie, et elle réduit par ailleurs les taux de survie au paludisme.

---

Source : Adaptation de Gillespie et Haddad (2003).

(au Bangladesh et en Thaïlande, à Madagascar, ainsi qu'au Chili, à Cuba, au Honduras et au Mexique). Le défi consiste à appliquer les enseignements tirés de ces expériences à l'exécution à grande échelle de tels programmes dans davantage de pays. Le problème a moins trait à ce qu'il faut faire qu'à la manière de renforcer l'engagement et la capacité des pays et des partenaires de développement en matière d'intervention à grande échelle.

- En revanche, pour ce qui est des maladies non transmissibles liées au surpoids et à l'alimentation, à l'insuffisance pondérale à la naissance, et aux interactions complexes entre la malnutrition et le VIH/SIDA, il existe peu de modèles d'envergure expérimentés et éprouvés. La recherche active et l'apprentissage par l'action sont certes prioritaires à ce niveau, mais les efforts déployés à grande échelle pour lutter contre le VIH et les maladies non transmissibles ne peuvent porter leurs fruits que s'ils s'attaquent au problème de la nutrition, aussi le défi consiste-t-il à réduire l'écart entre l'acquisition des connaissances scientifiques et la mise en œuvre à grande échelle des interventions.

Bien que l'on ait réalisé à grande échelle certains programmes efficaces sans avoir adopté de politiques globales de nutrition, la politique est également importante. Peu de pays disposent de politiques de nutrition bien élaborées et appuyées par de bonnes ressources. Le plus souvent, les politiques des autres secteurs (commerce, change, emploi, égalité entre les sexes, agriculture, aide sociale et santé) ont un effet imprévisible et parfois néfaste sur la nutrition, et elles deviennent des politiques de nutrition non intentionnelles mais de fait. Les Études d'impact sur les conditions de vie et la pauvreté doivent être utilisées plus couramment pour évaluer les effets intentionnels et non intentionnels des politiques de développement sur les résultats en matière de nutrition. En outre, la capacité d'offrir des conseils aux décideurs sur les implications des politiques pour la nutrition doit être renforcée dans une institution centrale, telle qu'un ministère des Finances ou un bureau de suivi de la pauvreté.

Les politiques publiques ont également un rôle potentiel à jouer dans la réduction des cas de mauvaise santé et des résultats économiques négatifs associés à l'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité dans les pays en développement, par le biais d'interventions au niveau de la demande et de l'offre.

*S'il existe des interventions efficaces, pourquoi n'ont-elles pas été mises en œuvre à grande échelle dans davantage de pays ?*

Les gouvernements et les partenaires de développement ont accordé une faible priorité aux programmes de nutrition, pour trois raisons

(encadré 5). Premièrement, la demande des services de nutrition est faible dans les collectivités, la malnutrition étant souvent invisible ; les familles et les collectivités ignorent que même un cas moyen ou bénin de malnutrition contribue considérablement au décès, à la maladie, et à un faible niveau d'intelligence ; et la plupart des familles souffrant de malnutrition sont pauvres et, partant, se font difficilement entendre. Deuxièmement, les gouvernements et les partenaires de développement ont mis du temps à reconnaître que les coûts économiques de la malnutrition sont élevés, que la malnutrition freine les progrès sur le front non seulement de l'ODM relatif à la malnutrition mais aussi des autres ODM, ou qu'il existe désormais des expériences considérables sur la façon de mettre en œuvre, à une grande échelle, des programmes de nutrition abordables et efficaces au plan du coût. Troisièmement, de nombreuses parties prenantes organisationnelles interviennent dans le domaine de la nutrition, aussi cette dernière est-elle souvent négligée à la fois par les gouvernements et dans les organismes d'aide au développement, car elle relève de la responsabilité partielle de plusieurs ministères sectoriels ou départements d'un organisme, mais aucune de ces entités ne s'en charge en priorité. À l'échelon national, le financement est en général affecté par secteur ou ministère, de sorte qu'à moins qu'un secteur n'en prenne l'initiative, aucune intervention de grande envergure ne peut suivre.

