



SUIVRE LES PROGRÈS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION DE L'ENFANT ET DE LA MÈRE

Une priorité en
matière de survie et
de développement

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2009

Une autorisation est nécessaire pour reproduire quelque partie de cette publication que ce soit.

Veuillez vous adresser à :
Division de la communication, UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique
Courriel : nyhqdoc.permit@unicef.org

L'autorisation sera accordée gratuitement aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif.
Les autres devront s'acquitter d'une somme modique.

Ce rapport comprend un panorama de la nutrition sur les 24 pays supportant la plus lourde charge des retards de croissance chez l'enfant, à partir de la page 43. Les profils nutritionnels de pays supplémentaires seront disponibles au début 2010 à l'adresse www.unicef.org/publications.

Pour toute correction ou rectification apportée une fois que ce document a été publié, veuillez consulter notre site Internet à www.unicef.org/publications.

Pour toute mise à jour postérieure à la publication, veuillez consulter notre site Internet à www.childinfo.org.

ISBN : 978-92-806-4483-8
N° de vente : F.09.XX.25

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique
Courriel : pubdoc@unicef.org
Site Internet : www.unicef.org/french



SUIVRE LES PROGRÈS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION DE L'ENFANT ET DE LA MÈRE

Une priorité en
matière de survie et
de développement

unicef 

unissons-nous
pour les enfants

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	3
Glossaire	4
Introduction	5
Principaux messages	7
Présentation	9
1. Le défi de la sous-nutrition	10
2. L'importance de la nutrition	12
3. Situation actuelle de la nutrition	15
4. Couverture des interventions visant à améliorer la nutrition	23
5. Interventions efficaces pour l'amélioration de la nutrition	31
6. Causes sous-jacentes de la sous-nutrition : pauvreté, disparités et autres facteurs sociaux	35
7. Facteurs favorables aux programmes de nutrition	37
8. Perspectives d'avenir	40
Références	41
Remarques sur les cartes	42
Panorama de la nutrition : les 24 pays où le retard de croissance des enfants est le plus important	43
Sigles et acronymes employés dans le panorama des pays	92
Interprétation des graphiques en aires sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants	92
Sources des données	94
Définitions des indicateurs clés	97
Définitions des indicateurs de politique	100
Tableaux statistiques	101
Tableau 1 : Classement des pays sur la base du nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance modéré et grave	102
Tableau 2 : Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel	104
Tableau 3 : Pratiques d'alimentation du nourrisson et indicateurs relatifs aux micronutriments	108
Annexes	113
Données consolidées	114
Notes générales sur les données	116
Remerciements	119

AVANT-PROPOS

La sous-nutrition est responsable de plus d'un tiers des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans. Elle affaiblit les enfants et aggrave les effets des maladies qui les frappent. Un enfant souffrant de sous-nutrition doit lutter pour résister aux attaques de pneumonie, de diarrhée et d'autres maladies – et, bien souvent, c'est la maladie qui gagne.

La sous-nutrition est causée par une mauvaise alimentation et par un manque de soins, que vient aggraver la maladie. Les enfants qui y survivent peuvent rester emprisonnés dans un cycle de maladies récurrentes et de problèmes de croissance, qui altèrent leur santé physique, portent irréversiblement atteinte à leur développement et à leurs aptitudes cognitives et amoindrissent leurs futures capacités d'adultes. Lorsqu'un enfant souffre de diarrhée – due à l'absence d'eau propre, à l'insalubrité ou à de mauvaises pratiques hygiéniques –, son organisme perd d'importants nutriments.

Faute de soins appropriés, les choses ne peuvent qu'aller de mal en pis : les enfants affaiblis par des carences nutritionnelles ne peuvent pas résister longtemps à la maladie et les accès de plus en plus graves et fréquents de maladie qu'ils subissent les affaiblissent toujours davantage. Plus d'un tiers des enfants morts de pneumonie, de diarrhée et d'autres maladies auraient pu survivre s'ils n'avaient pas souffert de sous-nutrition.

Le présent rapport estime à 195 millions le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans dans des pays en développement qui souffrent d'un retard de croissance, conséquence de carences nutritionnelles chroniques subies avant la naissance dès lors que les mères sont elles-mêmes victimes de sous-nutrition. Sur ces 195 millions d'enfants, plus de 90 % vivent en Asie et en Afrique.

La sous-nutrition maternelle amoindrit les chances qu'a une femme de survivre à sa grossesse et, de surcroît, compromet la santé de son enfant. Les femmes qui ont subi un retard de croissance pendant leur enfance, dont l'état nutritionnel était mauvais lors de la conception de l'enfant ou qui n'ont pas pris suffisamment de poids pendant leur grossesse peuvent donner naissance à des bébés de poids insuffisant. Et ces nouveau-nés peuvent ne jamais se remettre de ces handicaps précoces. Comme d'autres enfants mal nourris, ils sont davantage exposés aux maladies infectieuses et risquent plus de mourir. Une fois adultes, ils ont tendance à contracter davantage de maladies chroniques, notamment l'insuffisance cardiaque et le diabète. Ainsi, la santé de l'enfant est inextricablement liée à la santé de la mère.

Et la santé de la mère, pour sa part, est liée à la condition dont elle jouit dans la société dans laquelle elle vit. Dans de nombreux pays en développement, la médiocre condition de la femme est considérée comme l'une des premières raisons de la sous-nutrition tout au long du cycle de vie.

La sous-nutrition réduit les capacités d'apprentissage des enfants de moins de 2 ans et, plus tard, elle les empêchera de gagner convenablement leur vie. Les carences nutritionnelles fatiguent et affaiblissent les enfants, mais diminuent aussi leur QI, ce qui les conduit à de mauvais résultats scolaires. Une fois adultes, ils sont moins productifs et perçoivent des revenus inférieurs à ceux de leurs homologues en bonne santé. Le cycle de la sous-nutrition et de la pauvreté ne fait alors que se répéter, de génération en génération.

L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement, associé à une alimentation adaptée, peuvent avoir un impact majeur sur la survie, la croissance et le développement des enfants. La supplémentation du régime alimentaire en vitamine A, afin de renforcer les résistances à la maladie, et en zinc, pour traiter la diarrhée, contribue également à la réduction de la mortalité infantile. L'enrichissement des aliments de base, les condiments et les aliments complémentaires donnés à de jeunes enfants peuvent apporter à de larges groupes de la population les vitamines et les minéraux essentiels dont ils ont besoin pour survivre. La protection contre les carences en iode et en fer améliore les conditions de vie et le développement cognitif. Des études démontrent qu'une carence en iode réduit le QI de 13,5 points en moyenne.

Pour les enfants qui souffrent de malnutrition aiguë sévère, souvent dans des contextes de crise, les aliments prêts à l'emploi peuvent atténuer efficacement la malnutrition et pallier les nutriments et l'énergie perdus.

Le peu d'attention porté aujourd'hui à la nutrition de l'enfant et de la mère engendrera demain des coûts considérables. Avec plus d'un milliard de personnes souffrant de malnutrition et de la faim, il apparaît aujourd'hui plus que nécessaire d'entreprendre des interventions internationales et des actions urgentes. Les engagements mondiaux pris en faveur de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'agriculture durable s'inscrivent dans un agenda international plus vaste, qui devrait aider à résoudre les problèmes critiques présentés dans le présent rapport.



Ann M. Veneman
Directrice générale, UNICEF

GLOSSAIRE

- **Alimentation complémentaire** : processus mis en route lorsque le lait maternel seul ou le lait maternisé seul ne suffit plus à satisfaire les besoins nutritionnels d'un nourrisson, de sorte que d'autres aliments et liquides doivent être ajoutés au lait maternel ou au substitut du lait maternel. La tranche d'âges des nourrissons cibles de l'alimentation d'appoint est généralement de 6-23 mois.
- **Allaitement maternel exclusif** : le nourrisson ne s'alimente qu'avec du lait maternel (y compris le lait tiré ou tété au sein d'une nourrice) et de rien d'autre, pas même d'eau ou de thé. Les médicaments, les solutions de réhydratation orale, les vitamines et les minéraux, dans la mesure où ils sont recommandés par des prestataires de soins de santé, sont autorisés pendant l'allaitement maternel exclusif.
- **Carence en micronutriments** : état constaté lorsque l'organisme manque de vitamines ou de minéraux en raison d'un régime alimentaire insuffisamment riche en vitamines ou minéraux, d'une alimentation globalement insuffisante et/ou d'une assimilation non optimale des vitamines ou minéraux par l'organisme.
- **Émaciation** : définie par un poids pour la taille inférieur de deux écarts-types au poids médian pour la taille de la population de référence. Un enfant peut être atteint d'émaciation modérée (poids pour la taille inférieur de deux à trois écarts-types au poids médian pour la taille) ou grave (poids pour la taille inférieur de trois écarts-types au poids médian pour la taille).
- **Insuffisance pondérale** : forme composite de sous-nutrition comprenant des éléments de retard de croissance et d'émaciation, définie par un poids pour l'âge inférieur de deux écarts-types au poids médian pour l'âge de la population de référence.
- **Insuffisance pondérale à la naissance** : nourrisson pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.
- **Malnutrition** : terme général que l'on substitue souvent à celui de dénutrition ou de sous-nutrition bien que, du point de vue technique, il désigne également la surnutrition. Une personne est mal nourrie si son régime alimentaire ne comporte pas de nutriments adaptés à sa croissance ou à son maintien en bonne santé ou si elle ne peut pas pleinement assimiler les aliments qu'elle ingurgite en raison d'une maladie (sous-nutrition). Elle est également mal nourrie si elle consomme trop de calories (surnutrition).
- **Malnutrition aiguë modérée** : définie par un poids pour la taille inférieur de deux à trois écarts-types au poids médian pour la taille de la population de référence.
- **Malnutrition aiguë sévère** : définie par un poids pour la taille inférieur de trois écarts-types au poids médian pour la taille de la population de référence, par un périmètre brachial inférieur à 115 mm, par une forte maigreur visible ou par la présence d'un œdème nutritionnel.
- **Micronutriments** : vitamines et minéraux essentiels requis par l'organisme tout au long du cycle de vie, en de minuscules quantités.
- **Retard de croissance** : défini par une taille pour l'âge inférieure de deux écarts-types à la taille médiane pour l'âge de la population de référence.
- **Sous-nutrition** : résultat d'un apport alimentaire insuffisant, de soins inadaptés et de maladies infectieuses. Concerne les personnes en insuffisance pondérale pour leur âge, trop petites pour leur âge (retard de croissance), dangereusement maigres pour leur taille (émaciation) et manquant de vitamines et de minéraux (carence en micronutriments).
- **Substitut du lait maternel** : aliment commercialisé ou représenté comme un produit remplaçant partiellement ou intégralement le lait maternel, qu'il soit adapté ou non à cette fin.
- **Supplémentation alimentaire** : aliments supplémentaires fournis à des groupes vulnérables, dont des enfants souffrant de malnutrition modérée.
- **Surcharge pondérale** : définie par un poids pour la taille supérieur de deux écarts-types au poids médian pour la taille de la population de référence.

INTRODUCTION

Le premier Objectif du Millénaire pour le développement appelle à l'élimination de la pauvreté extrême et de la faim et sa réalisation est essentielle au progrès et au développement des nations.

Toute défaillance quant à ce premier objectif compromettrait de fait la réalisation de tous les autres OMD, notamment ceux concernant l'éducation primaire universelle (OMD 2), la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5).

L'un des indicateurs employés pour évaluer les progrès réalisés vers l'OMD 1 est la prévalence d'enfants de moins de 5 ans qui présentent une insuffisance pondérale ou, pour le moins, un poids inférieur à celui qu'ils devraient avoir pour leur âge. Pour prendre régulièrement et convenablement du poids, les enfants ont besoin d'une alimentation de qualité suffisamment bonne, ils doivent rester en bonne santé et recevoir des soins adaptés de leur famille et de leur communauté.

Pour ce qui est de l'insuffisance pondérale, la réalisation du premier OMD dépend, dans une large mesure, de la mise en œuvre efficace de programmes de nutrition et de santé à grande échelle, susceptibles de fournir des aliments et des soins à tous les enfants d'un pays.

Depuis que les OMD ont été adoptés, en 2000, les connaissances sur les causes et les conséquences de la sous-nutrition ont considérablement progressé.

De récentes études démontrent en effet que, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, la période de plus grande vulnérabilité aux carences nutritionnelles commence très tôt dans la vie : elle démarre à la grossesse de la mère et se poursuit jusqu'à l'âge de 2 ans. Tout au long de cette période, les carences nutritionnelles ont une forte incidence adverse sur la survie et la croissance de l'enfant.

La sous-nutrition chronique, dans la petite enfance, freine aussi le développement cognitif et physique, générant un handicap que l'enfant devra supporter tout au long de sa vie. Ces enfants peuvent avoir de piètres résultats scolaires et, une fois adultes, peuvent être moins productifs, gagner moins bien leur vie et avoir plus de risques de contracter des maladies que les adultes n'ayant pas rencontré de problèmes de sous-nutrition pendant leur enfance.

Chez les filles, la sous-nutrition chronique subie en début de vie, que ce soit avant la naissance ou dans la petite enfance, peut les amener plus tard à donner naissance à des bébés en insuffisance pondérale, ce qui rendra ces enfants particulièrement vulnérables à la sous-nutrition tout au long de leur croissance. Ainsi, le cercle vicieux de la sous-nutrition ne fait que se répéter, de génération en génération.

Lorsque la sous-nutrition est largement répandue, ses conséquences négatives pour les individus se traduisent en conséquences négatives pour les pays. Il est donc impératif d'être en mesure de déterminer si des enfants présentent des risques de carences nutritionnelles et, si tel est le cas, de prendre des mesures appropriées pour prévenir et traiter ces carences.

Pour déterminer si un enfant a souffert de carences nutritionnelles chroniques et de fréquents accès de maladie au début de sa vie, le meilleur indicateur reste sa taille (la longueur du nouveau-né et la taille de l'enfant). Au bout d'un certain laps de temps, les carences nutritionnelles journalières freinent la croissance, induisant un retard de croissance. Dès lors qu'un enfant est victime d'un retard de croissance, il lui est difficile de rattraper plus tard ce retard, en particulier dans les conditions de vie prévalant dans bien des pays en développement.

Si le retard de croissance est difficile à corriger, l'insuffisance pondérale, pour sa part, peut être compensée dans la mesure où la nutrition et la santé sont améliorées plus tard dans l'enfance. Même s'il est adapté, le poids d'un enfant âgé de 4-5 ans peut donc masquer des carences survenues pendant la vie intra-utérine ou néonatale et sa croissance et son développement peuvent s'en trouver compromis.

Le fardeau mondial des retards de croissance est bien supérieur à celui de l'insuffisance pondérale. Le présent rapport, qui s'appuie sur les dernières données disponibles, montre que, dans le monde en développement, le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance avoisine les 200 millions, alors que le nombre d'enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale est d'environ 130 millions. En effet, de nombreux pays affichent chez leurs enfants des taux de retard de croissance bien supérieurs aux taux d'insuffisance pondérale.

Les gouvernements, les donateurs et les partenaires qui ne s'intéressent qu'au problème de l'insuffisance pondérale négligent une part importante du fléau persistant de la sous-nutrition. Or, comme l'indique ce rapport, la question des retards de croissance pourrait poser de graves problèmes dans de nombreux pays.

Aujourd'hui, la communauté internationale est bien mieux informée sur les stratégies et approches appliquées par les programmes pour améliorer la nutrition, grâce à des données nettement plus fiables sur la santé et la nutrition. Ce rapport s'appuie sur ces sources pour identifier les principaux facteurs d'efficacité des programmes visant à améliorer la nutrition maternelle, l'allaitement maternel, l'alimentation d'appoint et la supplémentation en vitamines et en minéraux chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Il fournit également des informations démontrant qu'il est parfaitement possible d'améliorer la nutrition infantile.

Il explique, par exemple, que des interventions nutritionnelles efficaces et économiques, comme la supplémentation en vitamine A, peuvent atteindre la vaste majorité des enfants dans les pays les moins avancés, que d'importants progrès ont été réalisés pour améliorer l'alimentation néonatale dans de nombreux pays d'Afrique et que le traitement de la malnutrition aiguë sévère s'est rapidement développé.

Le lourd fardeau de la sous-nutrition, et son influence sur la réduction de la pauvreté et sur la réalisation de bien d'autres OMD, constitue en soi un appel à l'action. Le fait que de plus en plus d'enfants souffrent de sous-nutrition dans certains pays suite à de récents événements, telles la flambée des prix alimentaires et la crise financière, accentue l'urgence du problème.

Eu égard à l'état actuel des connaissances sur la gravité de l'impact à long terme de la sous-nutrition, ainsi qu'aux enseignements tirés de programmes novateurs et efficaces de promotion d'une bonne nutrition, ce rapport arrive assurément à point nommé. Sa valeur réside en ce qu'il fait de la nutrition un pilier du développement humain. De plus, il démontre que des programmes concrets déployés à grande échelle ne permettent pas seulement de réduire la sous-nutrition et la faim dans les pays, mais également de promouvoir le progrès des nations.

PRINCIPAUX MESSAGES

Présentation

- La sous-nutrition met en danger la survie, la santé, la croissance et le développement des enfants et freine les progrès des pays vers la réalisation de leurs objectifs de développement. La sous-nutrition est souvent un problème invisible.
- L'état nutritionnel futur d'un enfant se dessine avant même sa conception et dépend grandement de l'état nutritionnel de sa mère avant et pendant la grossesse. Une femme souffrant de sous-nutrition chronique donnera naissance à un enfant risquant de souffrir lui-même de sous-nutrition, et ce cycle de la sous-nutrition se répétera de génération en génération.
- Les enfants souffrant de carences en fer et en iode n'ont pas d'aussi bons résultats scolaires que leurs homologues en bonne santé et, à mesure qu'ils grandissent, ils peuvent être moins productifs que d'autres adultes.
- Les retards de croissance reflètent des carences nutritionnelles chroniques, aggravées par la maladie. Par rapport à d'autres formes de sous-nutrition, ce problème a de plus vastes proportions :
 - Chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement, on estime qu'un tiers – 195 millions d'enfants – souffre d'un retard de croissance et 129 millions d'insuffisance pondérale.
 - Vingt-quatre pays assument 80 % du fardeau de la sous-nutrition du monde en développement, mesurée en termes de retard de croissance.
 - En Afrique et en Asie, les taux de retard de croissance sont particulièrement élevés, respectivement de 40 % et de 36 %. Plus de 90 % des enfants souffrant de sous-nutrition dans le monde en développement vivent en Afrique et en Asie.
- Les progrès pour les enfants sont au cœur de tous les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Conjointement avec le développement cognitif et physique, une nutrition convenable apporte une importante quote-part à la réduction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'amélioration de la santé maternelle et à l'égalité des sexes. Elle est donc essentielle à la réalisation de la plupart des OMD.

Démonstrations de programmes

- La prévention de la sous-nutrition bénéficie d'un créneau critique – pendant la grossesse de la mère et pendant les deux premières années de vie de l'enfant – lorsque des interventions en faveur de la nutrition qui ont fait leurs preuves offrent aux enfants les meilleures chances de survivre et de bénéficier d'une croissance et d'un développement optimaux.
- La sous-nutrition infantile peut être grandement réduite par l'amélioration de la nutrition maternelle avant et pendant la grossesse, l'allaitement maternel précoce et exclusif et une alimentation d'appoint de bonne qualité pour les nourrissons et les jeunes enfants, avec des interventions appropriées en termes de nutriments.
- Les programmes à grande échelle – dont la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel exclusif, la fourniture de vitamines et de minéraux via des aliments enrichis et des suppléments alimentaires et le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère – ont porté leurs fruits dans de nombreux pays. Les pays n'ayant pas encore fait l'objet de programmes de la sorte peuvent s'appuyer sur ces expériences pour orienter leur mise en œuvre à l'échelle.
- L'eau insalubre, les installations sanitaires inadaptées et la mauvaise hygiène accroissent les risques de diarrhée et d'autres maladies qui privent les enfants de nutriments essentiels, génèrent une sous-nutrition chronique et accroissent le risque de décès.
- De fait, il est parfaitement possible d'améliorer la nutrition infantile et maternelle, à peu de frais et en toute efficacité. Les interventions nutritionnelles figurent parmi les meilleurs investissements que les pays peuvent engager dans leur développement.



PRÉSENTATION

1. LE DÉFI DE LA SOUS-NUTRITION

De par le monde, le niveau de sous-nutrition infantile et maternelle demeure inacceptable. Dans le monde en développement, 90 % des enfants souffrant de sous-nutrition chronique (retard de croissance) vivent en Afrique et en Asie. Néfaste pour la santé et rarement détectée avant qu'elle ne devienne grave, la sous-nutrition met en danger la survie, la croissance et le développement des enfants et des femmes et mine les forces et les capacités des nations.

Déclenchée conjointement par une mauvaise alimentation, de fréquents accès de maladies infectieuses et des soins inadaptés, la sous-nutrition demeure très répandue dans le monde en

développement comme dans les pays industrialisés, à différents degrés et sous différentes formes. Les carences nutritionnelles sont particulièrement nocives chez les femmes enceintes et au cours des deux premières années de vie des nourrissons. Durant toute cette période, elles font peser de graves menaces sur la survie, la croissance et le développement des mères et de leurs enfants, problèmes qui vont ensuite amoindrir la capacité des enfants à apprendre à l'école et, à l'âge adulte, à travailler et à prospérer.

La sous-nutrition entrave sérieusement le développement socioéconomique des pays et amoindrit leurs capacités à réduire la pauvreté. Une bonne part des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – en particulier l'OMD 1 (élimination de la pauvreté extrême et de la faim), l'OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) et l'OMD 5 (amélioration

80 % des enfants présentant un retard de croissance dans le monde en développement vivent dans 24 pays

Les 24 pays présentant le plus grand nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans victimes d'un retard de croissance modéré ou grave

Classement	Pays	Prévalence des retards de croissance (%)	Nombre d'enfants présentant un retard de croissance (en milliers, 2008)	Proportion dans le monde en développement (total de 195,1 millions)
1	Inde	48	60 788	31,2 %
2	Chine	15	12 685	6,5 %
3	Nigéria	41	10 158	5,2 %
4	Pakistan	42	9 868	5,1 %
5	Indonésie	37	7 688	3,9 %
6	Bangladesh	43	7 219	3,7 %
7	Éthiopie	51	6 768	3,5 %
8	République démocratique du Congo	46	5 382	2,8 %
9	Philippines	34	3 617	1,9 %
10	République-Unie de Tanzanie	44	3 359	1,7 %
11	Afghanistan	59	2 910	1,5 %
12	Égypte	29	2 730	1,4 %
13	Viet Nam	36	2 619	1,3 %
14	Ouganda	38	2 355	1,2 %
15	Soudan	40	2 305	1,2 %
16	Kenya	35	2 269	1,2 %
17	Yémen	58	2 154	1,1 %
18	Myanmar	41	1 880	1,0 %
19	Népal	49	1 743	<1 %
20	Mozambique	44	1 670	<1 %
21	Madagascar	53	1 622	<1 %
22	Mexique	16	1 594	<1 %
23	Niger	47	1 473	<1 %
24	Afrique du Sud	27	1 425	<1 %

Total : 80 %

Remarque : estimations fondées sur les Normes de croissance de l'enfant publiées par l'OMS en 2006, à l'exception des pays suivants, dont les seules estimations disponibles proviennent de la précédente population de référence NCHS-OMS : Kenya, Mozambique, Afrique du Sud et Viet Nam. Toutes les données relatives à la prévalence sont issues d'enquêtes conduites en 2003 ou ultérieurement, à l'exception du Pakistan (2001-2002). Pour un complément d'information sur les données relatives à la prévalence ou aux estimations numériques, veuillez consulter les remarques sur les données à la page 116.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

À propos du présent rapport

Ce rapport montre pourquoi il est urgent de faire passer à grande échelle les interventions qui permettent d'alléger la charge de la sous-nutrition de l'enfant et de la mère dans le monde. Il présente des informations sur des stratégies en matière de nutrition et les progrès accomplis par les programmes, sur la base des données disponibles les plus récentes. Les réussites obtenues et les leçons retenues qui sont décrites dans ces pages montrent qu'il est tout à fait possible de réduire les taux de sous-nutrition. Le rapport présente des informations détaillées et actualisées sur l'état nutritionnel, l'exécution des programmes et les indicateurs en la matière pour les 24 pays où vivent 80 pour cent des enfants qui souffrent d'un retard de croissance dans le monde (page 43). Véritable appel à l'action en faveur de ces 24 pays, ce rapport souligne également la nécessité de redoubler d'efforts pour alléger la charge de la sous-nutrition dans tous les pays.

de la santé maternelle) – ne pourra être réalisée que si priorité est conférée à la nutrition des femmes et des enfants dans les programmes et stratégies de développement national. Le monde en développement, où les taux de sous-nutrition persistent à des niveaux élevés, manque chaque jour de précieuses occasions de sauver des millions de vies et des enfants en plus grand nombre encore sont incapables de grandir et de se développer en réalisant leur plein potentiel.