*Comment la communauté internationale du développement  
peut aider les pays à faire davantage*

Les pays doivent prendre l'initiative pour repositionner la nutrition de façon à lui accorder une priorité beaucoup plus grande dans leur programme de développement. Lorsque les pays sollicitent de l'aide en matière de nutrition, les partenaires de développement doivent répondre d'abord en aidant ces pays à développer une vision commune et à établir un consensus sur la nature de l'intervention à réaliser, la manière de s'y prendre, l'entité qui s'en chargera, et ensuite en fournissant de l'assistance financière et autre. Le présent rapport soutient que la non-réalisation à grande échelle d'interventions dans le domaine de la nutrition est attribuable en grande partie à un manque d'engagement soutenu de la part des pouvoirs publics, qui se traduit par une faible demande d'aide en matière de nutrition. Dans ce contexte, les partenaires de développement doivent étendre leur rôle au-delà de la réponse lorsque les gouvernements les y invitent. Ils doivent utiliser leurs ressources combinées d'analyse, de sensibilisation et de renforcement des capacités pour donner à la nutrition une plus grande priorité dans le programme d'action, dans toute situation où le problème de nutrition freine la réalisation des ODM (tableau 3). Ce rôle ne peut être rempli que

si les partenaires de développement partagent une vision commune du problème de malnutrition et adoptent collectivement des stratégies de portée générale pour s'y attaquer, et s'ils s'expriment d'une seule voix. Il s'ensuit que les partenaires de développement doivent également se repositionner eux-mêmes. Ils doivent se réunir autour d'un programme stratégique commun en matière de nutrition, en se concentrant sur de plus efficaces interventions réalisées à grande échelle en ce qui concerne la dénutrition et les micronutriments dans les pays prioritaires, et sur la recherche active ou l'apprentissage par l'action dans le cas de la surcharge pondérale, de l'insuffisance pondérale à la naissance, de la lutte contre le VIH/SIDA et de la nutrition. Un tel repositionnement doit porter sur l'examen et la révision des niveaux actuellement insuffisants de financement en faveur de la nutrition. À titre d'exemple, bien que la Banque mondiale soit le partenaire de développement qui investit le plus dans la nutrition à l'échelon mondial, entre 2000 et 2004, ses investissements dans les interventions en faveur d'approches courtes permettant d'améliorer le plus rapidement la nutrition ne se sont guère élevés à plus de 1,5 % de ses prêts pour le développement humain, et ils n'ont représenté que 0,3 % du total des prêts de l'institution.

Même si nous ne souhaitons pas proposer de méthode mondiale « entièrement transposable » de lutte contre la malnutrition, nous recommandons que lors de la formulation de stratégies propres à un pays ou à une région, les pays et leurs partenaires de développement s'attachent tout particulièrement à :

- Axer les stratégies et les actions sur les pauvres, afin de s'attaquer aux aspects non monétaires de la réduction de la pauvreté qui sont étroitement liés au développement humain et à la formation du capital humain.
- Concentrer les interventions sur la période propice — de la grossesse aux deux premières années de vie —, moment où se produit un préjudice irréparable.
- Améliorer les pratiques en matière de soins maternels et infantiles afin de réduire l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et d'améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons, notamment l'allaitement maternel exclusif et le recours à une alimentation complémentaire appropriée et en temps utile, car nombre de pays et de partenaires de développement ont négligé d'investir dans de tels programmes.
- Réaliser à grande échelle des programmes de fourniture de micronutriments, compte tenu de leur importance considérable, de leurs effets sur la productivité, de leur abordabilité, et de leurs ratios avantages-coûts très élevés.

- Faire fond sur les capacités du pays telles que renforcées grâce à l'exécution des programmes de fourniture des micronutriments, pour étendre les interventions aux programmes communautaires de nutrition.
- Œuvrer à l'amélioration de la nutrition non seulement par le biais d'interventions dans le secteur de la santé, mais aussi par l'adoption de mesures appropriées dans les domaines de l'agriculture, du développement rural, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de la protection sociale, de l'éducation, de l'égalité des sexes, et du développement de proximité.
- Renforcer les investissements dans les stratégies courtes d'amélioration de la nutrition, tout en maintenant toutefois un équilibre entre les stratégies courtes et longues.
- Intégrer les interventions en matière de nutrition, qui sont convenablement conçues et bien équilibrées dans les stratégies d'aide-pays, les approches sectorielles adoptées dans plusieurs domaines, les projets plurinationaux de lutte contre le sida, et les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP).