Numériquement, le plus gros du problème mondial de la sous-nutrition est localisé : vingt-quatre pays représentent 80 % du fardeau mondial de la sous-nutrition chronique, mesurée en termes de retard de croissance (insuffisance pondérale pour l'âge). Bien que l'Inde n'affiche pas la plus forte prévalence d'enfants victimes d'un retard de croissance, du fait de l'importance de sa population, elle présente le plus grand nombre d'enfants victimes d'un retard de croissance.

Les retards de croissance posent un problème bien plus grave que l'insuffisance pondérale ou l'émaciation et illustrent plus cruellement les carences nutritionnelles observées aux stades les plus critiques de la croissance et du développement en début de vie. La plupart des pays ont des taux de retard de croissance plus élevés que leurs taux d'insuffisance pondérale et, dans certains d'entre eux, plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance.

Très peu de pays considèrent la nutrition comme un enjeu prioritaire de leur développement national, en dépit des conséquences avérées des carences nutritionnelles à court et à long termes. Les raisons sont multiples.

Les problèmes nutritionnels ne sont souvent remarqués qu'une fois qu'ils sont devenus graves. Pourtant, la sous-nutrition modérée est très courante, avec son lot de conséquences d'une ampleur considérable : obstacles à la croissance, capacités d'apprentissage amoindries et, à l'âge adulte, faible productivité professionnelle. Aucune de ces conditions n'est aussi visible que les maladies dont meurent les enfants mal nourris. Les enfants peuvent en effet paraître en bonne santé, même s'ils font face à de graves risques associés à la sous-nutrition. Méconnaissant l'urgence de la situation, les responsables politiques ne comprennent pas toujours la corrélation entre une meilleure nutrition et leurs objectifs socioéconomiques nationaux.

18 pays présentant la plus forte prévalence de retards de croissance

Prévalence des retards de croissance modérés et graves chez les enfants de moins de 5 ans dans 18 pays présentant un taux de prévalence d'au moins 45 %

Pays	Prévalence des retards de croissance (modérés et graves) (%)
Afghanistan	59
Yémen	58
Guatemala	54
Timor-Leste	54
Burundi	53
Madagascar	53
Malawi	53
Éthiopie	51
Rwanda	51
Népal	49
Bhoutan	48
Inde	48
République démocratique populaire lao	48
Guinée-Bissau	47
Niger	47
République démocratique du Congo	46
République populaire démocratique de Corée	45
Zambie	45

Remarque : estimations calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, à l'exception des cas dont les seules données disponibles proviennent de la précédente population de référence NCHS-OMS; veuillez consulter les remarques sur les données à la page 116 pour un complément d'information à ce sujet. Les estimations sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception du Guatemala (2002) et du Bhoutan (1999).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Dans de nombreux pays, la nutrition n'a pas de domicile institutionnel fixe : elle est souvent partiellement traitée par différents ministères ou départements, des dispositions qui peuvent faire obstacle à la planification et à la gestion efficaces des programmes y afférents.

Dans certains des pays qui présentent les plus hauts niveaux de sous-nutrition, les gouvernements ont de multiples défis à relever – pauvreté, crise économique, conflit, catastrophe naturelle, inégalités –, soit autant de problèmes pressants exigeant une attention urgente. La sous-nutrition figure rarement aux premiers rangs de ces problèmes, du moins tant qu'elle ne devient pas très grave et répandue.

Un certain nombre de dirigeants ne jugent pas la nutrition politiquement opportune, parce qu'elle exige des investissements sur le long terme et que ses résultats ne sont pas toujours immédiatement visibles. De surcroît, les intérêts des organismes donateurs – dont les budgets alloués à l'aide en général sont restreints – sont généralement focalisés ailleurs.

Dans le passé, les stratégies de nutrition ont rarement été efficaces et exhaustives, les programmes n'ont jamais pris une ampleur suffisante et les ressources humaines se sont révélées cruellement inadaptées, en partie en raison des insuffisances de coordination et de collaboration entre les institutions et agences internationales œuvrant dans le domaine de la nutrition. Pourtant, si tant est qu'elles soient efficaces et dûment programmées, il y a aujourd'hui des stratégies et des interventions qui peuvent changer positivement la vie des enfants et des femmes. Ces interventions doivent d'urgence être mises à l'échelle de leur application, tâche qui suppose une planification collective et l'apport de ressources à tous les niveaux, tant de la part des pays en développement que de celle de la communauté internationale dans son ensemble.

La sous-nutrition peut être grandement réduite par la mise en œuvre d'interventions simples aux principaux stades du cycle de vie – pour la mère, avant qu'elle ne soit enceinte, pendant sa grossesse et pendant qu'elle allaite; pour l'enfant, pendant ses premiers jours de vie et sa petite enfance. Une fois dûment mises à l'échelle, ces interventions amélioreront la nutrition maternelle, accroîtront la proportion de nouveau-nés exclusivement allaités au sein jusqu'à l'âge de 6 mois, conforteront les taux d'allaitement maternel postérieur à la naissance, promouvoir l'alimentation d'appoint et l'apport de micronutriments auprès des enfants âgés de 6 à 24 mois et réduiront la gravité des maladies infectieuses et la mortalité infantile.

La sous-nutrition bafoue les droits des enfants. La Convention relative aux droits de l'enfant affirme le droit des enfants à jouir du meilleur état de santé possible et impose aux États la responsabilité de lutter contre la malnutrition. Elle impose également que des aliments nutritifs soient fournis aux enfants et que tous les groupes de la société bénéficient d'une aide

leur permettant de mettre à profit l'information sur la nutrition de l'enfant (article 24). Pour que ces droits soient honorés et respectés, la nutrition doit figurer en bonne place sur les agendas nationaux et internationaux.

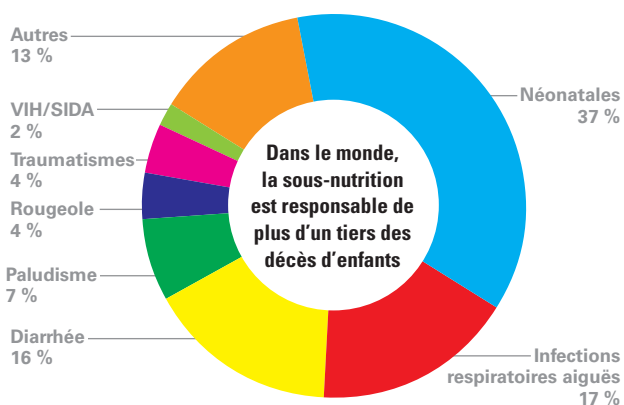
2. L'IMPORTANCE DE LA NUTRITION

Conséquences de la sous-nutrition et impact des interventions de nutrition sur la survie des enfants

Les enfants qui souffrent de sous-nutrition, qui ne sont pas allaités de façon optimale ou qui présentent des carences en micronutriments ont globalement moins de chances de survivre que les enfants convenablement nourris. Ils ont bien plus tendance à contracter une infection grave et à succomber à des maladies infantiles courantes, comme la diarrhée, la rougeole, la pneumonie et le paludisme, sans oublier le VIH et le SIDA¹.

D'après les estimations les plus récentes, la sous-nutrition maternelle et infantile est responsable de plus d'un tiers des décès infantiles². Les enfants qui survivent à la sous-nutrition risquent de rester emprisonnés dans un cycle de maladies récurrentes et de problèmes de croissance, qui portent irréversiblement atteinte à leur développement et à leurs aptitudes cognitives³.

Causes de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans (2004)



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2008.

À chacun de ses stades, la sous-nutrition accroît le risque de décès pour l'enfant. Si les enfants victimes de malnutrition aiguë sévère ont plus de neuf fois plus de risques de mourir que les enfants ne souffrant pas de sous-nutrition⁴, une grande part des décès est également constatée parmi les enfants qui souffrent d'une sous-nutrition modérée alors qu'ils peuvent paraître en bonne santé. Par comparaison avec les enfants souffrant d'une grave sous-nutrition, les enfants qui ne sont que modérément mal nourris présentent moins de risques de mourir, mais sont nettement plus nombreux⁵.

Manifestations d'une nutrition inadaptée

La sous-nutrition peut se manifester chez les enfants de diverses manières, mais le moyen le plus courant de la détecter consiste à peser et à mesurer les enfants. Un enfant peut être trop petit pour son âge (retard de croissance), trop maigre pour sa taille (émaciation) ou son poids peut être insuffisant pour son âge (insuffisance pondérale). Un enfant souffrant d'insuffisance pondérale peut aussi présenter un retard de croissance et/ou être émacié.

Chacun de ces indicateurs révèle un certain aspect du problème. Le poids constitue communément un indicateur sensible de carences aiguës, alors que la taille révèle davantage une exposition chronique aux carences et infections. L'émaciation est généralement un signe de malnutrition aiguë sévère.

Une nutrition inadaptée peut aussi se manifester dans la surcharge pondérale ou l'obésité, communément évaluée par l'indice de masse corporelle.

Les carences en micronutriments, à savoir les vitamines et les minéraux, peuvent se manifester par diverses conditions, comme la fatigue, la pâleur associée à l'anémie (carence en fer), la réduction des facultés d'apprentissage (carence en fer et en iode, essentiellement), l'apparition d'un goitre (carence en iode), l'affaiblissement immunitaire et la cécité nocturne (grave carence en vitamines A).

L'insuffisance pondérale à la naissance est liée à la sous-nutrition maternelle et est source d'infections et d'asphyxie qui, conjointement, causent 60 % des décès néonataux. Un nouveau-né qui pèse entre 1 500 et 2 000 grammes a huit fois plus de risques de mourir qu'un nouveau-né de poids correct, à savoir 2 500 grammes au moins. L'insuffisance pondérale à la naissance est responsable, selon les estimations, de 3,3 % de tous les décès infantiles⁶.

Partant, le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement (réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015) ne pourra pas être réalisé si des mesures urgentes, accélérées et concertées ne sont pas prises pour améliorer la nutrition des mères et des enfants.

Alimentation et nutrition

La sous-nutrition ne s'explique pas seulement par des pénuries alimentaires. L'état nutritionnel d'un individu est influencé par trois grandes catégories de facteurs – l'alimentation, les soins et la santé –, qui doivent toutes trois être réunies pour garantir une nutrition convenable.

Chez les nourrissons et les jeunes enfants, une alimentation et des soins de mauvaise qualité, associés à des maladies comme la diarrhée, la pneumonie, le paludisme, le VIH et le SIDA, souvent exacerbées par des parasites intestinaux, constituent des causes immédiates de sous-nutrition. Parmi les causes sous-jacentes plus générales figurent la pauvreté, l'analphabétisme, les normes sociales et le comportement.

La nutrition et la santé maternelles exercent une forte influence sur l'état nutritionnel de l'enfant. Une femme présentant un poids insuffisant pour sa taille ou souffrant d'anémie pendant sa grossesse peut donner naissance à un enfant en insuffisance pondérale, qui souffrira durablement de sous-nutrition. Parallèlement, la sous-nutrition maternelle accroît le risque de décès infantile à la naissance.

La sécurité alimentaire dans les foyers, souvent influencée par des facteurs tels que la pauvreté, la sécheresse et d'autres situations de crise, joue un rôle important pour déterminer la situation de nombreux pays en matière de nutrition infantile et maternelle.

Une alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants – initiation précoce à l'allaitement dans l'heure suivant la naissance, allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie et poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans, conjointement avec une alimentation d'appoint adaptée à l'âge de l'enfant, nutritionnellement adéquate et sûre – a un impact majeur sur la survie des enfants puisque, d'après les estimations, elle peut prévenir 19 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement, soit bien plus que n'importe quelle autre intervention préventive⁷. Dans les conditions qui prévalent normalement dans les pays en développement, les enfants nourris au sein ont au moins 6 fois plus de chances de survivre au cours de leurs premiers mois de vie que les enfants non allaités; au cours de leurs six premiers mois de vie, ils ont 6 fois moins de risques de mourir de la diarrhée et 2,4 fois moins de risques de succomber à une infection respiratoire aiguë⁸.

La vitamine A revêt une importance critique pour le système immunitaire de l'organisme; une supplémentation de ce micronutriment peut réduire le risque de mortalité infantile, toutes causes confondues, d'environ 23 %. L'apport en suppléments de vitamine A à hautes doses, deux fois par an, à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les pays présentant des taux de mortalité infantile élevés constitue l'une des interventions les plus efficaces et les plus rentables qui soient⁹.

La supplémentation en zinc peut ainsi réduire de 27 % la prévalence de la diarrhée chez les enfants, car elle raccourcit la durée et réduit la gravité des épisodes diarrhéiques¹⁰.

Conséquences de la sous-nutrition et impact des interventions de nutrition sur le développement, les résultats scolaires et les revenus

La période de croissance et de développement physiques la plus rapide chez l'enfant est aussi celle de sa plus grande vulnérabilité. Le cerveau se forme et le développement de l'enfant commence dès le stade fœtal. Une nutrition adéquate – apportant la bonne dose de glucides, de protéines, de graisses, de vitamines et de minéraux – est essentielle durant la période néonatale et durant la petite enfance.

La sous-nutrition maternelle, en particulier un faible indice de masse corporelle, peut retarder la croissance fœtale et une alimentation non optimale des nourrissons et des jeunes enfants constitue l'une des principales causes de retard de croissance et de sous-nutrition chez les enfants âgés de moins de 2 ans¹¹. Ces conditions peuvent avoir une incidence négative sur la structure et les fonctions cérébrales de l'enfant, toute sa vie durant.

Le retard de croissance est un facteur important pour prévoir le développement d'un enfant; il est associé à des résultats scolaires médiocres. Par rapport aux enfants qui grandissent normalement, les enfants victimes d'un retard de croissance ont souvent une scolarité poussive : ils ont moins de diplômes et affichent des résultats scolaires inférieurs. À leur tour, ces médiocres résultats scolaires vont conduire, à l'âge adulte, à une productivité amoindrie et à des revenus inférieurs¹².

Les carences en iode et en fer ont aussi un impact négatif sur les résultats scolaires des enfants. Des études démontrent que les enfants issus de communautés souffrant de carences en iode peuvent perdre en moyenne 13,5 points de QI par comparaison avec les enfants issus de communautés non carencées en iode¹³ et que le quotient intellectuel d'enfants ayant subi une carence en iode au cours de leurs premiers jours de vie est inférieur à celui des enfants non carencés¹⁴. Une carence en iode fatigue les enfants, les rend lents et apathiques, d'où leurs piètres résultats scolaires.

L'anémie due à une carence en fer est très courante chez les femmes des pays en développement et accroît le risque de décès maternel¹⁵. Elle est source de faiblesse et de fatigue et amoindrit l'aptitude physique au travail. Les études démontrent que les adultes souffrant d'anémie sont moins productifs que les adultes non anémiés¹⁶.

La petite enfance constitue également une période critique pour le développement cognitif de l'enfant. Il importe, en particulier dans les contextes où prévalent la maladie et la sous-nutrition, de stimuler le développement cognitif des enfants au cours de leurs deux premières années de vie par le jeu et l'interaction. Les interventions axées sur la nutrition et le développement des enfants ont un effet synergétique sur leur croissance et leur développement.

La nutrition dans la petite enfance a un impact durable sur la santé et le bien-être à l'âge adulte. Les enfants victimes d'un retard de croissance avant l'âge de 2 ans ont plus de risques de contracter des maladies chroniques à l'âge adulte s'ils prennent rapidement du poids aux stades ultérieurs de leur enfance¹⁷. Le scénario le plus propice aux pathologies chroniques, comme les troubles cardiovasculaires et le diabète, est celui d'un bébé en insuffisance pondérale à la naissance qui subit un retard de croissance et ne prend pas suffisamment de poids pendant sa petite enfance, puis grossit rapidement plus tard dans son enfance et à l'âge adulte¹⁸. Ce scénario n'est pas rare dans les pays où les taux d'insuffisance pondérale ont été réduits, mais où les taux de retard de croissance demeurent relativement élevés.

La sous-nutrition est au cœur de toutes les discussions sur l'état nutritionnel dans les pays en développement, mais la question de la surcharge pondérale chez les enfants et chez les adultes est devenue dans de nombreux pays un thème de santé publique, en particulier dans les pays dits en « transition nutritionnelle ». La surcharge pondérale est principalement causée dans ces pays par la pauvreté et la mauvaise alimentation des nourrissons et des jeunes enfants; le terme « transition » se doit aux changements pratiqués dans les régimes alimentaires traditionnels, qui ont donné lieu à une consommation accrue d'aliments préparés, à forte teneur en calories et en graisses.

La taille atteinte par l'enfant à l'âge de 2 ans est nettement associée à une meilleure productivité et à un capital humain amélioré à l'âge adulte¹⁹, de sorte que la nutrition aux jeunes âges joue également un rôle important au regard du développement économique. Il est démontré que l'amélioration de la croissance par une alimentation d'appoint adaptée peut avoir un effet significatif sur les revenus des adultes. L'évaluation d'un programme déployé en Amérique latine en vue d'apporter une alimentation d'appoint de bonne qualité à des nourrissons et à des jeunes garçons a révélé que, une fois à l'âge adultes, ces hommes percevaient des revenus supérieurs de 46 % à ceux de personnes n'ayant pas participé au programme²⁰.

3. SITUATION ACTUELLE DE LA NUTRITION

Retard de croissance

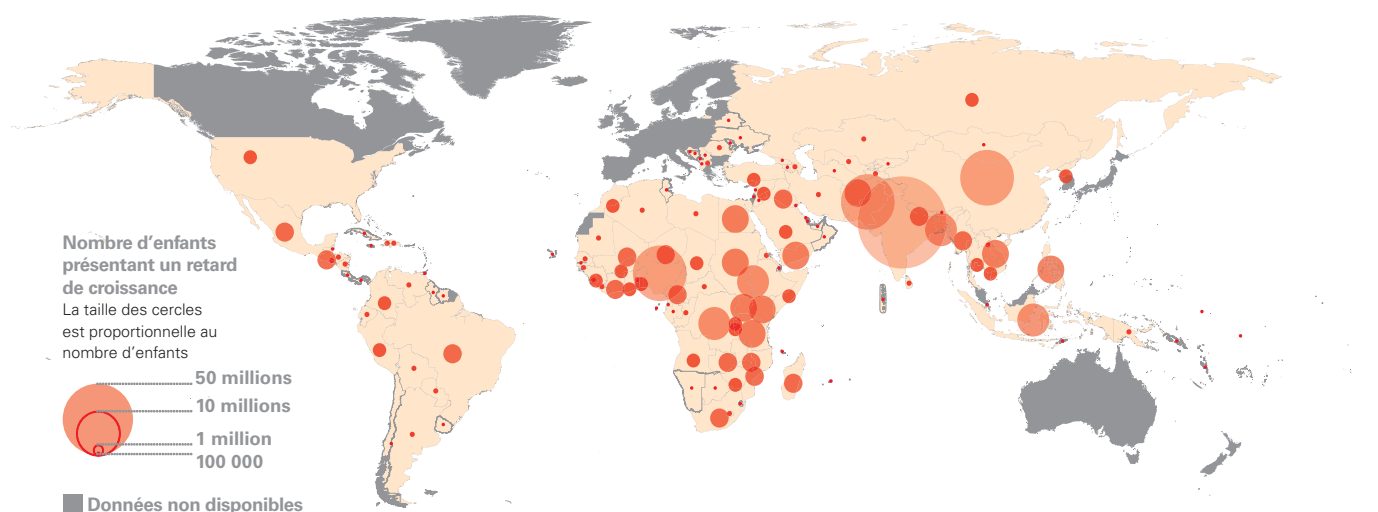
Les retards de croissance touchent environ 195 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement, soit environ un enfant sur trois. L'Afrique et l'Asie affichent des taux élevés – respectivement 40 % et 36 % – et plus de 90 % des enfants victimes d'un retard de croissance dans le monde vivent sur ces deux continents.

Sur les 10 pays qui contribuent le plus à la charge mondiale des retards de croissance chez les enfants, 6 sont en Asie. Ils ont tous une population relativement importante : Bangladesh, Chine, Inde, Indonésie, Pakistan et Philippines.

En raison d'une forte prévalence des retards de croissance (48 %) associée à une importante population, l'Inde compte à elle seule 61 millions d'enfants atteints d'un retard de croissance soit plus de 3 enfants sur 10 dans le monde en développement.

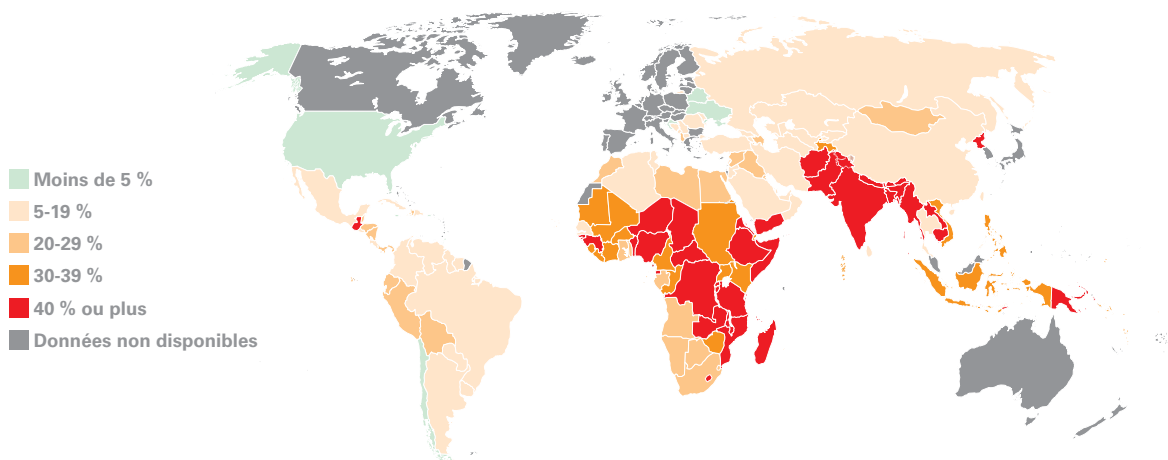
195 millions d'enfants présentent un retard de croissance dans le monde en développement

Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave (2008)



Prévalence des retards de croissance dans le monde

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave

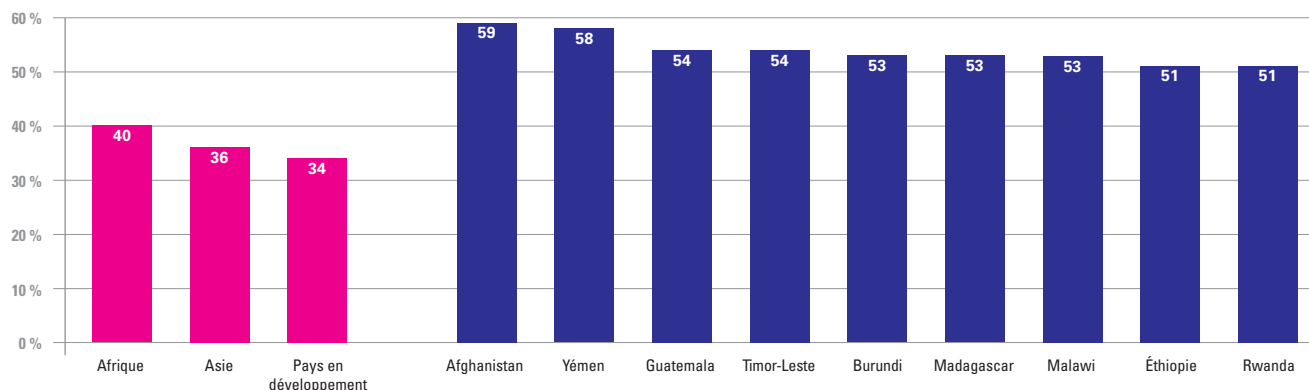


Remarques concernant toutes les cartes de cette publication : les cartes figurant dans cette publication sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles ne représentent nullement un quelconque point de vue de l'UNICEF sur la situation légale de pays ou de territoires ou la délimitation de frontières. La ligne en pointillé représente approximativement la *Line of Control* du Jammu et du Cachemire convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu et du Cachemire n'a pas encore été décidé par les parties. Pour des remarques détaillées sur les données des cartes, veuillez vous référer à la page 42.

Sources des deux cartes de cette page : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Prévalence des retards de croissance en Asie, en Afrique et dans les pays où plus de la moitié des enfants présentent un retard de croissance

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave (d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS)



Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, à l'exception du Burundi et du Timor-Leste, dont les seules estimations disponibles proviennent de la population de référence NCHS-OMS. Les estimations sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception du Guatemala (2002).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance dans neuf pays – ainsi, le Guatemala, dont le taux de retard de croissance de 54 % rivalise avec celui des pays présentant la plus forte prévalence en Afrique et en Asie. Parmi les pays disposant de données, l'Afghanistan et le Yémen affichent les taux de retard de croissance les plus élevés : 59 % et 58 % respectivement.

Le taux moyen de retard de croissance d'une nation peut toutefois masquer des disparités. Par exemple, une analyse des disparités au Honduras révèle que les enfants vivant dans les foyers les plus pauvres ou dont les mères ne sont pas éduquées ont près de 50 % de chances de présenter un retard de croissance alors que, en moyenne, 29 % des enfants de ce pays souffrent d'un retard de croissance²¹.

Réduction du taux de retard de croissance au Pérou

Le taux de retard de croissance au Pérou est élevé, en particulier parmi les pauvres. La forte prévalence persistante des retards de croissance dans ce pays s'explique en partie par le fait que la sous-nutrition y est essentiellement perçue comme un problème de sécurité alimentaire. Pourtant, dans certaines régions du pays, des efforts communautaires, plus globaux, ont été déployés pour améliorer les pratiques sanitaires fondamentales et cela s'est traduit par une réduction du taux de retard de croissance chez les jeunes enfants.

En 1999, le programme « Un bon départ dans la vie » a été amorcé dans cinq régions – quatre régions des Andes et une d'Amazonie –, fruit d'une collaboration entre le Ministère de la santé, l'Agency for International Development des États-Unis et l'UNICEF. Le but était d'atteindre surtout des femmes enceintes et des femmes allaitantes. Les méthodes employées ont consisté, entre autres, en interventions communautaires autour des thèmes suivants : soins prénatals, promotion d'une alimentation saine pendant la grossesse et l'allaitement, promotion de l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois et d'une meilleure alimentation d'appoint à partir de 6 mois, promotion de la croissance, contrôle des carences en fer et en vitamine A, promotion du sel iodé et hygiène personnelle et familiale.

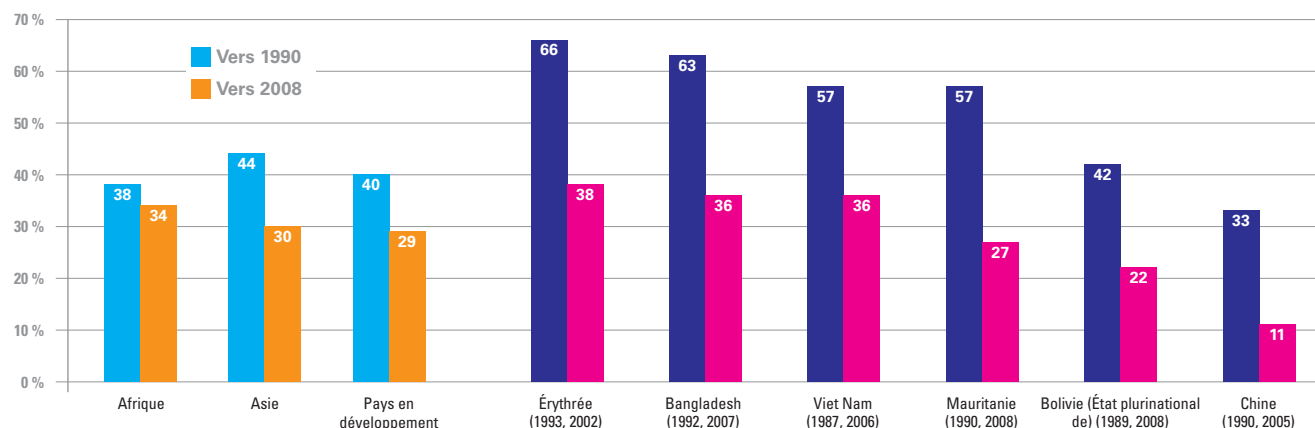
Les équipes du programme étaient dirigées par les collectivités locales qui collaboraient ainsi avec des communautés, des personnels soignants et des organisations non gouvernementales locales. Le programme s'est également employé à renforcer les capacités et les compétences de femmes rurales en matière de conseil et de promotion de la santé. En 2004, le programme était appliqué aux habitants de 223 communautés rurales pauvres, soit environ 75 000 enfants de moins de 3 ans et 35 000 femmes enceintes ou allaitantes.

Une comparaison entre 2000 et 2004 montre que, dans les communautés couvertes par le programme, le taux de retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 3 ans est passé de 54 % à 37 %, avec également une chute du taux d'anémie (de 76 % à 52 %). Le coût total du programme a été estimé à 116,50 dollars É.-U. par enfant et par an. « Un bon départ dans la vie » a inspiré la conception et la mise en œuvre d'un programme national qui, depuis lors, a permis de réduire les taux de retard de croissance.

Source : Lechtig, Aaron et al., *Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program*, Food and Nutrition Bulletin, vol. 30, n° 1, mars 2009, pp. 37-48, et Bureau de pays UNICEF Pérou, *Rapport annuel 2000* (document interne).

Diminution de la prévalence des retards de croissance en Afrique, en Asie et dans les pays où cette prévalence a reculé de plus de 20 %

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave (d'après la population de référence NCHS-OMS)



Remarque : l'analyse des tendances est fondée sur un sous-ensemble de 80 pays disposant de données, dont 75 pays en développement, ce qui représente 80 % de la population des moins de 5 ans dans le monde en développement. Toutes les estimations concernant les tendances sont calculées à partir de la population de référence NCHS-OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, de 1990 à 2008 environ.

Depuis 1990, la prévalence des retards de croissance dans le monde en développement a diminué, passant de 40 % à 29 %, soit une réduction relative de 28 %. Les progrès ont été particulièrement notables en Asie, où la prévalence est passée de 44 % vers 1990 à 30 % vers 2008. Cette diminution est influencée par les reculs prononcés affichés par la Chine.

La diminution a été modeste en Afrique, de 38 % vers 1990 à 34 % vers 2008. De plus, du fait de la croissance démographique, le nombre global d'enfants africains de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance a augmenté, passant d'environ 43 millions en 1990 à 52 millions en 2008.

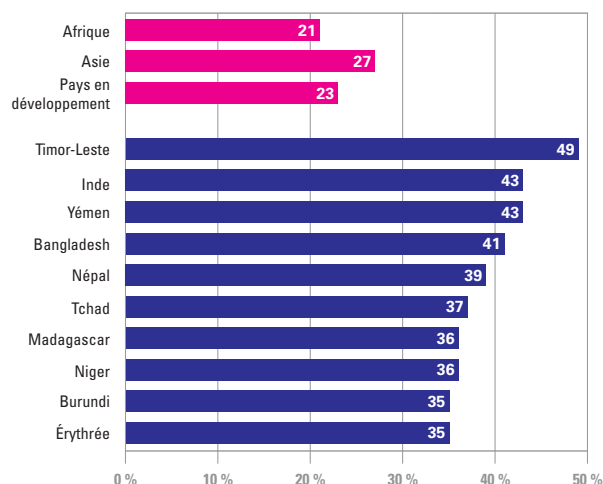
Les taux de retard de croissance ont fortement diminué dans plusieurs pays – parmi lesquels le Bangladesh, l'Érythrée, la Mauritanie et le Viet Nam –, indiquant que d'importantes améliorations sont possibles. Dans les pays qui portent un lourd fardeau en termes de retard de croissance, il apparaît urgent d'accélérer les programmes intégrés traitant de la nutrition pendant la grossesse des femmes et pendant les deux premières années de vie des enfants.

Insuffisance pondérale

Aujourd'hui, on estime à 129 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement qui présentent une insuffisance pondérale, soit près d'un enfant sur quatre. Dans le monde en développement, 10 % des enfants souffrent d'une grave insuffisance pondérale. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants est plus élevée en Asie qu'en Afrique, avec des taux de 27 % et de 21 % respectivement.

Prévalence de l'insuffisance pondérale en Afrique, en Asie et dans les pays où plus d'un tiers des enfants présentent une insuffisance pondérale

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant une insuffisance modérée ou grave (d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS)

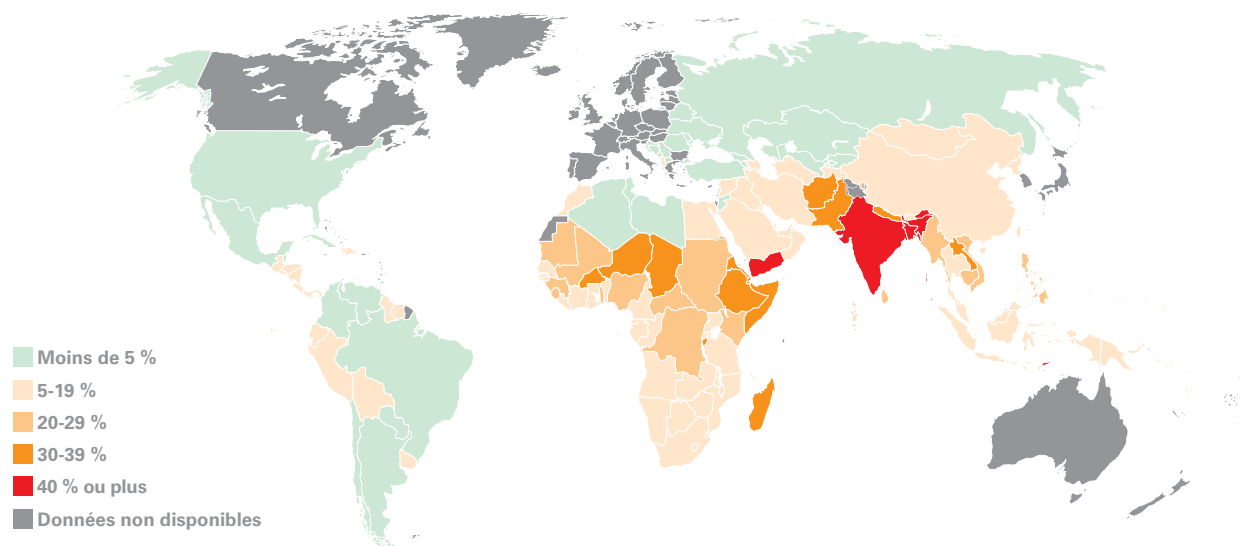


Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, à l'exception du Tchad et du Timor-Leste, dont les seules estimations disponibles proviennent de la population de référence NCHS-OMS. Les estimations sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception de l'Érythrée (2002).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Prévalence de l'insuffisance pondérale dans le monde

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou grave

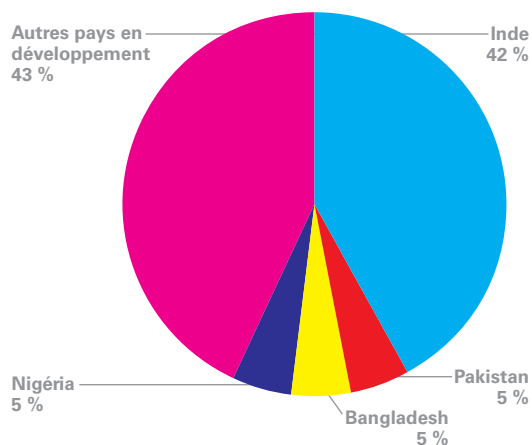


Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Dans 17 pays, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans est supérieure à 30 %. Les taux sont les plus élevés au Bangladesh, en Inde, au Timor-Leste et au Yémen, avec plus de 40 % d'enfants en insuffisance pondérale.

Contribution au fardeau de l'insuffisance pondérale

Pays présentant le plus grand nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en insuffisance pondérale modérée ou grave, proportionnellement au total du monde en développement (129 millions d'enfants)



Remarque : les estimations sont calculées sur la base de la prévalence de l'insuffisance pondérale d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS et le nombre d'enfants de moins de 5 ans en 2008. Les estimations concernant la prévalence de l'insuffisance pondérale sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception du Pakistan (2001-2002).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Certains pays présentent une faible prévalence de l'insuffisance pondérale, mais des taux de retard de croissance excessivement élevés. Par exemple, en Albanie, en Égypte, en Iraq, en Mongolie, au Pérou et au Swaziland, les taux de retard de croissance dépassent 25 %, alors que la prévalence de l'insuffisance pondérale y est inférieure ou égale à 6 %. Pour le développement national et la santé publique, il importe de réduire aussi bien les taux de retard de croissance que les taux d'insuffisance pondérale.

Les progrès réalisés pour réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale ont été limités en Afrique, avec 28 % d'enfants de

Même dans les pays présentant une faible prévalence de l'insuffisance pondérale, les taux de retard de croissance peuvent être excessivement élevés

Pays présentant un taux de prévalence de l'insuffisance pondérale inférieur ou égal à 6 % et un taux de retard de croissance de plus de 25 %

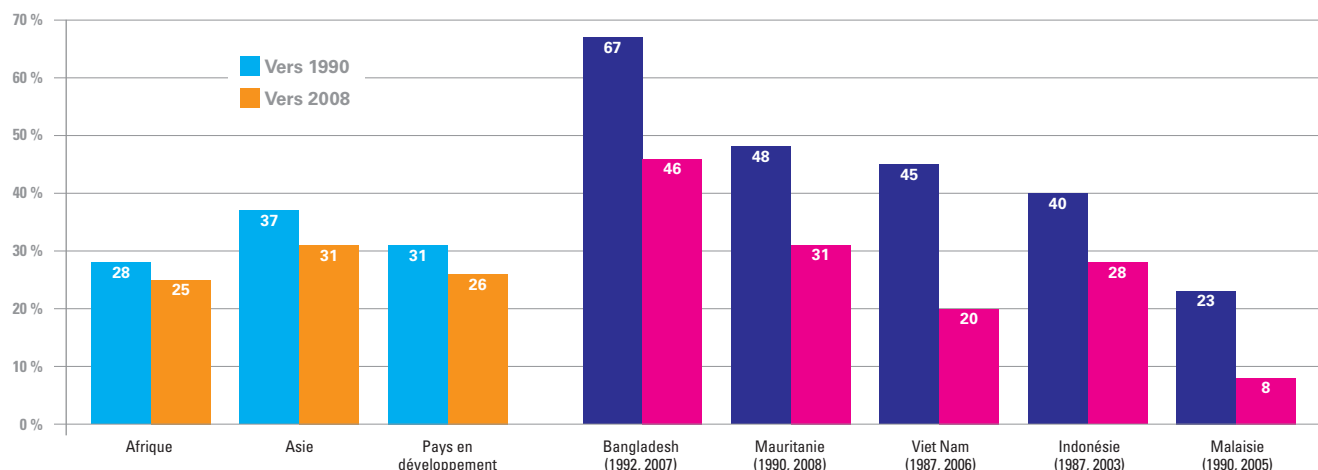
Pays	Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	Prévalence des retards de croissance (%)	Rapport entre le retard de croissance et l'insuffisance pondérale
Pérou	6	30	5,4
Mongolie	5	27	5,4
Swaziland	5	29	5,4
Égypte	6	29	4,8
Albanie	6	26	4,3
Iraq	6	26	4,3

Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Diminution de la prévalence de l'insuffisance pondérale en Afrique, en Asie et dans les cinq pays où les réductions sont les plus fortes

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou grave (d'après la population de référence NCHS-OMS)



Remarque : l'analyse des tendances est fondée sur un sous-ensemble de 86 pays disposant de données, dont 81 pays en développement, ce qui représente 89 % de la population des moins de 5 ans dans le monde en développement. Toutes les estimations concernant les tendances sont fondées sur la population de référence NCHS-OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, de 1990 à 2008 environ.

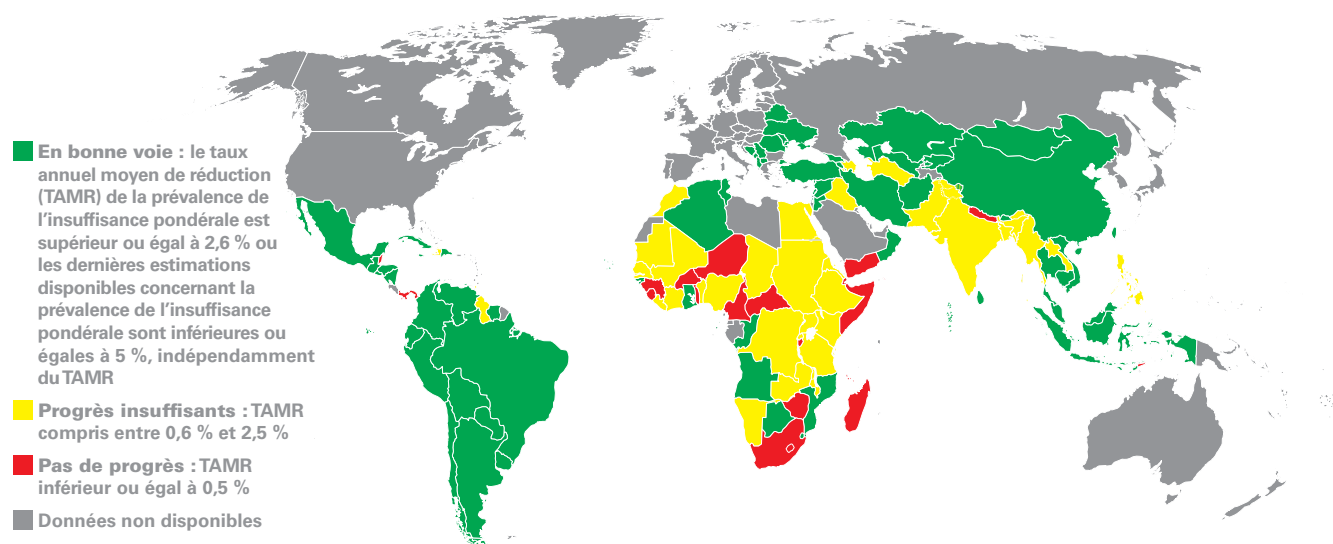
moins de 5 ans en insuffisance pondérale vers 1990, contre 25 % vers 2008. Les progrès ont été légèrement meilleurs en Asie, avec une prévalence de l'insuffisance pondérale de 37 % vers 1990 et de 31 % vers 2008.

Au total, 63 pays (sur 117 disposant de données) sont en passe de réaliser l'OMD 1, à savoir une réduction de 50 % de la

prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans entre 1990 et 2015, contre 46 pays (sur 94 disposant de données) il y a trois ans, d'après des données sur les tendances observées entre 1990 et 2004. Aujourd'hui, dans 34 pays, les progrès demeurent insuffisants et 20 pays n'ont réalisé aucun progrès vers l'OMD 1. La plupart de ces 20 pays se trouvent en Afrique.

63 pays sont en passe de réaliser l'OMD 1

Les progrès réalisés vers l'OMD 1 sont insuffisants dans 34 pays et 20 pays n'ont fait aucun progrès



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, de 1990 à 2008 environ.

Émaciation

Les enfants qui souffrent d’émaciation courent un risque de décès nettement accru. D’après les dernières données disponibles, 13 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement sont émaciés et 5 % sont gravement émaciés (environ 26 millions d’enfants).

Plusieurs pays d’Afrique et d’Asie ont des taux d’émaciation supérieurs à 15 %, parmi lesquels le Bangladesh (17 %), l’Inde (20 %) et le Soudan (16 %). Le pays qui présente dans le monde la plus forte prévalence d’émaciation est le Timor-Leste, où 25 % des enfants de moins de 5 ans sont émaciés (et 8 % gravement émaciés).

Sur 134 pays disposant de données, 32 ont une prévalence d’émaciation d’au moins 10 % chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Avec de tels niveaux, l’émaciation est considérée comme une urgence en termes de santé publique, exigeant une intervention immédiate sous la forme de programmes d’alimentation d’urgence.

Dans le monde en développement, 10 pays concentrent 60 % des enfants souffrant d’émaciation. Les huit premiers pays ont tous un taux de prévalence de l’émaciation d’au moins 10 %. Plus d’un tiers des enfants émaciés dans le monde en développement vit en Inde.

Le fardeau de l’émaciation grave est particulièrement lourd – au moins 6 % – dans les pays fortement peuplés : l’Indonésie, le Nigéria, le Pakistan et le Soudan, en plus de l’Inde, affichent tous des taux élevés d’émaciation.