En plus de ces recommandations d'ordre général, nous formulons des suggestions pratiques sur la manière dont les pays pourraient tenir compte de certains de ces facteurs lors de l'intégration de la nutrition dans leurs stratégies nationales de développement.

### **Étapes suivantes**

Une intervention plus efficace et à plus grande échelle passe par la résolution des principaux problèmes opérationnels, comme suit :

1. Susciter un engagement à l'échelon mondial et national, et renforcer la capacité d'investir dans la nutrition.
2. Intégrer la nutrition aux stratégies nationales de développement dans les situations où elle n'est pas prioritaire à l'heure actuelle.
3. Réorienter les grands programmes de nutrition qui sont inefficaces, afin d'en optimiser l'impact.

Dans la recherche active et l'apprentissage par l'action, il convient de s'attacher principalement à :

1. Réunir des données sur la meilleure manière de renforcer l'engagement et la capacité d'intégrer la nutrition au programme de développement.
2. Renforcer et affiner les mécanismes de prestation des services de nutrition.

### 3. Renforcer davantage l'ensemble des données disponibles pour l'investissement dans la nutrition.

À l'échelon mondial, la communauté du développement doit s'unir pour repenser et repositionner explicitement le rôle de la malnutrition en tant que cause sous-jacente de la faiblesse de la croissance économique, de la mortalité et de la morbidité, et s'entendre pour :

- Coordonner les efforts visant à accroître l'engagement et le financement en faveur de la nutrition dans le cadre de partenariats mondiaux et nationaux.
- Poursuivre un ensemble de priorités stratégiques de portée générale (telles que les six décrites ci-dessus) pour la prochaine décennie, en apportant une contribution dans chaque situation où ils jouissent du meilleur avantage comparatif.
- Se concentrer sur un ensemble convenu de pays prioritaires pour l'investissement dans la nutrition, ainsi que l'intégration et la réalisation à grande échelle des programmes de nutrition.
- Se concentrer sur un ensemble convenu de pays prioritaires pour la mise au point de pratiques optimales en matière de renforcement de l'engagement et des capacités, d'intégration de la nutrition, et de réduction de la surcharge pondérale et de l'obésité.
- Déployer un effort collectif pour passer du financement des petits projets à celui des programmes de grande envergure, à l'exception des cas où de petits projets ayant de solides composantes suivi et évaluation sont nécessaires pour expérimenter les interventions et les systèmes de prestation, ou pour renforcer les capacités dans le domaine de la nutrition.

À l'échelon national, la communauté du développement doit accroître son appui en aidant tous les pays souffrant d'une carence en micronutriments à élaborer une stratégie nationale des micronutriments, à la financer, et à l'exécuter à grande échelle pour assurer une couverture nationale en l'espace de cinq ans — sans évincer le grand programme de lutte contre la dénutrition.

La communauté du développement doit par ailleurs appuyer les pays confrontés à des problèmes de dénutrition, de la manière suivante :

- Identifier et appuyer au moins cinq à dix pays confrontés à de graves problèmes de nutrition et qui sont déterminés à travailler avec les partenaires de développement pour intégrer la nutrition aux approches sectorielles, aux programmes plurinationaux de lutte contre le sida, et aux crédits à l'appui de la stratégie de réduction de la

pauvreté. Dans les pays qui ont peu d'expérience dans le domaine de la nutrition, la première étape peut consister à exécuter des projets de nutrition ; dans les autres cas, il sera nécessaire de déployer des efforts particuliers pour renforcer les capacités du pays.

- Identifier et appuyer trois à cinq pays où il convient de réorienter les investissements d'envergure afin d'en optimiser l'impact. Dans ces pays, fournir un appui coordonné pour réorienter la conception des programmes et pour renforcer la qualité, le suivi et l'évaluation de l'exécution.
- Identifier et appuyer au moins trois à cinq pays où les problèmes de nutrition sont très préoccupants mais où aucune mesure appropriée n'est prise pour s'y attaquer. Dans ces pays, s'attacher à susciter l'engagement, à analyser les politiques, et à mettre au point des stratégies d'intervention qui peuvent être financées avec l'aide des partenaires de développement.