10 pays portent à eux seuls 60 % du fardeau mondial de l’émaciation

Les 10 pays présentant le plus grand nombre d’enfants âgés de moins de 5 ans victimes d’émaciation

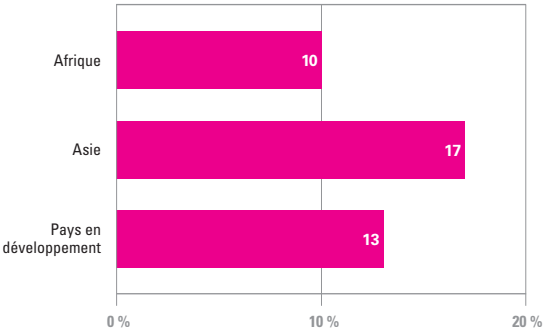
Pays	Émaciation			
	Modérée et grave		Grave	
	Nombre (en milliers)	Prévalence (%)	Nombre (en milliers)	Prévalence (%)
Inde	25 075	20	8 105	6
Nigéria	3 478	14	1 751	7
Pakistan	3 376	14	1 403	6
Bangladesh	2 908	17	485	3
Indonésie	2 841	14	1 295	6
Éthiopie	1 625	12	573	4
République démocratique du Congo	1 183	10	509	4
Soudan	945	16	403	7
Égypte	680	7	302	3
Philippines	642	6	171	2

Remarque : les estimations sont calculées d’après les Normes de croissance de l’enfant de l’OMS, à l’exception des cas dont les seules données disponibles proviennent de la précédente population de référence NCHS-OMS. Pour tout complément d’information, veuillez vous référer aux remarques figurant à la page 116. Faute de données, la Chine n’a pas été incluse.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Prévalence de l’émaciation

Pourcentage d’enfants âgés de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave



Remarque : les estimations sont calculées d’après les Normes de croissance de l’enfant de l’OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

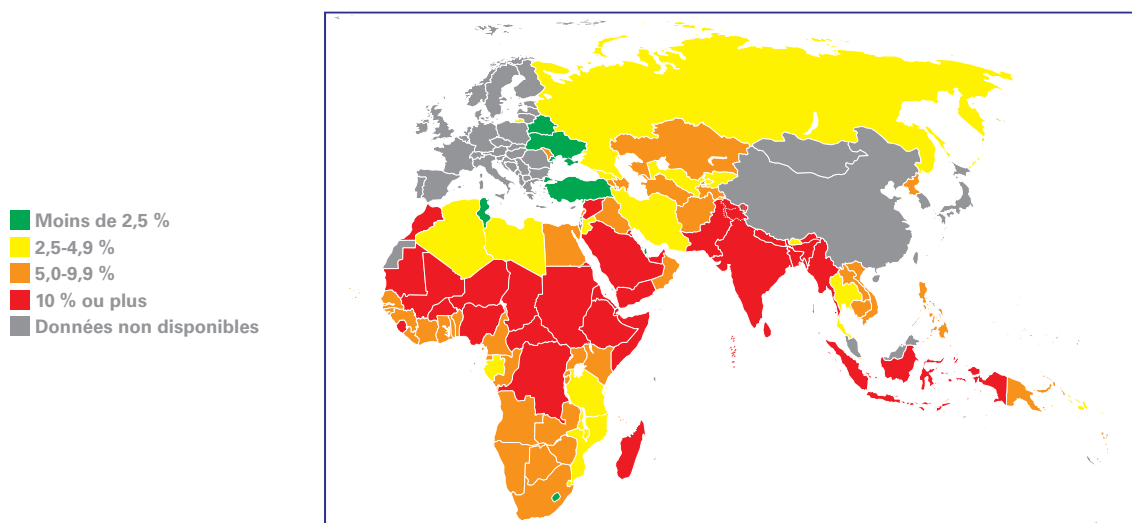
Surcharge pondérale

Quoique le problème de la surcharge pondérale soit souvent associé aux pays industrialisés, quelques pays en développement et en transition présentent une forte prévalence d’enfants en surcharge pondérale. En Géorgie, en Guinée-Bissau, en Iraq, au Kazakhstan, à Sao Tomé-et-Principe et en République arabe syrienne, par exemple, 15 % au moins des enfants âgés de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale.

Quelques pays portent le « double fardeau » de la malnutrition, avec des taux élevés de retard de croissance et de surcharge pondérale. En Guinée-Bissau et au Malawi, par exemple, plus de 10 % des enfants souffrent d’une surcharge pondérale, alors que la moitié environ accuse un retard de croissance.

Prévalence de l'émaciation

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant une émaciation modérée ou grave



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Plus de 10 % des enfants sont en surcharge pondérale dans 17 pays disposant de données

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans en surcharge pondérale et pourcentage présentant un retard de croissance



Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Insuffisance pondérale à la naissance

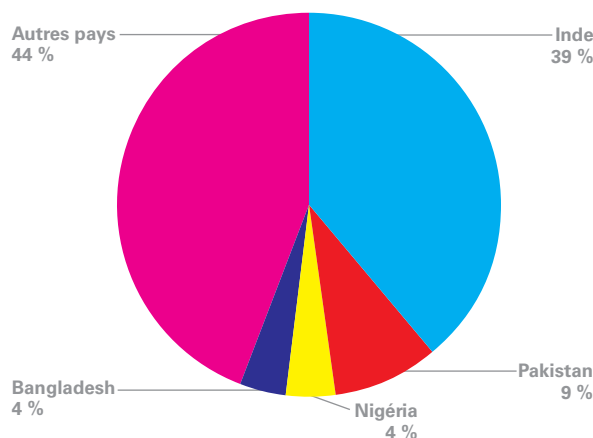
Dans les pays en développement, 16 % des nouveau-nés, soit 1 sur 6, pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance. L'Asie présente de loin la plus forte incidence d'insuffisance pondérale à la naissance, avec en tout 18 % de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance. La Mauritanie, le Pakistan, le Soudan et le Yémen ont une incidence d'insuffisance pondérale à la naissance estimée à plus de 30 %.

Au total, 19 millions d'enfants naissent chaque année dans le monde en développement avec une insuffisance pondérale à la naissance et l'Inde affiche par an le nombre le plus élevé de nouveau-nés en insuffisance pondérale à la naissance : 7,4 millions.

La faible proportion de nouveau-nés qui sont pesés à la naissance révèle un manque de soins néonataux adaptés et peut fausser les estimations concernant l'incidence d'insuffisance pondérale à la naissance. Près de 60 % des nouveau-nés dans les pays en développement ne sont pas pesés à la naissance. Quelques pays présentant une très forte incidence d'insuffisance pondérale à la naissance affichent aussi des taux très élevés de nouveau-nés qui ne sont pas pesés à la naissance. Au Pakistan et au Yémen, par exemple, où presque un tiers des nouveau-nés est estimé en insuffisance pondérale à la naissance, plus de 90 % des nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance.

Contribution au fardeau de l'insuffisance pondérale à la naissance

Pays présentant le plus grand nombre de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance, proportionnellement au total mondial (19 millions de nouveau-nés par an)

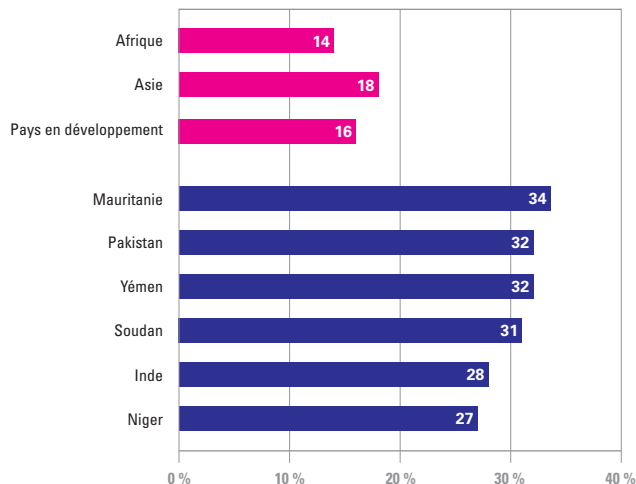


Remarque : les estimations sont calculées à partir de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et du nombre de naissances en 2008.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance en Afrique, en Asie et dans les pays présentant les taux les plus élevés

Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance

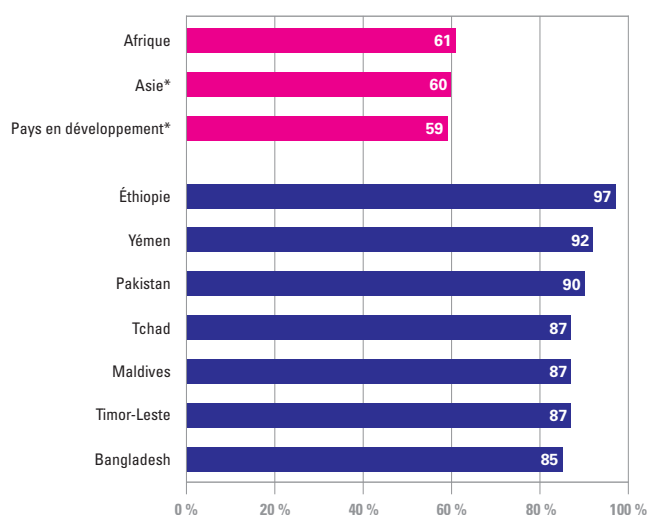


Remarque : les estimations sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception du Soudan (1999) et du Yémen (1997).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Nouveau-nés non pesés à la naissance en Afrique, en Asie et dans les pays présentant les taux les plus élevés

Pourcentage de nouveau-nés non pesés à la naissance



* À l'exception de la Chine.

Remarque : les estimations sont fondées sur des données collectées en 2003 ou ultérieurement, à l'exception des Maldives (2001) et du Yémen (1997).

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Carences en micronutriments

Les carences en vitamines et en minéraux sont très répandues dans le monde en développement. La situation des carences en vitamine A, en fer et en iode est présentée ci-dessous, mais il faut savoir que d'autres carences sont aussi très courantes, telles celles en zinc et en folate.

Les carences en vitamine A demeurent un enjeu important de la santé publique en Afrique, en Asie et dans quelques pays d'Amérique du sud. D'après les estimations, 33 % des enfants d'âge préscolaire (190 millions) et 15 % des femmes enceintes (19 millions) manquent de vitamine A dans leur régime alimentaire quotidien et peuvent être classés comme carencés en vitamine A. La plus forte prévalence et les nombres les plus élevés s'observent en Afrique et dans certaines parties d'Asie, où l'on estime que plus de 40 % des enfants d'âge préscolaire souffrent d'une carence en vitamine A²².

Les carences en fer touchent environ 25 % de la population mondiale, dont une majorité d'enfants d'âge préscolaire et de femmes. Ces carences provoquent de l'anémie et les plus fortes proportions d'enfants d'âge préscolaire souffrant d'anémie se trouvent en Afrique (68 %)²³.

Les carences en iode, contrairement à beaucoup d'autres problèmes nutritionnels, touchent aussi bien les pays développés que les pays en développement. Quoique la plupart des gens soient désormais protégés grâce à la consommation de sel iodé, la proportion de la population touchée par les carences en iode est la plus élevée en Europe (52 %). L'Afrique est également touchée, avec 42 % de la population touchés par une carence en iode²⁴, d'après les estimations.

4. COUVERTURE DES INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LA NUTRITION

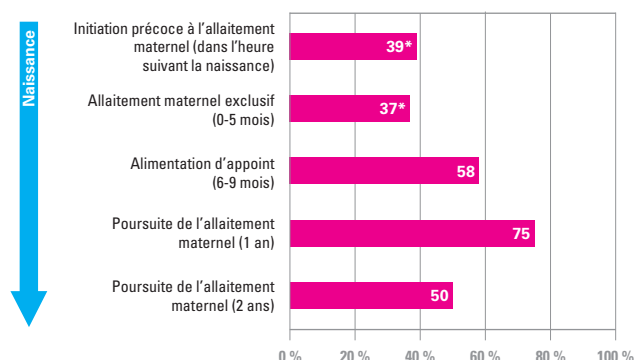
Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Une alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants suppose une initiation précoce à l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins deux ans, suivis d'une alimentation sûre et adaptée à l'âge de l'enfant à base d'aliments solides, semi-solides et mous à partir de l'âge de 6 mois.

Si les pratiques d'alimentation des nourrissons doivent être globalement renforcées, il est encore plus capital d'accroître les taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel et d'allaitement maternel exclusif afin d'améliorer la survie et le développement des enfants. Moins de 40 % de tous les nourrissons dans le monde en développement jouissent des bienfaits d'une initiation précoce à l'allaitement maternel. De même, à peine 37 % des enfants âgés de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein. Moins de 60 % des enfants âgés de 6 à 9 mois sont nourris avec des aliments solides, semi-solides ou mous pendant l'allaitement maternel. En outre, la qualité des aliments dispensés est souvent inadaptée, apportant insuffisamment de protéines, de graisses ou de micronutriments pour assurer une croissance et un développement optimaux.

Continuum des pratiques d'alimentation des nourrissons

Pourcentage d'enfants dans le monde en développement qui sont nourris au sein dans l'heure suivant l'accouchement, qui sont exclusivement nourris au sein, qui reçoivent à la fois un allaitement maternel et une alimentation d'appoint et qui continuent d'être allaités à des âges spécifiés



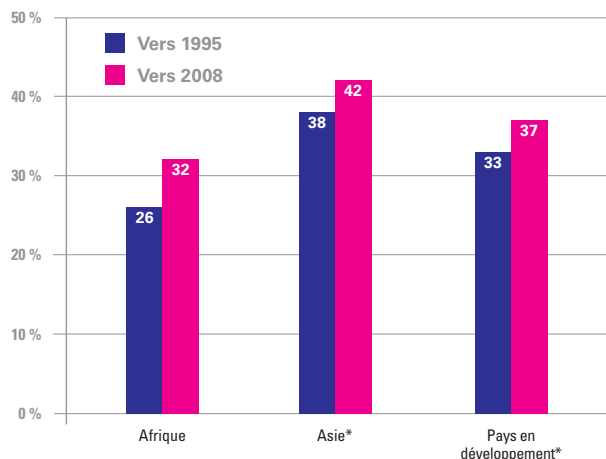
* À l'exception de la Chine, faute de données.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Les données indiquent que, à mesure que les enfants grandissent et qu'une alimentation d'appoint est introduite dans leur régime alimentaire, les taux de poursuite d'allaitement maternel sont élevés (75 %) vers l'âge d'1 an, mais diminuent de 50 % jusqu'à l'âge de 2 ans.

Progression des taux d'allaitement maternel exclusif

Tendances du pourcentage de nourrissons âgés de moins de 6 mois qui sont exclusivement nourris au sein



* À l'exception de la Chine, faute de données.

Remarque : l'analyse des tendances est fondée sur un sous-ensemble de 88 pays disposant de données, dont 83 pays en développement, ce qui représente 73 % des naissances dans le monde en développement.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, de 1995 à 2008 environ.

Allaitement maternel exclusif

Dans le monde en développement, moins de 40 % des nourrissons de moins de 6 mois jouissent des bienfaits d'un allaitement maternel exclusif. Ce taux est particulièrement bas en Afrique, où moins d'un tiers des nourrissons âgés de moins de 6 mois est exclusivement nourri au sein.

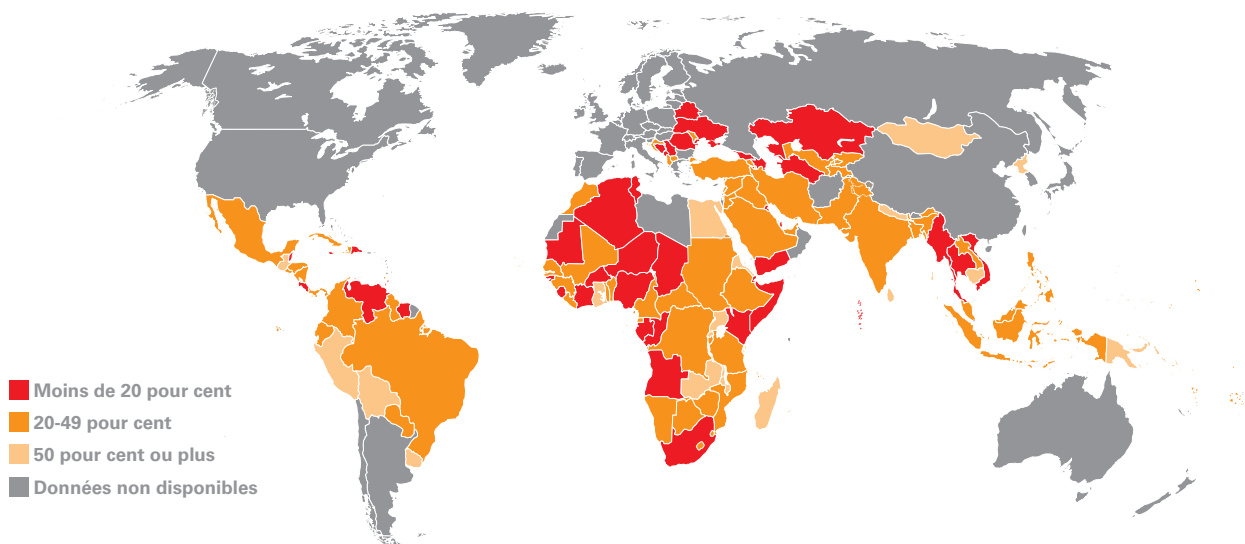
Ces 10 à 15 dernières années, les taux d'allaitement maternel exclusif ont progressé dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie. Dans l'ensemble du monde en développement, cependant, les progrès ont été modestes : de 33 % vers 1995 à 37 % vers 2008.

L'expérience de différents pays démontre que des améliorations importantes de l'allaitement maternel exclusif sont possibles si elles sont étayées par des cadres réglementaires et des directives efficaces et dans la mesure où des programmes complets sont déployés à l'échelle.

Les taux d'allaitement maternel exclusif sont très bas et la prévalence des retards de croissance est élevée dans plusieurs pays ayant connu des situations de crise et relevé des défis à plus long terme, tels la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Niger et le Tchad. Dans ces pays, des actions urgentes sont requises pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif, de manière à réduire le taux de maladies infectieuses et à garantir une nutrition néonatale optimale.

Taux d'allaitement au sein exclusif

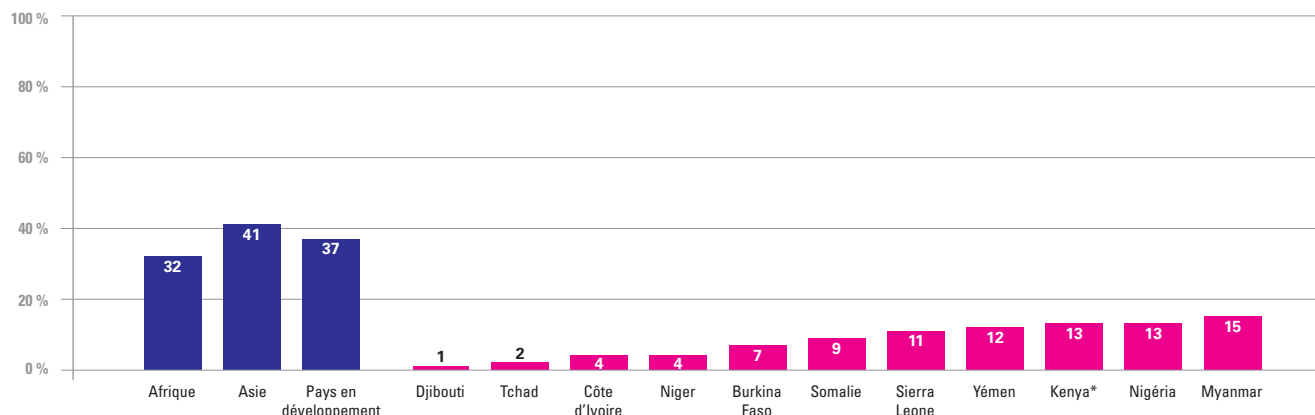
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont nourris au sein exclusivement



Source : MICS, EDS et autres enquêtes nationales sur les ménages

Taux d'allaitement maternel exclusif en Afrique, en Asie et dans les pays présentant à la fois une forte prévalence des retards de croissance et de très faibles taux d'allaitement maternel exclusif

Pourcentage de nourrissons âgés de moins de 6 mois qui sont exclusivement nourris au sein



* Voir l'encadré ci-après présentant les récents développements au Kenya.

Remarque : dans ce graphique, les pays ont une prévalence des retards de croissance de 30 % au minimum et un taux d'allaitement maternel exclusif de 15 % au maximum. La prévalence des retards de croissance est estimée d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, à l'exception du Burkina Faso, du Tchad et du Kenya, dont les estimations proviennent de la population de référence NCHS-OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Approches intégrées pour l'amélioration de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants au Kenya

Le taux d'allaitement maternel exclusif des enfants âgés de moins de 6 mois au Kenya est resté stable aux environs de 13 % entre 1993 et 2003. Cependant, après que le gouvernement, aidé par l'UNICEF, eut conçu en 2007 un programme complet d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (IYCF, sigle anglais), une hausse importante du taux d'allaitement maternel exclusif a été observée dans cette tranche d'âges, d'après des données préliminaires de 2008.

Le programme kényen s'inspire d'une approche exhaustive à plusieurs niveaux pour l'amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif, qui avait porté ses fruits dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et ailleurs. Une évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques de la population relativement à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants a guidé la construction du programme et a jeté les bases des activités de communication et de conseil autour des problèmes d'alimentation infantile dans le contexte du VIH.

Le gouvernement, des organisations non gouvernementales et des acteurs bilatéraux et multilatéraux ont ensuite arrêté une stratégie complète d'action IYCF au niveau national (aspects politiques et législatifs compris), au niveau des services de santé et au niveau communautaire. Des instructions et des supports de formation ont été conçus pour le développement des services et des capacités nationales, notamment dans les maternités, auprès de différents contacts de santé maternelle et infantile et dans les communautés.

En 2008, la première année de complète mise en œuvre du programme, 25 % de tous les prestataires de services sanitaires et nutritionnels et des agents de santé communautaires avaient été formés au conseil intégré IYCF dans la plupart des provinces. Les pratiques d'alimentation des nourrissons dans 60 % des hôpitaux publics du pays avaient été évaluées suivant les normes de l'initiative Hôpitaux amis des bébés. Des messages de communication sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif avaient été diffusés dans tout le pays. L'ensemble de services fournis dans le cadre des interventions de secours avait mis l'IYCF en exergue.

Le soutien accru à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants a touché 73 % des femmes recevant des soins ou des services prénatals pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH en 2008, soit environ 1,1 million des 1,5 million de femmes enceintes ou allaitantes du Kenya. L'approche n'a pas seulement renforcé le crucial aspect alimentaire infantile de la PTME, mais a également étendu le conseil et la communication IYCF à l'ensemble de la population.

Des organisations non gouvernementales et les partenaires du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ont mis en œuvre la phase initiale des activités IYCF; l'ensemble des activités IYCF est désormais en cours de déploiement dans le cadre du programme PEPFAR. Ces deux à trois prochaines années, les différentes activités devraient couvrir la totalité des provinces.

Sources : Bureau de pays UNICEF Kenya, *Rapport annuel 2008* (document interne) et Enquêtes démographiques et sanitaires, 1993, 1998 et 2003.

Initiation précoce à l'allaitement maternel

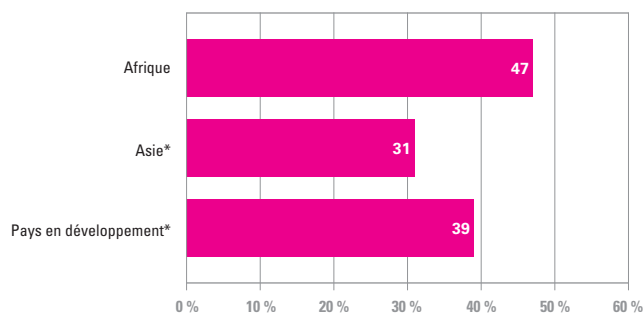
Seulement 39 % des nouveau-nés dans le monde en développement sont nourris au sein dans l'heure suivant leur naissance. Ce taux est particulièrement faible en Asie, où il n'est que de 31 %.

Il existe de plus en plus d'éléments démontrant les bienfaits pour la mère et l'enfant de l'initiation précoce à l'allaitement maternel, de préférence dans l'heure suivant la naissance. L'initiation précoce à l'allaitement maternel contribue à la réduction générale de la mortalité néonatale²⁵. Elle permet en effet d'établir très tôt un contact cutané direct entre la mère et l'enfant, facteur important pour la prévention de l'hypothermie et pour la création du lien filial et maternel. L'initiation précoce à l'allaitement maternel réduit aussi chez la mère le risque d'hémorragie post-partum, l'une des principales causes de mortalité maternelle. Le colostrum, le lait produit par la mère dans les jours suivant l'accouchement, apporte des anticorps protecteurs et des nutriments essentiels, qui vont immuniser le nouveau-né en renforçant son système immunitaire et en réduisant les risques de décès néonatal²⁶.

Dans un sous-ensemble de pays disposant de données, les faibles proportions de l'initiation précoce à l'allaitement maternel contrastent avec les proportions nettement supérieures de nouveau-nés accouchés par un professionnel de la santé qualifié et de nouveau-nés dont la mère a reçu des soins prénatals au moins une fois de la part d'un professionnel de la santé. Ce contraste constitue une occasion manquée et souligne l'importance du besoin d'améliorer la teneur et la qualité des conseils prodigués par les agents de santé.

Initiation précoce à l'allaitement maternel

Pourcentage de nouveau-nés nourris au sein dans l'heure suivant l'accouchement



* À l'exception de la Chine, faute de données.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

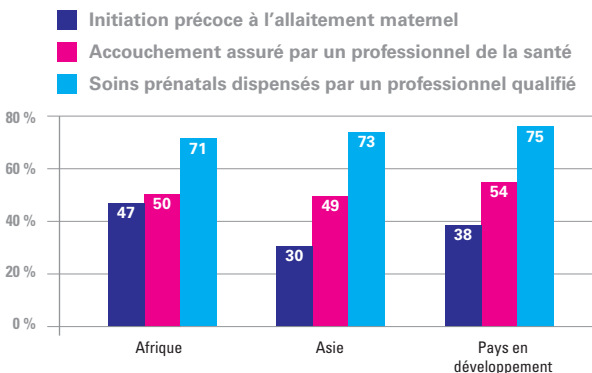
Alimentation d'appoint

Dans le monde en développement, 58 % des nourrissons âgés de 6 à 9 mois reçoivent une alimentation d'appoint parallèlement à l'allaitement maternel. Ces données ne disent toutefois rien de la qualité des aliments d'appoint dispensés. Pour de nombreux pays en développement, il apparaît difficile de respecter des normes minimales de qualité alimentaire, notamment dans les zones qui pâtiennent d'une médiocre sécurité alimentaire des ménages. C'est là un aspect qui est souvent négligé. Les enfants peuvent ne pas recevoir d'aliments d'appoint au bon âge (souvent trop tôt ou trop tard), leur alimentation peut ne pas être suffisamment fréquente dans la journée ou la qualité des aliments peut être inadéquate. De nouvelles options sont désormais disponibles dans les programmes pour résoudre ce problème.

L'alimentation d'appoint constitue assurément l'intervention la plus efficace, qui peut considérablement atténuer les retards de croissance au cours des deux premières années de vie²⁷. Un programme exhaustif pour l'amélioration de l'alimentation d'appoint doit informer et conseiller les agents de santé sur les pratiques d'alimentation et de soin et sur l'usage optimal des aliments localement disponibles, de manière à garantir l'accès des familles pauvres à des aliments de qualité par des systèmes de protection et de sécurité sociales et à assurer la fourniture, au besoin, de micronutriments et de compléments alimentaires enrichis.

Les contacts du système de santé n'ont pas d'effet sur l'initiation précoce à l'allaitement maternel

Pourcentage de nouveau-nés nourris au sein dans l'heure suivant la naissance, pourcentage de naissances assurées par un professionnel de la santé qualifié et pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation néonatale avec un professionnel de la santé qualifié



Remarque : analyse fondée sur un sous-ensemble de 74 pays disposant de données sur les trois indicateurs retenus pour l'enquête.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

De nouveaux indicateurs récemment adoptés pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (notamment l'indicateur de l' « apport alimentaire minimum acceptable », portant sur la fréquence et la variété du régime alimentaire) soulignent l'importance de la qualité de l'alimentation et autorisent une meilleure appréciation des pratiques alimentaires d'appoint.

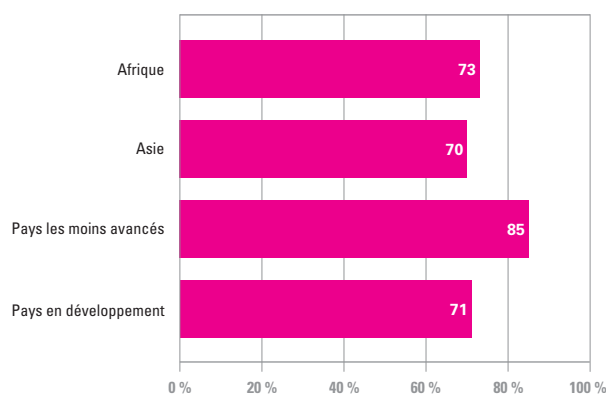
Supplémentation en vitamine A

La vitamine A est essentielle au bon fonctionnement du système immunitaire. La moindre carence en vitamine A accroît dangereusement le risque de mortalité. En 2008, dans les pays en développement, 71 % de tous les enfants âgés de 6 à 9 mois étaient parfaitement protégés contre les carences en vitamine A, avec un apport d'au moins deux doses de vitamine A. Une couverture de 85 % pour les pays les moins avancés illustre tout à fait l'efficacité des programmes, qui parviennent à toucher les populations les plus vulnérables.

En 2008, 22 des 34 pays les moins avancés avaient dépassé l'objectif des 80 % de couverture de supplémentation en vitamine A. Les services fournis lors de manifestations intégrées de santé infantile ont permis d'assurer une vaste couverture dans un certain nombre de ces pays, là où les systèmes de santé défaillants n'auraient normalement rien pu faire pour les enfants. En 2008, les manifestations intégrées de santé infantile ont constitué la plateforme la plus efficace pour la fourniture de suppléments en vitamine A, induisant une couverture de plus de 80 % en moyenne²⁸. Près des trois-quarts des 20 pays affichant le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans ont ainsi atteint une couverture de plus de 80 % de supplémentation en vitamine A.

Couverture de la supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A en 2008, dans 56 pays déployant des programmes nationaux et disposant de données définitives en juillet 2009



Source : UNICEF, 2009.

Apport de vitamine A aux enfants du Bihar, en Inde

Les carences en vitamine A sont très répandues en Inde, et bien plus encore dans les zones rurales du pays, où 62 % des enfants d'âge préscolaire sont carencés, d'après les dernières estimations. En outre, la forte prévalence de l'émaciation (20 %), des retards de croissance (48 %) et de l'anémie (70 %) chez les enfants âgés de moins de 5 ans est le signe d'importantes carences nutritionnelles.

La politique nationale indienne recommande qu'une supplémentation préventive en vitamine A soit dispensée deux fois par an à tous les enfants âgés de 9 à 59 mois afin de réduire les risques de cécité, d'infection, de sous-nutrition et de décès associés aux carences en vitamine A, en particulier chez les enfants les plus vulnérables. Beaucoup d'États indiens sont désormais sur le pied de guerre pour lutter contre les carences en vitamine A et l'État du Bihar – l'un des plus pauvres en Inde – est aux avant-postes de ce combat.

Le Gouvernement du Bihar, en partenariat avec l'UNICEF, l'Initiative Micronutriments et d'autres, soutient une stratégie qui vise à étendre la couverture de la supplémentation en vitamine A au-delà des limites normalement atteintes par les contacts réguliers avec le système de santé. Le but est de toucher tous les enfants, à commencer par les enfants des groupes socialement exclus, des castes répertoriées et des groupes minoritaires, dont les taux de sous-nutrition et de mortalité sont nettement supérieurs à ceux des autres groupes.

La planification orchestrée au niveau des districts a joué un rôle majeur. Plus de 11 000 centres de santé et 80 000 *anganwadis* (centres de développement infantile), faisant fonction de sites de distribution pour la supplémentation en vitamine A dans l'État du Bihar, ont été intégrés et plus de 3 400 sites provisoires ont été organisés de façon à dispenser des suppléments en vitamine A dans de petites communautés isolées. Des agents de santé et de nutrition et des bénévoles communautaires dans les 38 districts du Bihar ont été formés pour administrer du sirop préventif enrichi en vitamine A et expliquer aux mères comment enrichir le régime alimentaire de leurs enfants en vitamine A.

Les dernières données concernant la couverture indiquent que, au premier semestre 2009, le programme de supplémentation en vitamine A du Bihar a touché 13,4 millions d'enfants âgés de 9 à 59 mois, protégeant 95 % des enfants de cette tranche d'âges contre les ravages causés par les carences en vitamine A.

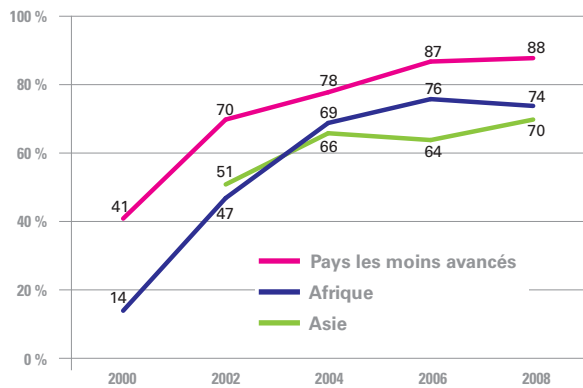
Le Gouvernement du Bihar a ainsi fait la preuve qu'il est tout à fait possible d'appliquer des programmes inclusifs de nutrition infantile et de toucher des enfants traditionnellement exclus des services dès lors que l'on se donne la peine de savoir qui sont ces enfants et où ils vivent – et dès lors que des décisions politiques sont prises pour assigner les ressources humaines et techniques requises pour les atteindre.

Sources : statistiques officielles communiquées à l'UNICEF par le gouvernement du Bihar.

Les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A affichent de très importantes hausses sur un laps de temps relativement court. En Afrique, la couverture de la supplémentation en vitamine A a été multipliée par cinq depuis 2000, en grande partie grâce à l'organisation des journées biannuelles de la santé de l'enfant, qui est la principale plateforme de distribution de suppléments en vitamine A dans la plupart des pays africains. Surtout, cette couverture a plus que doublé dans les pays les moins avancés, passant de 41 % en 2000 à 88 % en 2008, ce qui démontre que cette intervention est efficace sur les enfants dans les pays où elle se révèle la plus nécessaire.

Progression de la couverture de la supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A, 2000-2008



Remarque : les tendances concernant la pleine couverture (deux doses) de supplémentation en vitamine A sont fondées sur un sous-ensemble de 16 pays africains et des 18 pays les moins avancés disposant de données entre 2000 et 2008 et sur un sous-ensemble de 11 pays africains disposant de données entre 2002 et 2008. La courbe de tendance pour l'Afrique commence en 2002, du fait de l'absence de données autorisant une analyse des tendances avant cette date.

Source : UNICEF, 2009.

Iodation universelle du sel

Les carences en iode peuvent être aisément combattues par une iodation adéquate du sel consommé dans les foyers. Les données les plus récentes indiquent que 36 pays ont atteint la cible de 90 % de foyers consommant du sel dûment iodé. Ce chiffre est en hausse, puisque ces pays étaient au nombre de 21 en 2002, lorsque l'objectif d'iodation universelle du sel a été proclamé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Session extraordinaire consacrée aux enfants. Pourtant, en dépit de ces progrès, chaque année, 41 millions de nouveaux restent sans protection contre les dommages cérébraux que provoquent durablement les carences en iode.

Environ 72 % de tous les foyers dans le monde en développement consomment désormais du sel dûment iodé. Environ 73 % des foyers d'Asie et 60 % des foyers d'Afrique consomment désormais du sel dûment iodé. Le taux relativement élevé en Afrique se doit surtout à la forte couverture assurée dans deux pays particulièrement peuplés – Nigéria (97 %) et République démocratique du Congo (79 %) –, ce qui masque de fait la faible couverture de nombreux autres pays moins peuplés de la région.

125 pays déploient et déclarent désormais des programmes d'iodation du sel, soit une hausse de 39 % en l'espace d'à peine sept ans

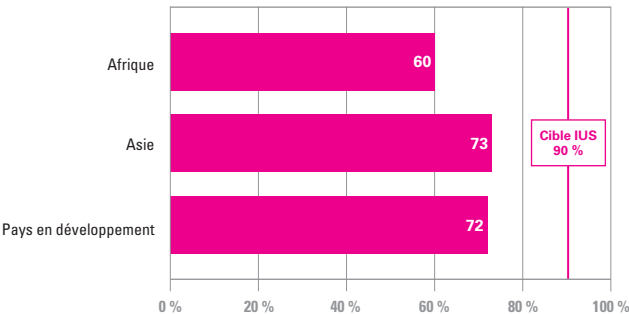
Nombre de pays déployant et déclarant des programmes d'iodation du sel, 2002-2009, par degré de couverture

	Nombre de pays		Évolution 2002-2009	
	Déclarés en 2002	2009	Nombre de pays	Pourcentage
Pays présentant une couverture supérieure à 90 %	21	36	+15	+71 %
Pays présentant une couverture de 70-89 %	17	27	+10	+59 %
Pays présentant une couverture de 50-69 %	17	22	+5	+29 %
Pays présentant une couverture de 20-49 %	22	28	+6	+27 %
Pays présentant une couverture inférieure à 20 %	13	12	-1	-8 %
Nombre total de pays déployant et déclarant des programmes	90	125	+35	+39 %

Source : la colonne « Déclarés en 2002 » s'inspire de données de l'UNICEF publiées dans Progrès accomplis depuis le Sommet mondial pour les enfants – Statistiques mises à jour (2002). La colonne « Déclarés en 2009 » s'inspire de données de l'UNICEF publiées dans les tableaux statistiques accompagnant La Situation des enfants dans le monde – Numéro spécial célébrant le 20^{ème} anniversaire de la Convention relative aux droits de l'enfant (2009).

Consommation de sel iodé

Pourcentage de foyers consommant du sel dûment iodé



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Des hausses de plus de 30 % ont été constatées ces dix dernières années dans 19 pays, où les niveaux actuels de consommation de sel dûment iodé excèdent désormais 70 %. Ces nettes améliorations sont le fruit d'une conjugaison unique de politiques publiques novatrices, d'initiatives audacieuses du secteur privé et d'engagements civiques. Treize de ces pays ont développé leur couverture de plus de 50 %, démontrant que l'iodation universelle du sel est tout à fait possible – même au niveau mondial – si les efforts sont renforcés en ce sens dans les pays qui restent à la traîne.

L'engagement du gouvernement contribue à la réduction des carences en iode au Nigéria

Dans les années 1980, les carences en iode représentaient un sérieux problème de santé publique au Nigéria, où le taux total de goîtres atteignait 67 % en 1988. Beaucoup d'enfants subissaient ainsi des handicaps mentaux et cognitifs. Pour lutter contre ce problème de santé publique, le gouvernement, en collaboration avec l'UNICEF, a lancé le programme d'iodation universelle du sel. Cette initiative est désormais gérée par la National Agency for Food and Drug Administration and Control en collaboration avec la Standards Organization of Nigeria, la Commission nationale de planification et le Ministère de la santé.

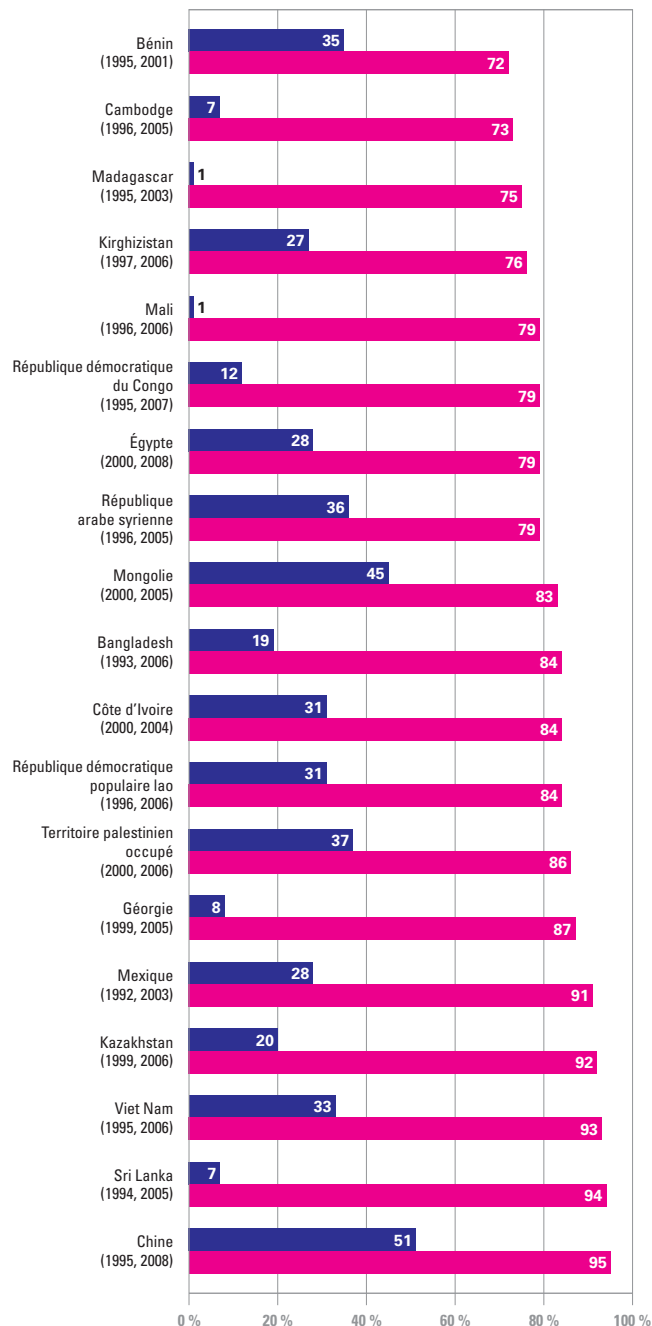
Lorsque le programme d'iodation universelle du sel a démarré en 1993, 40 % des foyers seulement consommaient du sel dûment iodé. Le programme a été véritablement couronné de succès, puisque 97 % des foyers consomment aujourd'hui du sel dûment iodé, avec des usines produisant 90 à 100 % de sel iodé. Le taux de goîtres a littéralement chuté, à 6 % environ en 2007.

En 2007, le Nigéria est devenu le premier pays d'Afrique à être reconnu par le Réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode. L'efficacité dont a fait preuve le Nigéria pour éliminer les troubles associés aux carences en iode peut s'attribuer à l'engagement du gouvernement et de l'industrie du sel, à une législation propice et à une vigoureuse mise en œuvre.

Sources : *Universal Salt Iodization in Nigeria: Process, successes and lessons*, Gouvernement du Nigéria, Ministère de la santé, et UNICEF, Abuja, 2007.

Des améliorations considérables dans l'utilisation de sel iodé

Tendances de la proportion (%) de foyers consommant du sel dûment iodé dans certains pays et territoires



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales.

Enrichissement des aliments de base et des condiments

Parallèlement à l'iodation du sel, l'ajout de vitamines et de minéraux, comme le fer, le zinc, la vitamine A et l'acide folique, à des aliments de base, des aliments d'appoint et des condiments constitue un moyen efficace et peu coûteux d'améliorer l'apport en vitamines et minéraux de l'ensemble de la population, dont les femmes en âge de procréer et les enfants. En mars 2009, environ 30 % de la farine de froment produite dans le monde étaient enrichis, alors que 57 pays avaient une législation imposant l'enrichissement d'un ou de plusieurs type(s) de farine par du fer ou de l'acide folique²⁹. Quoique de nombreux aliments, comme les graisses, les huiles et la margarine, soient enrichis depuis des années dans beaucoup de pays, cette approche n'a pas encore été appliquée à pleine échelle dans de nombreux pays à faible revenu. Grâce aux efforts accrus déployés par différents partenariats et alliances, l'enrichissement des aliments devrait continuer de gagner du terrain.

Supplémentation en micronutriments multiples/enrichissement à domicile des aliments

Parmi les produits récemment conçus pour apporter du fer et d'autres vitamines et minéraux à l'organisme de jeunes enfants et de femmes en âge de procréer figurent les micronutriments multiples en poudre (MNP), qui sont jugés hautement prometteurs. Des études démontrent en effet que les MNP peuvent réduire l'anémie de 45 % chez les jeunes enfants³⁰. Les sachets de MNP contiennent un mélange de vitamines et de minéraux en poudre, laquelle peut être saupoudrée sur les aliments confectionnés à la maison. Les familles privées d'accès aux aliments commercialement enrichis ont ainsi la possibilité d'ajouter directement des micronutriments à leur alimentation. De plus en plus d'éléments indiquent que les MNP peuvent contribuer à l'amélioration des pratiques alimentaires d'appoint si tant est que des programmes soient conçus spécifiquement en ce sens³¹.

Micronutriments multiples pour des enfants de la Mongolie

Ces dernières années, les micronutriments multiples en poudre, qui améliorent l'apport en vitamines et minéraux chez les enfants âgés de plus de 6 mois et les jeunes enfants, sont devenus disponibles dans le monde entier afin de traiter ce qui paraissait être un problème insoluble et universel de santé publique, celui de l'anémie provoquée par une carence en fer. Ces poudres peuvent contenir 5 à 15 vitamines et minéraux (fer et vitamines A et D, par exemple). Outre qu'elles ont relativement peu de goût, elles sont sûres et faciles d'emploi et sont bien acceptées par les agents de santé. Un sachet coûte environ 0,03 dollar É.-U. (un enfant consomme généralement 60-90 sachets par an) et l'offre commerciale est suffisante pour couvrir les besoins du programme.

La Mongolie est l'un des nombreux pays à introduire à grande échelle les MNP dans le cadre d'une approche intégrée dans le but d'améliorer l'alimentation des jeunes enfants et de réduire les taux de retard de croissance et d'anémie. L'initiative mongolienne, qui s'inscrit dans une stratégie nationale de nutrition visant à éliminer la sous-nutrition, constitue également un moyen de lutter contre les problèmes nutritionnels induits par l'instabilité économique et les pénuries alimentaires chroniques dont a souffert le pays ces quelques dernières années.

L'approche du pays se fonde sur les expériences acquises dans la distribution de MNP à des enfants âgés de 6 à 36 mois en vue de réduire les taux d'anémie et de carences en vitamine D. Au début de cette distribution, en 2001, l'anémie affichait une prévalence de 42 %. Les enfants ont reçus des MNP en vertu d'un modèle de distribution communautaire, mais ont aussi été examinés deux fois par semaine par des travailleurs communautaires soutenus par le Ministère de la santé.

Un an après les débuts du programme, 13 000 enfants (soit plus de 80 % de la cible visée) avaient reçu des micronutriments en poudre et l'anémie avait été réduite de moitié. Avec l'aide technique et financière de la Banque asiatique de développement, la Mongolie prévoit de développer le programme afin de toucher 15 000 enfants âgés de 6 à 24 mois (soit 22 % des enfants de cette tranche d'âges) en ciblant certaines provinces sélectionnées en fonction d'indicateurs de pauvreté, d'accès géographique et de santé.

Sources : *Micronutrient Sprinkles for Use in Infants and Young Children: Guidelines on recommendations for use and program monitoring and evaluation*, Sprinkles Global Health Initiative, Toronto, décembre 2008; Schauer, C., et al., *Process Evaluation of the Distribution of Micronutrient Sprinkles in over 10,000 Mongolian Infants Using a Non-Governmental Organization (NGO) Program Model*, document présenté lors du Symposium du Groupe consultatif international sur l'anémie nutritionnelle, Marrakech, février 2003, p. 42.

5. INTERVENTIONS EFFICACES POUR L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

La période qui court entre la grossesse d'une mère et le deuxième anniversaire de son enfant constitue un créneau critique, dans lequel toutes les interventions visant à lutter contre la sous-nutrition maternelle et infantile peuvent avoir un impact positif sur les perspectives de survie, de croissance et de développement de l'enfant, en particulier dans les pays durement frappés par la sous-nutrition.

Les experts et partenaires de programmes sont convenus d'un ensemble d'interventions efficaces en termes de nutrition. Cet ensemble suppose des interventions dans trois grands domaines :

- Nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement.
- Initiation précoce à l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois et poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois au moins.
- Alimentation d'appoint adaptée à partir de l'âge de 6 mois et apport de micronutriments au besoin.

Les programmes fructueux dans ces domaines conduiront à des réductions prononcées dans les niveaux de sous-nutrition chronique chez les jeunes enfants.

Les interventions efficaces pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère, en situation de crise ou non, couvrent l'usage d'aliments thérapeutiques et le traitement adéquat des complications et, concernant la malnutrition aiguë modérée, le recours à différents aliments d'appoint. Ces interventions doivent être mises en œuvre à pleine échelle, conjointement à des stratégies visant à l'amélioration des pratiques de soin et d'alimentation.