Afin de contribuer à la réalisation de ces objectifs, les partenaires de développement devront cofinancer un fonds de subventions pour catalyser les interventions en faveur de la prise d'engagement et de la recherche active, en complétant le montant de 3,6 millions de dollars affectés récemment par la Banque à partir du Mécanisme d'octroi de dons pour le développement à l'intégration de la nutrition aux programmes de santé maternelle et infantile. Le financement de grande envergure en faveur des interventions nationales décrites ci-dessus doit être fourni en recourant aux voies normales, plutôt qu'en créant un fonds spécial pour la nutrition. Les estimations initiales laissent penser que les coûts d'un programme destiné à répondre aux besoins de micronutriments en Afrique s'établissent aux alentours de 235 millions de dollars par an. Ceux relatifs aux autres régions et à d'autres aspects du dossier nutrition n'ont pas encore été chiffrés, mais d'autres estimations mettent en jeu des sommes bien plus considérables : 750 millions de dollars pour la mise en œuvre au plan mondial d'un programme de distribution de deux doses de suppléments en vitamine A par an ; entre 1 et 1,5 milliard de dollars pour une campagne mondiale d'iodisation du sel, (dont 800 millions à 1,2 milliard de dollars mobilisés auprès du secteur privé) ; et plusieurs milliards de dollars pour des programmes de nutrition à l'échelon communautaire. La Banque mondiale procède à un calcul plus détaillé des coûts afin d'arriver à des chiffres plus exacts.

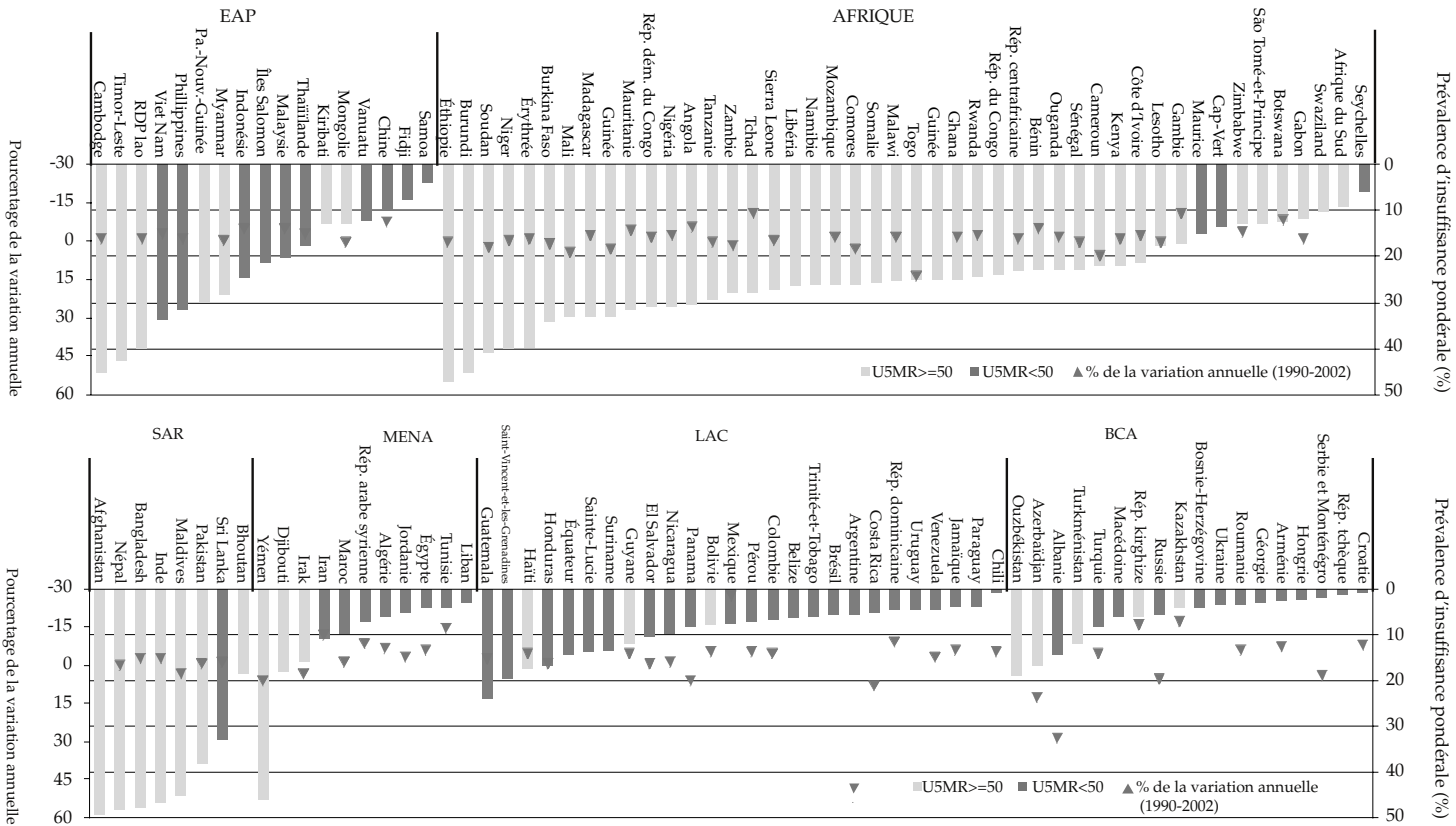
Le programme proposé ici doit être examiné, modifié, adopté et exécuté par les partenaires de développement, en collaboration avec les pays en développement. Sans une action coordonnée, focalisée et renforcée, on ne peut s'attendre à aucun progrès réel sur le front de la nutrition ou de la réalisation de plusieurs autres ODM.