Étant donné le lien étroit qui existe entre la nutrition et les infections, la mise en œuvre à pleine échelle d'interventions pour la prévention et le traitement des infections ne peut qu'améliorer la nutrition et, ce faisant, réduire la mortalité. Ces interventions comprennent la vaccination, l'hygiène améliorée et le lavage des mains, l'assainissement (dont l'élimination de la défécation à l'air libre) et l'accès à l'eau potable, l'utilisation de sels de réhydratation orale et de zinc thérapeutique pour traiter la diarrhée, la prévention et le traitement du paludisme et le traitement de la pneumonie à base d'antibiotiques.

Réduction de la malnutrition aiguë au Niger

Le Niger se caractérise depuis des années par d'inacceptables niveaux de malnutrition, dus à la sécheresse, aux crises alimentaires récurrentes, à de mauvaises pratiques alimentaires et à un accès insuffisant aux services de santé. En 2005, des enquêtes nutritionnelles ont documenté la prévalence de la malnutrition aiguë globale (sévère et modérée) au-dessus du seuil d'urgence de 15 % dans plusieurs régions, ce qui a incité le gouvernement et la communauté internationale à livrer une vaste intervention. Cette intervention a eu pour résultats, entre autres, une forte baisse de la prévalence, qui est descendue à 10 % en 2006.

L'une des composantes essentielles de ce succès a été l'adoption d'approches programmées, qui a permis de traiter un nombre accru d'individus victimes de malnutrition. Une approche communautaire décentralisée a ainsi été appliquée pour la première fois afin de traiter la malnutrition aiguë. Des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été traités à domicile par des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. La malnutrition aiguë modérée, pour sa part, a été traitée par une vaste gamme de produits, dont le traditionnel mélange de farines enrichies, ainsi que des aliments de complément à base d'huile prêts à l'emploi. Certains partenaires ont également développé les programmes de traitement de la nutrition pour y inclure la prévention de la malnutrition aiguë par la distribution à grande échelle de produits alimentaires de complément.

Le nombre de centres au Niger dispensant des soins contre la malnutrition aiguë sévère est passé de 75 en 2005 à 941 en 2007. La demande accrue en produits alimentaires thérapeutiques et de complément a conduit à la création d'un centre local de production, qui satisfait chaque jour un peu plus la demande.

Quoique d'importants progrès aient été accomplis depuis 2005 dans la capacité nigérienne à traiter efficacement les enfants gravement mal nourris, grâce à l'approche communautaire, la prévalence de la malnutrition aiguë demeure élevée. L'enjeu consiste désormais à déployer à pleine échelle des pratiques préventives, tels que l'allaitement maternel et l'alimentation d'appoint, qui pourraient grandement améliorer la nutrition infantile et réduire le nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modérée.

Sources : *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère – Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, OMS, PAM, CPN et UNICEF, Genève, Rome et New York, mai 2007, et Action humanitaire Niger, UNICEF, New York, juin 2006.*

Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère au Malawi

Chaque année au Malawi, on estime à 59 000 le nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. Environ 59 % de ces enfants sont présentement traités, avec un taux de guérison de plus de 75 %, ce qui place le Malawi au rang de leader mondial dans le domaine de la prise en charge fructueuse de la malnutrition aiguë sévère. L'une des composantes clés du succès malawite a été l'introduction du système de prise en charge communautaire.

La malnutrition constitue un problème chronique au Malawi, avec le mauvais état nutritionnel qu'elle entraîne. Outre les maladies endémiques et l'épidémie de SIDA, le Malawi a connu entre 2001 et 2006 des épisodes persistants de pénurie alimentaire et d'autres crises humanitaires. Le taux national de malnutrition aiguë globale était de 6,2 % en 2005, avec quatre districts dépassant les 10 %. Avant 2006, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère se faisait dans des services pédiatriques hospitaliers et dans des unités de récupération nutritionnelle, à l'aide de préparations thérapeutiques à base de lait.

En 2002, toutefois, les organisations non gouvernementales Concern Worldwide et Valid International ont lancé une approche novatrice consistant à utiliser des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en vue d'accroître la couverture du traitement de la malnutrition aiguë sévère. Cette initiative, appliquée au niveau des districts, incite les communautés à identifier les enfants gravement dénutris avant même qu'ils n'aient besoin de soins hospitaliers. Un traitement efficace leur est ensuite dispensé chaque semaine dans les structures sanitaires locales ou dans le centre de distribution le plus proche, à une journée de marche au maximum du domicile. Des soins peuvent toujours être prodigués en milieu hospitalier dans les cas les plus compliqués.

Ces efforts ont permis d'accroître la couverture du traitement efficace à 74 %, contre 25 % avec l'approche traditionnelle. Après l'extension de l'initiative à quatre autres districts en 2004, le modèle a été adopté en stratégie nationale en 2006, à la suite de quoi son déploiement graduel et son intégration au système de santé ont commencé. En mars 2009, le programme était appliqué dans 330 sites ambulatoires et 96 sites hospitaliers dans la totalité des 27 districts du pays. Il ne devrait pas tarder à être déployé à l'ensemble des installations sanitaires du pays.

Sources : *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère – Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, OMS, PAM, CPN et UNICEF, Genève, Rome et New York, mai 2007, et Rapports annuels et autres documents internes du Bureau pays UNICEF Malawi.*

Dans beaucoup de pays et de communautés, les familles sont confrontées à des pénuries alimentaires saisonnières ou manquent durablement d'aliments nutritifs. Cette situation doit être traitée pour garantir une nutrition maternelle adéquate et une alimentation d'appoint adaptée aux nourrissons et aux jeunes enfants, ainsi que pour renforcer la réduction de la sous-nutrition sur le long terme. Les interventions en ce sens comportent des mesures visant à améliorer la production agricole et à renforcer l'offre alimentaire par des systèmes de protection sociale et des programmes de distribution d'aliments.

Le tableau qui suit fournit des informations détaillées sur les interventions prioritaires de prévention de la sous-nutrition et de traitement de la malnutrition aiguë modérée et sévère qui doivent être menées à certains stades du cycle de vie, à savoir entre la grossesse de la mère et le deuxième anniversaire de l'enfant. Certaines de ces actions préventives doivent débiter à l'adolescence, avant que la femme ne soit enceinte, et se poursuivre après les 24 premiers mois de l'enfant. Beaucoup de ces interventions s'emploient à faire évoluer les comportements et dépendront de l'efficacité des stratégies de communication mises en œuvre à grande échelle.

La nutrition revêt également une grande importance chez les enfants âgés de plus de 2 ans, c'est pourquoi les interventions comme la supplémentation en vitamine A, le traitement de la diarrhée à base de zinc, la prise en charge de la malnutrition aiguë et la communication et l'information sur la prévention de la sous-nutrition et de la surcharge pondérale sont tout aussi cruciales pour ces enfants.

Interventions prioritaires pour la prévention de la sous-nutrition et le traitement de la malnutrition aiguë sévère et modérée

Stade du cycle de vie	
Adolescence/avant la grossesse	
Interventions pour la mère	Justification/démonstration
Suppléments de fer et d'acide folique ou supplémentation en micronutriments multiples et déparasitage	Réduit les carences en fer et en autres micronutriments et l'anémie pendant la grossesse
Enrichissement de l'alimentation avec de l'acide folique, du fer, de la vitamine A, du zinc et de l'iode	Réduit les carences en micronutriments, prévient les anomalies du tube neural et les effets négatifs associés à la carence en iode en début de grossesse
Grossesse	
Interventions pour la mère	Justification/démonstration
Suppléments de fer et d'acide folique et déparasitage	Réduit les carences en micronutriments, les complications pendant la grossesse, la mortalité maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance
Supplémentation en micronutriments multiples	Réduit les carences en micronutriments et contribue à l'amélioration du poids à la naissance et à la croissance et au développement de l'enfant
Sel iodé consommé comme sel de table et/ou sel de qualité alimentaire (pour la transformation des aliments)	Améliore le développement fœtal et les capacités cognitives et intellectuelles de l'enfant, réduit les risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement et prévient les goîtres, les fausses couches, les mortinaissances et le crétinisme
Traitement de la cécité nocturne pendant la grossesse	Contrôle les carences maternelles en vitamine A et les carences consécutives pendant la petite enfance
Enrichissement de l'alimentation (avec du fer, du folate, du zinc, de la vitamine A et de l'iode)	Réduit les carences en micronutriments et les anomalies à la naissance
Usage amélioré d'aliments localement disponibles pour une consommation accrue d'importants nutriments	Réduit l'émaciation et les carences en micronutriments et contribue à la réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance
Suppléments alimentaires enrichis (ex. : mélanges de maïs-soja, suppléments de nutriments à base de lipides) pour les femmes souffrant de sous-nutrition	Réduit l'émaciation et les carences en micronutriments et contribue à la réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance
Naissance	
Interventions pour le nouveau-né	Justification/démonstration
Initiation précoce à l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance (y compris allaitement au colostrum)	Contribue à la réduction des décès néonataux
Moins de 6 mois	
Interventions pour la mère	Justification/démonstration
Supplémentation en vitamine A au cours des 8 semaines suivant l'accouchement	L'apport en vitamine A chez la mère améliore la teneur en vitamine A du lait maternel, contribue à la réduction des carences en vitamine A et réduit les infections
Supplémentation en micronutriments multiples	Réduit les carences en fer et en autres micronutriments chez la mère et améliore la qualité du lait maternel
Usage amélioré d'aliments localement disponibles, d'aliments enrichis, de suppléments en micronutriments multiples/aliments enrichis à domicile et de suppléments alimentaires pour les femmes souffrant de sous-nutrition	Prévient la sous-nutrition maternelle, préserve la capacité d'allaitement et garantit un lait maternel de haute qualité
Interventions pour le nouveau-né	Justification/démonstration
Allaitement maternel exclusif	Garantit une consommation optimale de nutriments et prévient les maladies et les décès infantiles
Alimentation appropriée des nourrissons exposés au VIH	Contribue à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à réduire la mortalité infantile

Interventions prioritaires pour la prévention de la sous-nutrition et le traitement de la malnutrition aiguë sévère et modérée (suite)

Stade du cycle de vie	
6-23 mois	
Interventions pour la mère	Justification/démonstration
Usage amélioré d'aliments localement disponibles, d'aliments enrichis et de suppléments alimentaires pour les femmes souffrant de sous-nutrition	Aide à préserver l'allaitement maternel et à garantir un lait maternel de haute qualité, ainsi qu'à prévenir la sous-nutrition maternelle
Lavage des mains au savon	Aide à réduire la diarrhée et la sous-nutrition consécutive de l'enfant
Interventions pour le jeune enfant	Justification/démonstration
Alimentation d'appoint opportune, adéquate et sûre (dont usage amélioré d'aliments localement disponibles, de suppléments en micronutriments multiples, de suppléments en nutriments à base de lipides et d'aliments complémentaires enrichis)	Prévient et réduit l'insuffisance pondérale, les retards de croissance, l'émaciation et les carences en micronutriments et contribue à la survie et au développement, ainsi qu'à la réduction de l'obésité infantile
Poursuite de l'allaitement maternel	Constitue une source importante de nutriments et protège contre les infections
Alimentation appropriée des nourrissons exposés au VIH	Contribue à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à réduire la mortalité infantile
Traitement de la diarrhée à base de zinc	Réduit la durée et la gravité de la diarrhée et des épisodes diarrhéiques suivants et réduit la mortalité
Sel iodé consommé comme sel de table et/ou sel de qualité alimentaire (pour la transformation des aliments)	Améliore le développement cérébral et prévient les déficits moteurs et auditifs
Supplémentation en vitamine A et déparasitage	Contribue à réduire l'anémie, les carences en vitamine A, la sous-nutrition et la mortalité infantile
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	Contribue à réduire la mortalité infantile
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée	Prévient la progression vers la malnutrition aiguë sévère et contribue à réduire la mortalité infantile
Lavage des mains au savon	Aide à réduire la diarrhée et la sous-nutrition consécutive
24-59 mois	
Interventions pour le jeune enfant	Justification/démonstration
Supplémentation en vitamine A avec déparasitage	Contribue à réduire l'anémie, les carences en vitamine A, la sous-nutrition et la mortalité infantile
Micronutriments multiples en poudre ou aliments enrichis pour jeunes enfants	Réduit les carences en fer et en zinc
Sel iodé consommé comme sel de table et/ou sel de qualité alimentaire (pour la transformation des aliments)	Améliore le développement cérébral et prévient les déficits moteurs et auditifs
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	Contribue à réduire la mortalité infantile
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée	Prévient la progression vers la malnutrition aiguë sévère et contribue à réduire la mortalité infantile
Lavage des mains au savon	Aide à réduire la diarrhée et la sous-nutrition consécutive

Sources : recommandations de politiques et de directives fondées sur l'OMS et d'autres institutions de l'ONU; publications parues dans *The Lancet*; Edmond, Karen M. *et al.*, *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, *Pediatrics*, vol. 117, n° 3, mars 2006, pp. 3380-3386; Singh, Kiran et Purnima Srivasta, *The Effect of Colostrum on Infant Mortality: Urban-rural differentials*, *Health and Population*, vol. 15, n° 3-4, juillet-décembre 1992, pp. 94-100; Mullany, Luke C. *et al.*, *Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk Among Newborns in Southern Nepal*, *The Journal of Nutrition*, vol. 138, mars 2008, pp. 599-603; Ramakrishnan, Usha *et al.*, *Effects of Micronutrients on Growth of Children Under 5 Years of Age: Meta-analyses of single and multiple nutrient interventions*, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 89, n° 1, janvier 2009, pp. 191-203.

6. CAUSES SOUS-JACENTES DE LA SOUS-NUTRITION : PAUVRETÉ, DISPARITÉS ET AUTRES FACTEURS SOCIAUX

La pauvreté, l'iniquité, le manque d'éducation des mères et le faible statut social des femmes figurent parmi les facteurs sous-jacents qui doivent être pris en compte et traités pour réduire durablement la sous-nutrition.

Pauvreté

Le lien entre la pauvreté et la nutrition est ambivalent : la croissance économique, qui contribue à réduire la prévalence de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire, peut aussi réduire la sous-nutrition, même si c'est à faible rythme³². La nutrition est l'un des éléments clés de la formation du capital humain, laquelle constitue l'un des principaux moteurs de croissance économique³³.

Pourtant, la croissance économique n'améliore pas nécessairement la vie des individus et l'équité dans la société et l'état nutritionnel d'une population ne dépend pas toujours du développement, de la prospérité ou de la croissance économique d'une nation.

La nutrition maternelle et infantile est le fruit de divers facteurs conjugués, parmi lesquels la qualité des systèmes de santé publique, les pratiques de soins dans les ménages et les

communautés, la capacité de la société à traiter la pauvreté et l'insécurité alimentaire des groupes défavorisés, les moyens des systèmes de justice sociale et d'assistance publique et l'efficacité des politiques économiques et sociales au sens large. L'état nutritionnel peut donc être amélioré même quand la croissance économique demeure limitée³⁴. De fait, le traitement de la sous-nutrition peut permettre de stopper la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

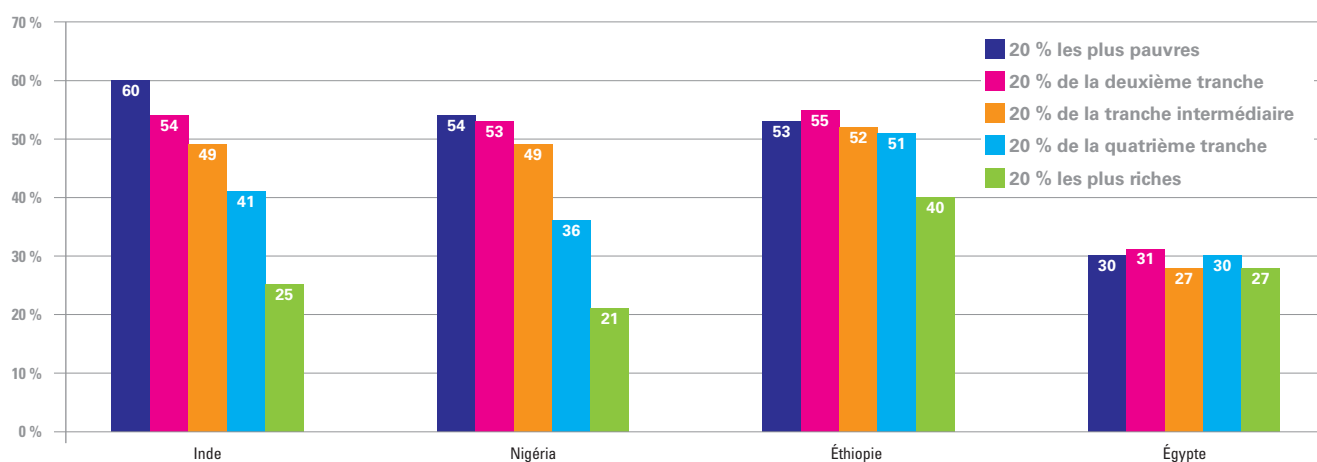
Équité

Les questions d'équité sont importantes pour évaluer les progrès globalement accomplis dans le domaine de la nutrition. L'analyse des disparités aide en effet à mieux comprendre les causes de la sous-nutrition et peut permettre de définir et de cibler des interventions pour les populations vulnérables dans un pays ou une région dans le cadre d'une stratégie nutritionnelle multisectorielle.

Bien qu'un certain nombre de pays ait fait des progrès dans la lutte contre la sous-nutrition infantile, un examen plus approfondi de la situation par le prisme de l'équité révèle d'importantes disparités. L'État plurinational de Bolivie, par exemple, a réduit de moitié la prévalence des retards de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans entre 1989 et 2003, mais les enfants qui vivent dans les foyers les plus pauvres risquent presque six fois plus de souffrir d'un retard de croissance que les enfants vivant dans les foyers les plus riches. Au Pérou, les enfants qui vivent dans les foyers les plus pauvres risquent 11 fois plus d'accuser un retard de croissance que les enfants issus des foyers les plus riches³⁵.

Les liens entre le retard de croissance et la pauvreté varient

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave, par quintile des revenus des foyers



Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Source : Inde : Enquête nationale sur la santé des familles (2005-2006), Nigéria : Enquêtes démographiques et sanitaires (2003), Éthiopie : Enquêtes démographiques et sanitaires (2005), Égypte : Enquêtes démographiques et sanitaires (2008).

Le lien entre le retard de croissance et la richesse varie grandement d'un pays à l'autre. En Inde et au Nigéria, les enfants des foyers les plus riches sont bien plus favorisés que les enfants issus d'autres foyers. Les choses sont différentes en Éthiopie, où les retards de croissance sont très répandus – même chez les enfants vivant dans les foyers les plus aisés, la prévalence des retards de croissance reste élevée, à 40 % – et en Égypte, où la prévalence des retards de croissance est étonnamment stable dans tous les quintiles de revenus.

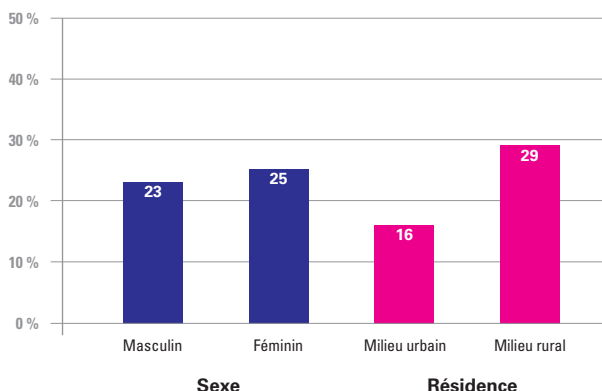
Dans le monde en développement, les enfants des zones rurales ont près de deux fois plus de risques de présenter une insuffisance pondérale que les enfants des zones urbaines.

Normes sexuelles et sociales

Une analyse des indicateurs de nutrition au niveau mondial révèle d'infimes différences entre les garçons et les filles de moins de 5 ans. De même, les données ventilées par sexe sur la couverture et les pratiques des programmes n'indiquent aucune grande différence en termes de sexe. Mais une ventilation plus poussée des données issues de certains pays indique qu'il peut y avoir des différences dans l'alimentation et les soins des filles par rapport à ceux des garçons, différences provenant certainement des relations de pouvoir et des normes sociales qui perpétuent les attitudes et pratiques discriminatoires. Les données de certains pays révèlent en effet quelques effets possibles – par exemple, les garçons bangladais sont nettement plus grands que les filles, au même âge³⁶. De même, en Afrique subsaharienne, les garçons sont plus exposés aux retards de croissance que les filles³⁷.

Prévalence de l'insuffisance pondérale, par sexe et par lieu de résidence

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans dans des pays en développement présentant une insuffisance pondérale modérée ou grave, par sexe et par lieu de résidence



Remarque : les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales, 2003-2008.

Éducation maternelle

Une importante disparité s'observe également dans l'état nutritionnel en termes d'éducation et d'alphabétisation maternelles. Plusieurs études et analyses ont établi un lien significatif entre un faible niveau d'éducation maternelle et un mauvais état nutritionnel chez les jeunes enfants. Une analyse de données d'enquêtes pratiquées dans 17 pays en développement, par exemple, confirme une association positive entre l'éducation maternelle et l'état nutritionnel des enfants âgés de 3 à 23 mois, même si une grande partie de ces associations procède du lien étroit entre l'éducation et les revenus des ménages³⁸. Une étude conduite au Pakistan a révélé que la majorité des bébés présentant des signes de sous-nutrition avait une mère qui n'avait quasiment pas été scolarisée. L'étude a également constaté que l'alimentation d'appoint chez les bébés à un âge approprié (6 mois) était meilleure lorsque la mère était instruite³⁹.

Statut social des femmes

Dans de nombreux pays en développement, la médiocre condition de la femme est considérée comme l'un des premiers facteurs déterminants de la sous-nutrition tout au long du cycle de vie. Une médiocre condition féminine peut induire chez la femme des problèmes de santé, lesquels peuvent conduire à une insuffisance pondérale des bébés à la naissance et avoir un effet négatif sur la qualité de leur nutrition et des soins qui leur sont prodigués. Une étude menée en Inde a révélé que les femmes jouissant d'une plus grande autonomie (déterminée par l'accès à l'argent et par la liberté de travailler) ont beaucoup moins de risques d'avoir un enfant souffrant d'un retard de croissance que les femmes moins autonomes⁴⁰.

7. FACTEURS FAVORABLES AUX PROGRAMMES DE NUTRITION

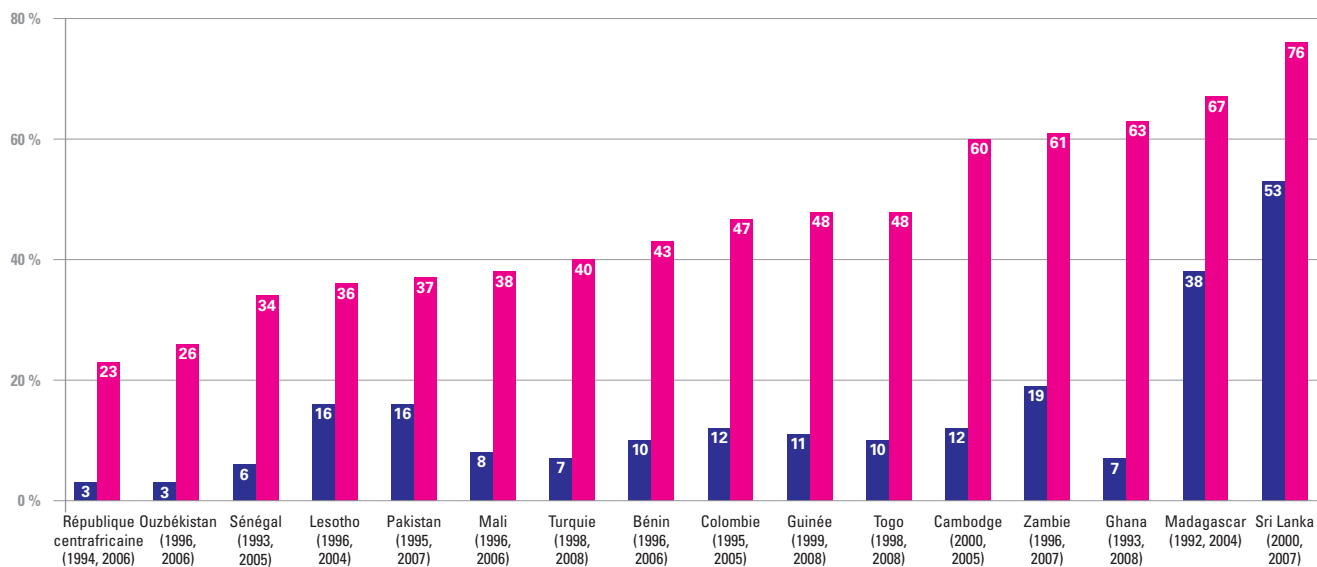
Les ensembles d'interventions de prévention et de traitement de la sous-nutrition décrits au chapitre 5 doivent être mis en œuvre à pleine échelle pour pouvoir réduire effectivement la sous-nutrition infantile. Des programmes efficaces – fondés sur des politiques et des cadres réglementaires adéquats et sur de puissants systèmes de gestion et de prestation de services et étayés par des ressources suffisantes – sont également impératifs pour garantir une large couverture des services et pour faire évoluer les comportements et les pratiques aux niveaux des communautés et des foyers.

L'expérience démontre qu'il est parfaitement possible de déployer des programmes de nutrition à pleine échelle et de réaliser d'importantes améliorations au niveau des comportements et des pratiques de soin, en particulier avec l'engagement affirmé des gouvernements et le soutien élargi

des partenariats. Ces 5 à 10 dernières années, par exemple, 16 pays ont fait progresser d'au moins 20 points leurs taux d'allaitement maternel exclusif. Beaucoup de ces pays ont de sérieux défis à relever en termes de développement et sont parfois même confrontés à des situations de crise. La mise en œuvre de programmes à grande échelle dans ces pays s'est appuyée sur des politiques nationales et a souvent été guidée par la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS-UNICEF. Les programmes des pays ont inclus l'adoption et l'application d'une législation nationale sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et sur les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé, ainsi que sur la protection de la maternité des femmes actives. D'autres mesures ont visé à promouvoir l'allaitement maternel dans les maternités (sans substituts du lait maternel), à renforcer les capacités des agents de santé à informer et conseiller sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et à mettre sur pied des groupes de soutien « entre mères » dans les communautés. Ces actions ont été accompagnées de stratégies de communication pour la promotion de l'allaitement maternel par le biais de multiples canaux et messages adaptés au contexte local⁴¹.

16 pays en développement ont accru leurs taux d'allaitement maternel exclusif d'au moins 20 points

Tendances du pourcentage de nourrissons âgés de moins de 6 mois qui sont exclusivement nourris au sein



Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales.

La récente initiative mondiale pour le traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère constitue un excellent exemple de partenariat entre les nombreuses organisations qui collaborent pour fournir des services de santé essentiels aux enfants qui en étaient jusque là privés. Au total, 42 pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient, dont des pays périodiquement confrontés à de graves situations de crise, ont achevé ou rédigé des instructions intégrées et des plans d'action pour déploiement et intégration dans leur système régulier de santé⁴². Des conseils de planification et de mise en œuvre ont été prodigués par des partenaires internationaux et les capacités des agents de santé ont été renforcées. En parallèle, la production et la distribution de produits thérapeutiques ont fortement augmenté, en particulier concernant les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi⁴³.

Priorité doit être accordée à l'accélération des programmes visant à traiter les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère, mais il importe également de mettre en œuvre des actions pour prévenir cette malnutrition – dont des mesures visant à promouvoir l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, à améliorer les soins de santé et l'hygiène et à garantir la sécurité alimentaire.

Dans de nombreux pays, des manifestations intégrées de santé infantile se sont révélées efficaces concernant l'apport de vitamine A. Cette approche – fondée sur une bonne planification, un renforcement des capacités et une mise en commun des ressources – autorise une vaste couverture des interventions lorsque les modes réguliers de prestation de services de santé demeurent restreints.

Des manifestations intégrées de santé infantile améliorent la couverture de la supplémentation en vitamine A au Mozambique et en Zambie

De nombreux pays ont recours aux manifestations intégrées de santé infantile pour accroître la couverture de certaines interventions de santé et de nutrition et pour améliorer l'équité de cette couverture. En 2008, le Mozambique a lancé des Semaines intégrées de la santé de l'enfant pour développer la couverture de ce type d'intervention essentielle à la survie des enfants, particulièrement auprès des populations difficiles d'accès. Les Semaines de la santé de l'enfant consistent en distribution de suppléments en vitamine A, déparasitage, vaccination contre la rougeole, dépistage nutritionnel, messages sur l'allaitement maternel et distribution de suppléments de sel iodé. La caractéristique essentielle de cette manifestation est la proximité des services fournis, qui sont directement à la disposition des populations.

Lors de la première série de Semaines de la santé de l'enfant, en mars-avril 2008, le Mozambique a atteint une couverture de la supplémentation en vitamine A de plus de 80 % et a ainsi mis en place une microplanification intégrée au niveau de ses districts, avec soutien et supervision des agents de santé communautaires. L'intégration de la planification des Semaines de la santé de l'enfant en des processus complets de planification au niveau des districts devrait renforcer leur caractère durable. Suite à la première manifestation de ce genre, l'analyse de couverture pratiquée s'est employée à identifier les districts les moins performants, de manière à améliorer la mise en œuvre lors des séries suivantes de distribution.

La Zambie soutient des manifestations intégrées de santé infantile depuis maintenant une dizaine d'années et est progressivement parvenue à assurer une forte couverture pour ces manifestations sanitaires essentielles et les interventions de nutrition. Les Semaines de la santé de l'enfant ont initialement été conçues pour accroître la couverture des interventions, telle la supplémentation en vitamine A. Mais, rapidement, la demande accrue en services a imposé l'expansion des Semaines de la santé de l'enfant, qui ont alors couvert d'autres interventions à fort impact, portant notamment sur la vaccination de routine, l'éducation sanitaire, la promotion du lavage des mains, le diagnostic nutritionnel, le dépistage du VIH, la planification familiale et la prise en charge des maladies infantiles courantes.

Fort du succès rencontré avec ces interventions, dont la couverture n'a cessé de croître jusqu'à atteindre les zones les plus reculées du pays, le gouvernement a institutionnalisé les Semaines de la santé de l'enfant. En 2008, toutes les provinces, sauf deux, affichaient en termes de vitamine A et de déparasitage une couverture de plus de 80 %. Une récente innovation a consisté en l'envoi, par le premier service de téléphonie mobile du pays, de sms (textos) gratuits invitant les parents et les aidants familiaux à participer.

Sources : Bureau de pays UNICEF Mozambique, *Rapport annuel 2008*, et Bureau de pays UNICEF Zambie, *Rapport annuel 2008* (documents internes).

FACTEURS DE RÉUSSITE DES PROGRAMMES

- 1. Analyse de la situation :** en matière de conception, les programmes doivent toujours avoir pour point de départ l'analyse de la situation nutritionnelle locale et de ses facteurs déterminants, notamment la sécurité alimentaire des ménages, la pauvreté et les normes sociales. Cette analyse doit ensuite servir de fondement aux politiques nationales, aux cadres législatifs et aux stratégies, de manière à garantir le meilleur usage possible des ressources locales. Les politiques préexistantes et la documentation technique sur les normes internationales préétablies peuvent faciliter la conception des politiques nouvelles et le choix de la stratégie de mise en œuvre.
- 2. Engagement politique et partenariat :** une appropriation gouvernementale ferme et puissante, associée à la mobilisation des dirigeants politiques et à un engagement clair et précis, est une condition essentielle au succès de n'importe quel programme de nutrition. La nutrition est souvent du ressort de plusieurs départements, de sorte que des rôles et des responsabilités précis doivent être assignés aux programmes; la même précision, accompagnée d'un soutien bien coordonné, doit caractériser la communauté internationale. L'initiative REACH (*Renewed Efforts Against Childhood Hunger and Undernutrition*, Efforts renouvelés contre la faim et la sous-nutrition chez les enfants) constitue un bon exemple de collaboration interorganisations et de partenariats pour l'amélioration de la nutrition (voir l'encadré à la page suivante).
- 3. Liens avec d'autres secteurs :** les interventions de nutrition décrites dans le présent rapport doivent être mises en œuvre conjointement avec d'autres interventions de santé et d'assainissement de l'eau – en particulier celles s'intéressant au traitement et à la prévention des maladies infantiles courantes qui sont étroitement associées à la sous-nutrition (diarrhée, pneumonie, paludisme, rougeole et VIH/SIDA). Une meilleure sécurité alimentaire des ménages, assurée par des programmes de protection agricole et sociale, est essentielle pour soutenir les efforts déployés en faveur de la nutrition.
- 4. Renforcement des capacités :** l'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif peuvent être efficacement promus par différents canaux à tous les niveaux du système de santé fondamental, à savoir les centres de soins prénatals et les sages-femmes traditionnelles, les visites à domicile par les agents de santé communautaires, les séances de vaccination et de pesage, les consultations pour enfants malades, les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les traitements pédiatriques contre le SIDA. Pour que les agents de santé puissent faire un travail efficace en ce sens, la portée et la couverture du système de santé doivent être examinées, les possibilités d'amélioration doivent être identifiées et les connaissances et les compétences doivent être actualisées et renforcées. Le renforcement des capacités est donc essentiel à la réussite des programmes de nutrition.

5. Communication et communauté : l'expérience montre que des campagnes efficaces de communication à grande échelle et la participation active des communautés sont des conditions essentielles aux programmes qui cherchent à améliorer les soins et la nutrition des enfants et à faire évoluer les comportements. Un soutien régulier des soignants, avec les conseils appropriés, assuré de manière exhaustive au niveau communautaire et accompagné de messages sur l'alimentation, la santé, l'hygiène et la prévention et le traitement des maladies, peut générer des résultats positifs. À cette fin, de nombreux pays font appel à des bénévoles communautaires qui travaillent en étroite collaboration avec les prestataires de services officiels. Pour être efficace, la mise en œuvre des activités planifiées au niveau communautaire doit s'accompagner d'une supervision positive et d'un contrôle et d'une évaluation en continu, avec des mécanismes de retour d'information. La notion de la communauté vue comme un destinataire passif des services n'est plus valable : il s'agit d'agents actifs qui identifient et résolvent des lacunes, assument des responsabilités et garantissent une nutrition adéquate pour tous.

6. Responsabilité sociale des entreprises : la participation du secteur privé peut garantir la disponibilité de produits appropriés pour tous, notamment des aliments de haute qualité pour les aliments de base et la supplémentation alimentaire et des compléments alimentaires enrichis en micronutriments. C'est là une stratégie importante qui peut à la fois améliorer l'accès aux aliments de qualité et accroître la production locale. De par son accès aisé aux populations, le secteur privé a assurément un rôle à jouer pour faire évoluer les comportements vers un style de vie plus sain et une meilleure nutrition. Ainsi, la responsabilité sociale des entreprises peut améliorer la nutrition infantile et maternelle. Il est donc capital que les entreprises respectent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et toutes les normes applicables.

7. Ressources : les programmes de nutrition manquent souvent gravement de ressources, en dépit de leur efficacité avérée. Le Consensus de Copenhague de 2008, par exemple, a classé les interventions de nutrition au rang des actions les plus efficaces et les plus économiques pour résoudre quelques-uns des problèmes mondiaux les plus pressants. D'après ce Consensus, un investissement mondial de 60 millions de dollars É.-U. par an pour la supplémentation en vitamine A et en zinc rapporterait 1 milliard de dollars en avantages⁴⁴. Le programme « Un bon départ dans la vie » au Pérou a documenté une importante réduction des retards de croissance, pour un coût annuel d'environ 117 dollars par enfant⁴⁵. D'après les estimations, l'initiative REACH a besoin d'environ 36 dollars par enfant et par an pour mettre en œuvre un programme intégré à base d'interventions efficaces et peu coûteuses⁴⁶. Quoique le coût des programmes varie grandement d'un pays à l'autre, en fonction des conditions locales, ces chiffres donnent une bonne indication des ressources requises.

Élimination de la faim et de la sous-nutrition chez les enfants en Mauritanie : le partenariat REACH

Dans le cadre de l'initiative REACH visant à éliminer la faim chez les enfants, la Mauritanie, aux côtés de la République démocratique populaire lao, a accueilli un projet pilote lancé en juin 2008. REACH (*Renewed Efforts Against Childhood Hunger and Undernutrition*, Efforts renouvelés contre la faim et la sous-nutrition chez les enfants) est dirigée par un partenariat entre des gouvernements, des organisations non gouvernementales et de la société civile et les Nations Unies et a pour but de renforcer l'efficacité et la coordination des travaux visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants. L'ambition est de réaliser la troisième cible de l'OMD 1 (réduire de moitié le taux d'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans d'ici 2015) et de réduire fortement la faim et la sous-nutrition chez les enfants en l'espace d'une génération.

En Mauritanie, un groupe de travail gouvernemental et les personnels de l'ONU et d'ONG internationales, aidés d'un facilitateur, ont ainsi mis au point un plan d'action détaillé pour la nutrition. Les résultats se sont d'ores et déjà révélés positifs. La distribution coordonnée de vitamine A et de mébendazole (antiparasitaire) au sud, par exemple, a réduit le gaspillage des ressources et les redondances. Un autre résultat positif a été le lancement d'un système amélioré d'orientation et de contrôle en ce qui concerne l'alimentation thérapeutique et de complément.

L'impact direct sur l'état nutritionnel transparaît dans les améliorations révélées par des indicateurs spécifiques. L'examen préliminaire des données collectées en 2008 indique en effet une amélioration substantielle de la consommation de sel dûment iodé dans les foyers et des taux d'allaitement maternel exclusif entre 2007 et 2008. Tout laisse présager que les efforts programmés dans le cadre de l'initiative REACH vont conduire en dernier lieu à une amélioration durable de la croissance, de la survie et du développement des enfants de Mauritanie.

Les travaux menés en Mauritanie ont également abouti à la création d'un groupe de travail régional africain sur la nutrition, mis sur pied afin de porter assistance aux équipes nationales et de rationaliser l'approche REACH. Ce groupe de travail assiste les facilitateurs dans les différents pays, leur fournit des outils, leur prodigue des conseils, organise des ateliers de formation à leur intention et promeut la mobilisation, la recherche et le renforcement des capacités en collaboration avec divers organes régionaux, comme la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest.

Sources : UNICEF, *Report on implementation of the Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative*, E/ICEF/2008/11, Session annuelle 2008 du Conseil d'administration (19 mai 2008) et *Enquête rapide nationale sur la nutrition et survie de l'enfant en Mauritanie*, Gouvernement de Mauritanie, Ministère de la santé et UNICEF, Nouakchott, décembre 2008.

8. PERSPECTIVES D'AVENIR

L'ampleur de la sous-nutrition dans le monde et ses conséquences sont assurément bien documentées. De nombreux éléments sont aussi là pour démontrer l'efficacité des interventions de prévention de la sous-nutrition et délimiter le créneau critique à leur mise en œuvre – pendant la grossesse de la mère et avant que l'enfant n'atteigne 2 ans.

Il est urgent que ces interventions efficaces soient déployées à pleine échelle. La réussite avérée de programmes dans plusieurs pays – iodation du sel, supplémentation en vitamine A, allaitement maternel exclusif et traitement communautaire de la malnutrition aiguë sévère – prouve que ces résultats peuvent être rapidement et durablement obtenus et, à cet effet, l'expérience acquise grâce à ces programmes peut servir de guide. Les programmes efficaces de santé et d'assainissement de l'eau visant à prévenir et à traiter les maladies infectieuses doivent aller de pair avec la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions pour la nutrition.

Afin d'étayer les progrès réalisés, les causes sous-jacentes de la sous-nutrition, comme les normes sociales et les inégalités entre sexes, doivent être traitées. Une amélioration de la condition féminine – notamment en termes d'accès à l'éducation et aux soins de santé, de pouvoir décisionnel accru et d'égalité des sexes – aura des répercussions importantes et durables sur la nutrition des enfants. La pauvreté, les crises chroniques et aiguës et le manque d'accès aux ressources sont souvent sources d'insécurité alimentaire et nutritionnelle et, dans ces situations, il apparaît primordial de développer les systèmes de protection sociale, ainsi que les programmes visant à améliorer la production alimentaire et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages.

Une dynamique mondiale est nécessaire pour promouvoir et homogénéiser la mobilisation des gouvernements, des organisations et des institutions. Les pays doivent démontrer une mobilisation et des ressources renforcées, conjointement à une collaboration accrue et à une coordination efficace au niveau international, avec appropriation nationale et mobilisation des dirigeants.

Au nom de la survie, de la croissance et du développement de millions d'enfants et du développement global des pays, on ne peut se permettre de négliger un problème d'une telle ampleur.

RÉFÉRENCES

- ¹ Pelletier, David L. *et al.*, *Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality*, *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 8, août 1993, pp. 1130-1133; Habicht, Jean-Pierre, *Malnutrition Kills Directly, Not Indirectly*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9626, 24-30 mai 2008, pp. 1749-1750.
- ² Black, Robert E. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9608, 19 janvier 2008, pp. 243-260. À noter, de précédentes estimations attribuent plus de 50 % de décès causés par la sous-nutrition à la tranche d'âges de 6-59 mois, alors que les dernières estimations s'étendent à tous les enfants âgés de moins de 5 ans.
- ³ Black, Robert E. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9608, 19 janvier 2008, pp. 243-260.
- ⁴ *Ibid.*
- ⁵ Pelletier, David L. *et al.*, *Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality*, *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 8, août 1993, pp. 1130-1133; Habicht, Jean-Pierre, *Malnutrition Kills Directly, Not Indirectly*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9626, 24-30 mai 2008, pp. 1749-1750.
- ⁶ Black, Robert E. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9608, 19 janvier 2008, pp. 243-260.
- ⁷ Jones, Gareth *et al.*, *How many child deaths can we prevent this year?* *The Lancet*, vol. 362, n° 9377, 5 juillet 2003, pp. 65-71.
- ⁸ Équipe d'étude collaborative de l'OMS sur le rôle de l'allaitement maternel et la prévention de la mortalité infantile, *Effect of Breastfeeding on Infant and Child Mortality Due to Infectious Diseases in Less Developed Countries: A pooled Analysis*, *The Lancet*, vol. 355, n° 9202, 2002, pp. 451-455.
- ⁹ Beaton, G. H. *et al.*, *Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries*, *Nutrition Policy Discussion Paper*, n° 13, Commission permanente du Système des Nations Unies, Genève, 1993, pp. 4-6.
- ¹⁰ Initiative Micronutriments, *Investing in the Future: A united call to action on vitamin and mineral deficiencies – Global report 2009*, Initiative Micronutriments, Ottawa, 2009, pp. 5-6.
- ¹¹ Shrimpton, Roger *et al.*, *Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for nutritional interventions*, *Pediatrics*, vol. 107, n° 5, mai 2001, pp. 5-6.
- ¹² Victora, Cesar G. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Consequences for adult health and human capital*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9609, 26 janvier 2008, pp. 340-357.
- ¹³ Bleichrodt, N. et M. Born, *A Meta-analysis of Research into Iodine and Its Relationship to Cognitive Development*, dans *The Damaged Brain of Iodine Deficiency*, édité par John B. Stanbury, Cognizant Communication Corporation, New York, 1994, pp. 195-200.
- ¹⁴ Lozoff, Betsy, Elias Jimenez et Julia B. Smith, *Double Burden of Iron Deficiency and Low Socio-Economic Status: A longitudinal analysis of cognitive test scores to 19 years*, *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, vol. 160, n° 11, novembre 2006, pp. 1108-1113.
- ¹⁵ Black, Robert E. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9608, 19 janvier 2008, pp. 243-260.
- ¹⁶ Hunt, Joseph M., *Reversing Productivity Losses from Iron Deficiency: The economic case*, *Journal of Nutrition*, vol. 132, 4 suppl., avril 2002, pp. 794S-801S.
- ¹⁷ Victora, Cesar G. *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition: Consequences for adult health and human capital*, *The Lancet*, vol. 371, n° 9609, 26 janvier 2008, pp. 340-357.
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ *Ibid.*
- ²⁰ Hoddinott, John *et al.*, *Effect of a Nutrition Intervention during Early Childhood on Economic Productivity in Guatemalan Adults*, *The Lancet*, vol. 371, 2 février 2008, pp. 411-416.
- ²¹ République du Honduras et ORC Macro, *National Demographic and Health Survey, 2005-06*, Macro International, Calverton, MD, décembre 2006.
- ²² Organisation mondiale de la Santé, *Global Prevalence of Vitamin A Deficiency in Populations at Risk 1995-2005: Base de données mondiales de l'OMS sur les carences en vitamine A*, OMS, Genève, 2009, pp. 10-11.
- ²³ Benoist, Bruno de *et al.*, *eds.*, *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*, Organisation mondiale de la Santé et Centers for Disease Control and Prevention, Genève et Atlanta, GA, 2008, p. 8.
- ²⁴ Benoist, Bruno de *et al.*, *Iodine Deficiency in 2007: Global progress since 2003*, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 29, n° 3, 2008, pp. 195-202.
- ²⁵ Edmond, Karen *et al.*, *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, *Pediatrics*, vol. 117, n° 3, 1 mars 2006, pp. e380-e386; Mullany, Luke C., *et al.*, *Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk Among Newborns in Southern Nepal*, *Journal of Nutrition*, vol. 138, mars 2008, pp. 599-603.
- ²⁶ Huffman, Sandra L. *et al.*, *Can Improvements in Breast-feeding Practices Reduce Neonatal Mortality in Developing Countries?*, *Midwifery*, vol. 17, n° 2, juin 2001, pp. 84-86.
- ²⁷ Ramakrishnan, Usha *et al.*, *Effects of Micronutrients on Growth of Children under 5 Years of Age: Meta-analyses of single and multiple nutrient interventions*, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 89, n° 1, janvier 2009, pp. 191-203.
- ²⁸ Analyse UNICEF de données sur 109 distributions de vitamine A dans 55 pays en 2008 (base de données interne, 2008).
- ²⁹ Flour Fortification Initiative, *Map of Global Progress: Fortification status – March 2009*, FFI, Atlanta, GA, <www.sph.emory.edu/wheatflour/globalmap.php>, dernière consultation : 25 septembre 2009.
- ³⁰ Dewey, Kathryn G. *et al.*, *Systematic Review and Meta-Analysis of Home Fortification of Complementary Foods*, *Maternal and Child Nutrition*, 2009, vol. 5, n° 4, pp. 283-321.
- ³¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Workshop Report on Scaling Up the Use of Multiple Micronutrient Powders to Improve the Quality of Complementary Foods for Young Children in Asia*, UNICEF, 2009, p. 2.
- ³² Haddad, Lawrence *et al.*, *Reducing Child Undernutrition: How far does income growth take us?*, *FCND Discussion Paper*, n° 137, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., août 2002, p. 24.
- ³³ Hunt, Joseph M., *The Potential Impact of Reducing Global Malnutrition on Poverty Reduction and Economic Development*, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 14, supplément CD, pp. 10-38.
- ³⁴ Jolly, Richard, *Nutrition*, « Notre Planète », Programme des Nations Unies pour l'environnement, 1996, <www.ourplanet.com/imgversn/122/jolly.html>, dernière consultation : 25 septembre 2009.
- ³⁵ Analyse UNICEF de données d'Enquêtes sanitaires et démographiques issues de l'État plurinational de Bolivie (2003) et du Pérou (2004-2006).
- ³⁶ Dancer, Diane, Anu Rammohan et Murray D. Smith, *Infant Mortality and Child Nutrition in Bangladesh*, *Health Economics*, vol. 17, n° 9, septembre 2008, pp. 1015-1035.
- ³⁷ Wamani, Henry *et al.*, *Boys Are More Stunted than Girls in Sub-Saharan Africa: A meta-analysis of 16 demographic and health surveys*, *BMC Pediatrics*, vol. 7, n° 17, 10 avril 2007.