## Notes

1. De Onis et al. (2004b).
2. Doak et al. (2005).

**Pour de plus amples informations,  
veuillez contacter Meera Shekar,  
HDNHE, Banque mondiale**

# Prévalence d'insuffisance pondérale et taux de réduction dans les régions et les pays de la Banque mondiale



*Source* : Base des données mondiales de l'OMS sur la croissance et la malnutrition chez les enfants.

*Note* : U5MR = taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, par 1 000 naissances vivantes. Les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale proviennent de la dernière enquête nationale disponible dans chaque pays. Le coefficient d'une régression qui lie le logarithme naturel de l'insuffisance pondérale à l'année de l'enquête sert de taux moyen de variation annuelle pour la période pendant laquelle les données sont disponibles. Toutes les données nationales disponibles entre 1990 et 2002 ont été utilisées dans l'estimation. Pour l'Inde, l'on a recouru au taux de prévalence ajustée de l'insuffisance pondérale provenant des données rurales nationales (1990 et 1992), tel que fourni par l'OMS. Aucune donnée relative à l'insuffisance pondérale n'était disponible pour les pays ci-après : AFR — Guinée équatoriale ; EAP — Îles Marshall, Micronésie, Palaos, Tonga ; ECA — Bélarus, Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Moldova, Pologne, République slovaque, Tadjikistan ; LAC — Dominique, Saint-Kitts-et-Nevis ; pays industrialisés — Antigua-et-Barbuda, République de Corée, Slovaquie.



La malnutrition chronique contribue à la non-réalisation généralisée non seulement du premier objectif de développement pour le Millénaire — celui de réduire de moitié la pauvreté et la faim — mais aussi des autres objectifs liés à la santé maternelle et infantile, à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'éducation, et à l'égalité entre les sexes. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants est un indicateur clé permettant de mesurer les progrès sur le front de la pauvreté non monétaire, et la malnutrition demeure le plus grave problème de santé du monde — ainsi que le facteur unique qui contribue le plus à la mortalité infantile. Près d'un tiers des enfants du monde en développement présentent une insuffisance pondérale ou un arrêt de croissance prématuré, et plus de 30 % de la population du monde en développement souffre de carence en micronutriments. Qui plus est, l'on assiste à l'apparition de nouveaux problèmes de malnutrition : l'épidémie de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation se propage dans le monde en développement, et la malnutrition est associée à la pandémie du VIH/SIDA.

Le rapport *Replacer la nutrition au cœur du développement : Stratégie d'intervention à grande échelle* fait valoir que les partenaires de développement et les pays en développement doivent accroître l'investissement dans les programmes de nutrition. Cet argument repose sur des éléments probants qui montrent que ce problème est d'une très grande ampleur et que les interventions en matière de nutrition sont indispensables pour accélérer la réduction de la pauvreté, ainsi que pour obtenir des ratios avantages-coûts élevés, et elles peuvent permettre d'améliorer la nutrition beaucoup plus rapidement que le recours à la seule croissance économique. L'amélioration de la nutrition peut par ailleurs stimuler la croissance économique. Le rapport propose, à l'intention de la communauté internationale du développement et des gouvernements nationaux, une stratégie mondiale d'accélération des interventions dans le domaine de la nutrition.