³⁸ Cleland, John G. et Jeroen K. van Ginneken, *Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: The search for pathways of influence*, *Social Science and Medicine*, vol. 27, n° 12, 1988, pp. 1357-1368.

³⁹ Liaqat, Perveen et al., *Association between Complementary Feeding Practice and Mothers Education Status in Islamabad*, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol. 20, n° 4, 17 juillet 2007, pp. 340-344.

⁴⁰ Shroff, M. et al., *Maternal Autonomy is Inversely Related to Child Stunting in Andhra Pradesh, India*, *Maternal and Child Nutrition*, vol. 5, n° 1, 1^{er} janvier 2009, pp. 64-74.

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Academy for Educational Development et United States Agency for Development, *Learning from Large-Scale Community Based Programmes to Improve Breastfeeding Practices: Report of ten-country case study*, OMS, Genève, 2008, pp. 7-8, 10-12, 21.

⁴² Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Rapport annuel de la Directrice générale : progrès et avancement du plan stratégique à moyen terme*, Conseil d'administration, Session annuelle 2009, 8-10 juin 2009, E/ICEF/2009/9*, p. 6.

⁴³ UNICEF, *A Supply Chain Analysis of Ready-to-use Therapeutic Foods for the Horn of Africa: The Nutrition Articulation Project. A Study*, mai 2009, pp. i et 12.

⁴⁴ Horton, Sue, Harold Alderman et Juan A. Rivera, *Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper: Hunger and malnutrition*, Copenhagen Consensus Center, Frederiksberg, Danemark, mai 2008, p. 32.

⁴⁵ Lechtig, A. et al., *Decreasing stunting, anemia, and vitamin A deficiency in Peru: Results of The Good Start in Life Program*, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 30, n° 1, mars 2009, p. 37.

⁴⁶ Boston Consulting Group, *REACH: Successful practice compilation and country pilots, High-level cost estimates for REACH-promoted interventions* (présentation), août 2008.

Remarques sur les cartes

Concernant les cartes présentées à la page 5 (« 195 millions d'enfants présentent un retard de croissance dans le monde en développement »), à la page 18 (« Prévalence de l'insuffisance pondérale dans le monde ») et à la page 21 (« Prévalence de l'émaciation »), les estimations sont calculées d'après les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, à l'exception des cas dont les seules données disponibles proviennent de la précédente population de référence NCHS-OMS. Les estimations pour 96 pays procèdent d'enquêtes conduites en 2003 ou ultérieurement.

Concernant la carte présentée à la page 19 (« 63 pays sont en passe de réaliser l'OMD 1 »), les estimations sont calculées d'après la population de référence NCHS-OMS.

Concernant la carte présentée à la page 24 (« Taux d'allaitement maternel exclusif »), les estimations pour 108 pays procèdent d'enquêtes conduites en 2003 ou ultérieurement.

Pour tout complément d'information sur les pays dont les estimations sont calculées d'après la population de référence NCHS-OMS ou sur les pays dont les enquêtes datent d'avant 2003, veuillez vous référer aux remarques sur les données figurant à la page 119.



PANORAMA DE LA NUTRITION :

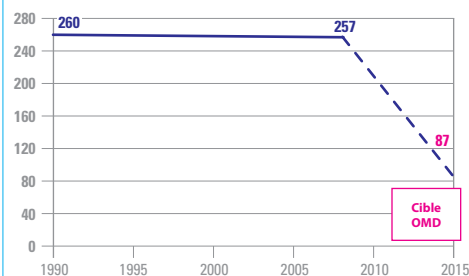
**Les 24 pays où le
retard de croissance
des enfants est
le plus important**

AFGHANISTAN

DÉMOGRAPHIE

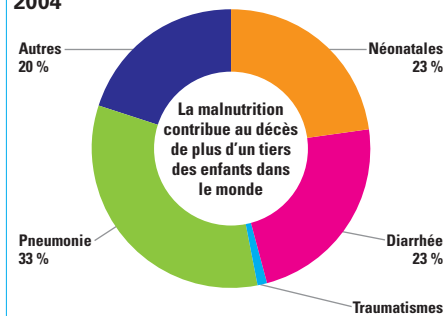
Nombre total d'habitants (000)	27 208	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	4 907	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 269	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	257	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	311	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	165	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	60	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	-	-

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

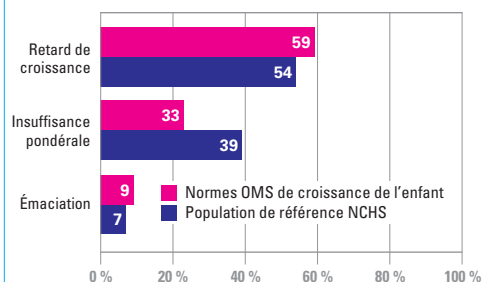
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	2 910	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 614
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	1,5	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	422
Rang du pays pour le retard de croissance :	11	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	172

État nutritionnel actuel

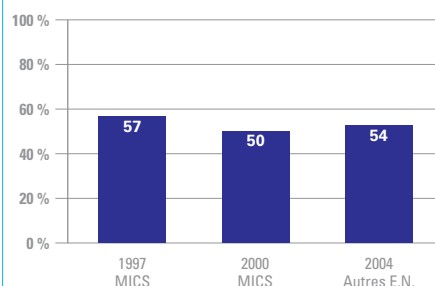
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres Enquêtes nationales (E.N.) 2004

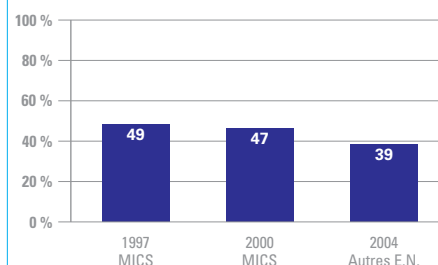
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



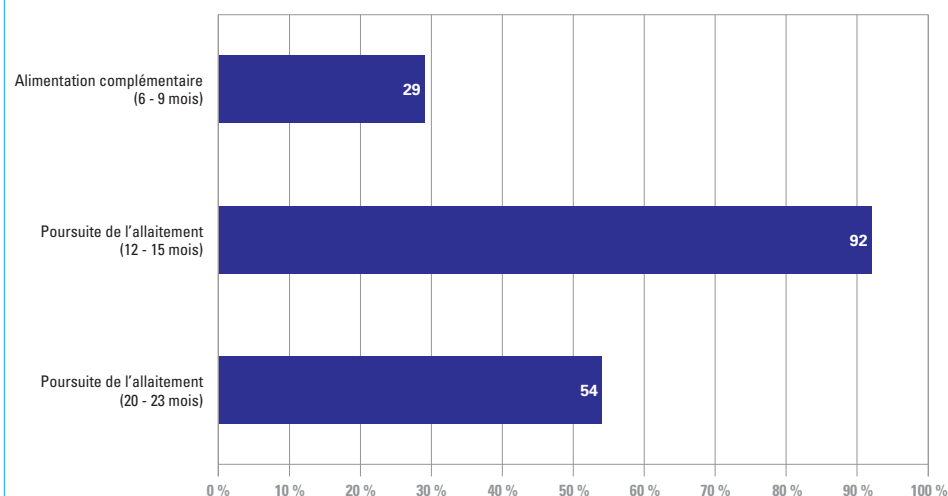
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
En bonne voie vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : MICS 2003

Absence des données qui permettraient de produire un graphique en aires sur les pratiques d'alimentation du nourrisson

Allaitement exclusif au sein

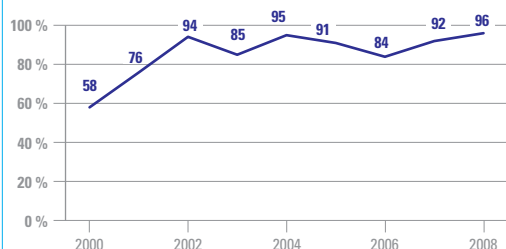
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein

Pas de données

MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

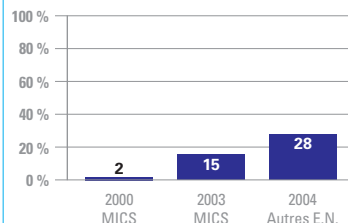


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

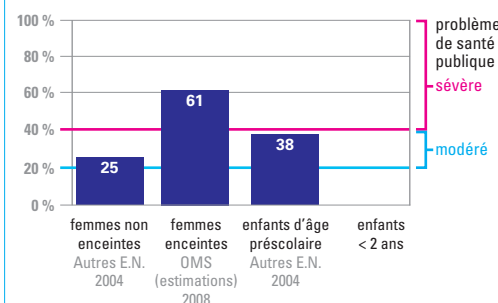
913 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
28 %	-	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	29 %
			Poursuite de l'allaitement à deux ans	54 %
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	96 %
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Oui
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	En partie
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Oui

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

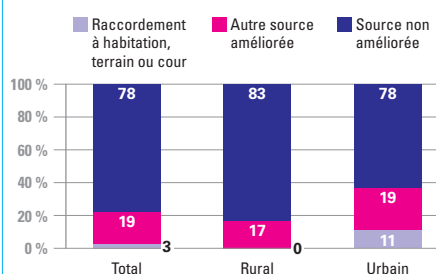
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	1 800	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	1 600	(1999-2002)
Nombre total de décès maternels	26 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	8	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	25	(2004)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	16	(2003)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	-	-
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	14	(2003)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	-	-
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	46, 74	(2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,62	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

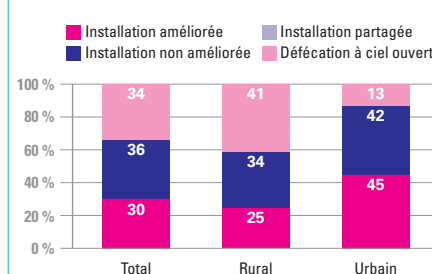
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 23 % Pneumonie : 33 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	60	59	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2004
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	33	33	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2004
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	8	9	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2004
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

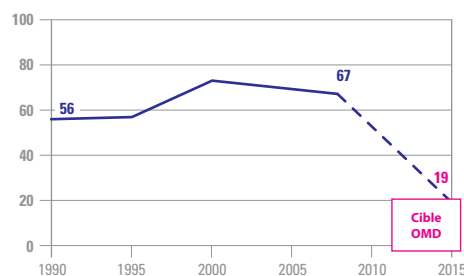
AFRIQUE DU SUD

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	49 668	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	5 200	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 091	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	67	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	73	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	48	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	17	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	18,1	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	26	(2000)

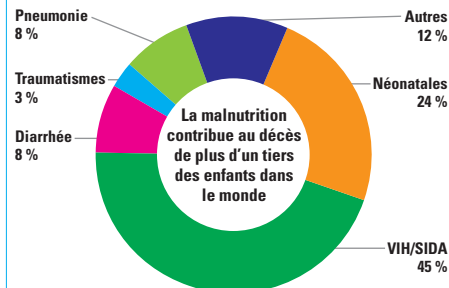
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

1 425

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

598

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

0,7

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

270

Rang du pays pour le retard de croissance :

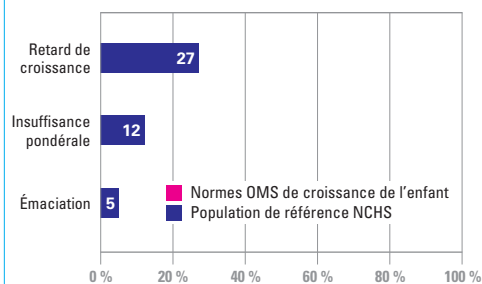
24

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

94

État nutritionnel actuel

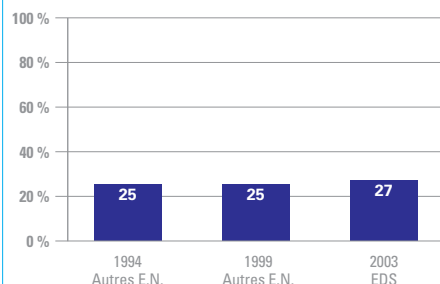
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2003

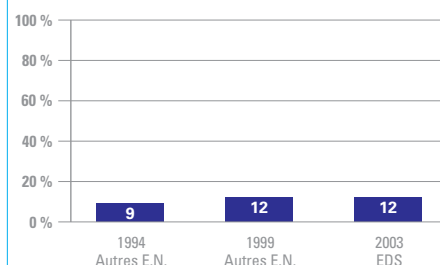
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



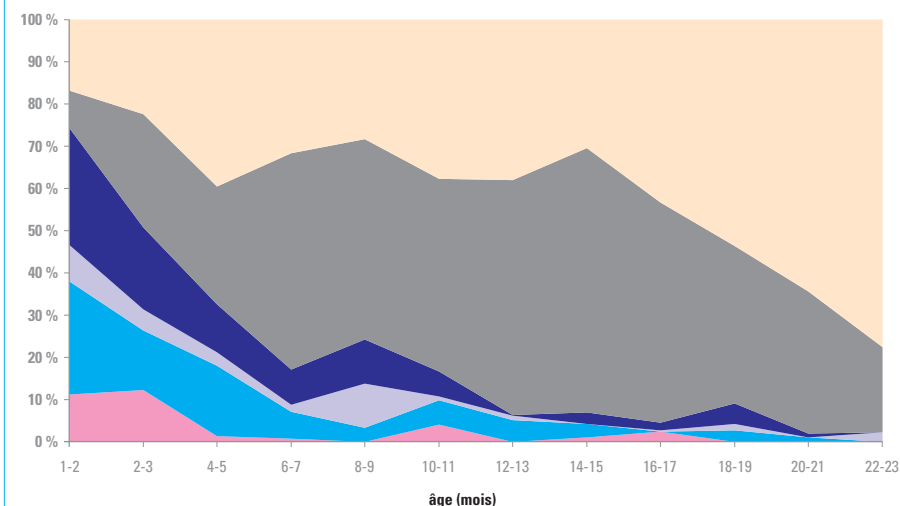
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Pas de progrès vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

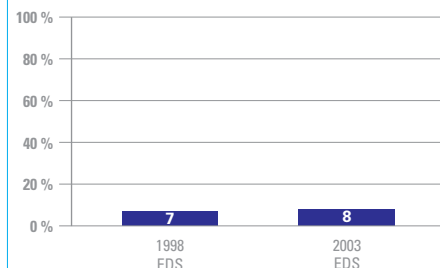
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2003

Allaitement exclusif au sein

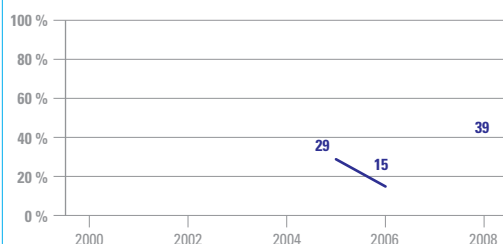
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

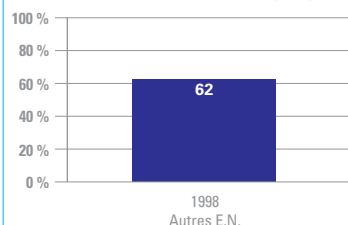
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

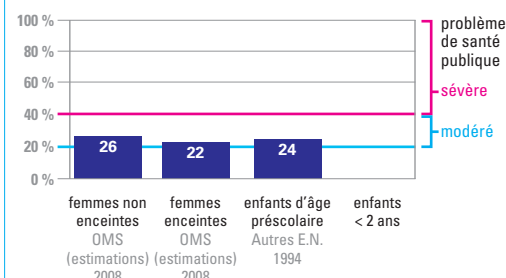
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
410 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique : 11 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance) : 61 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : En partie		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage : 62 %	Nourrissons pas pesés à la naissance : 32 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT : Non	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter) : 49 %	
		Allaitement exclusif au sein (<6 mois) : 8 %	Poursuite de l'allaitement à deux ans : 31 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A : 39 %	
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté : Non	
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée : Oui	
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté : Non	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

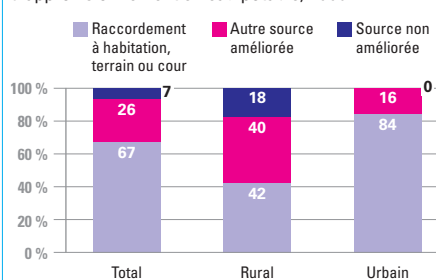
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	400	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	170	(2003)
Nombre total de décès maternels	4 300	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	110	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	7	(2003)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	26	(2008)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	92	(2003)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	56	(2003)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	91	(2003)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	15	(1998)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	86, 86	(2005)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1	(2005)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

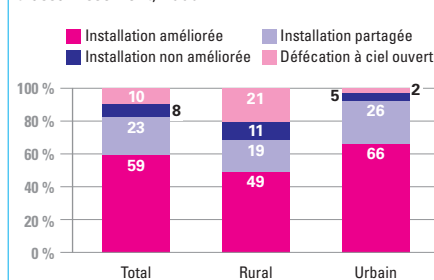
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 8 % Pneumonie : 8 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

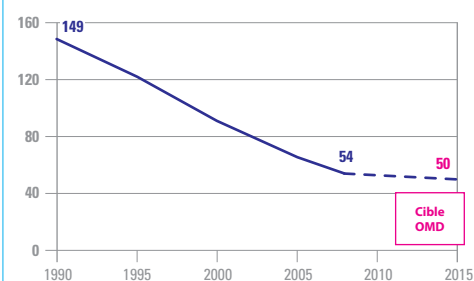
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	28	27	1,0	27	28	1,0	-	-	-	-	-	-	EDS 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	13	11	1,2	12	11	1,1	-	-	-	-	-	-	EDS 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	4	1,8	6	5	1,2	-	-	-	-	-	-	EDS 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	26	38	0,7	-	-	-	-	-	-	EDS 1998
Initiation précoce à l'allaitement (%)	62	61	1,0	61	62	1,0	-	-	-	-	-	-	EDS 2003
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	7	-	6	7	0,9	-	-	-	-	-	-	EDS 2003

BANGLADESH

DÉMOGRAPHIE

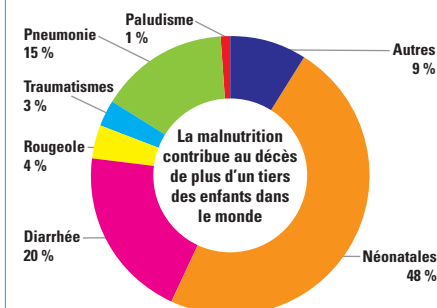
Nombre total d'habitants (000)	160 000	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	16 710	(2008)
Nombre total de naissances (000)	3 430	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	54	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	183	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	43	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	36	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	50	(2005)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

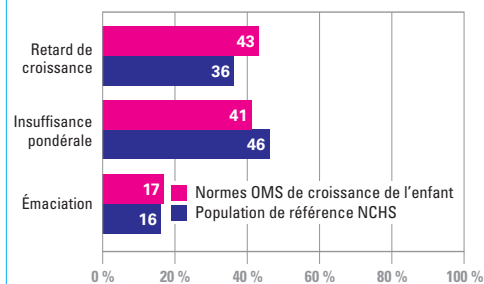
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	7 219	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	6 851
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	3,7	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	2 908
Rang du pays pour le retard de croissance :	6	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	485

État nutritionnel actuel

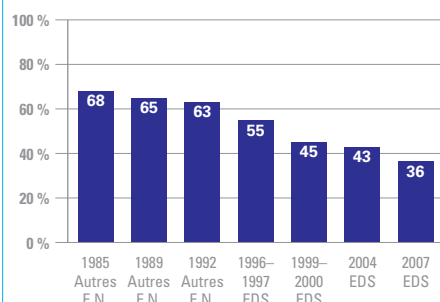
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2007

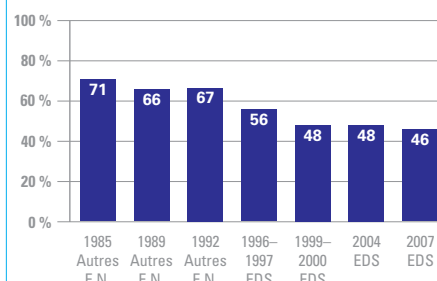
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



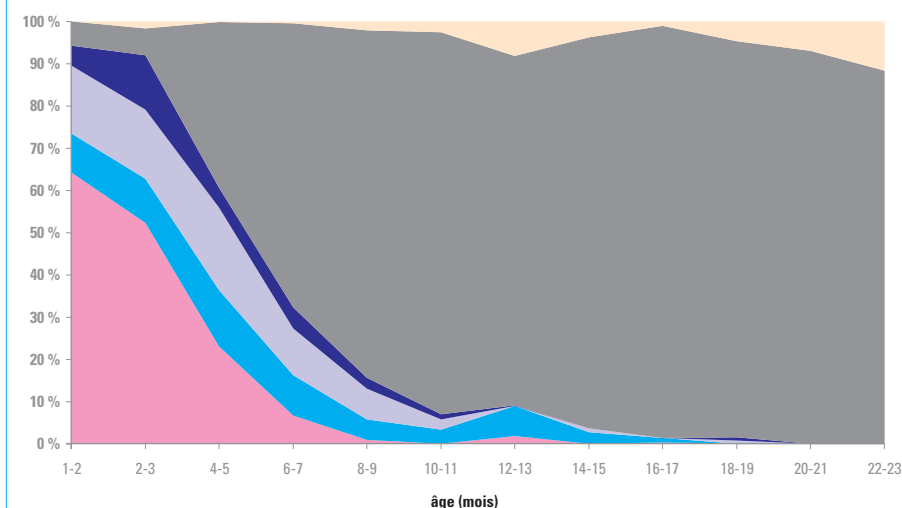
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

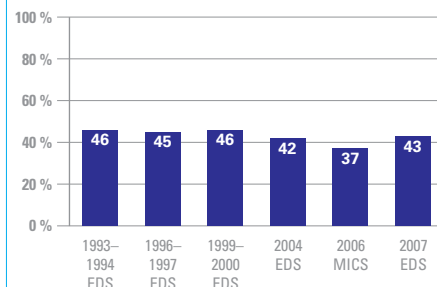
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2007

Allaitement exclusif au sein

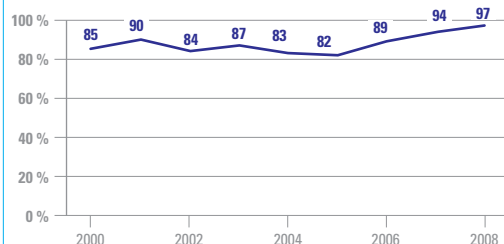
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

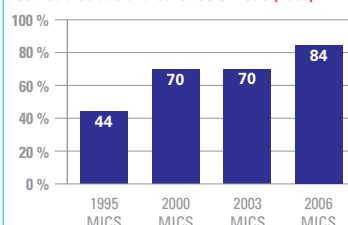


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

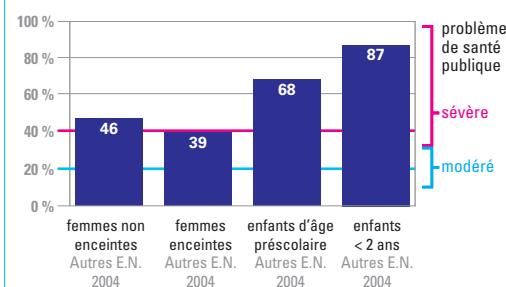
538 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
84 %	85 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	74 %
		43 %	Poursuite de l'allaitement à deux ans	91 %
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	97 %
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Non
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	En partie

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

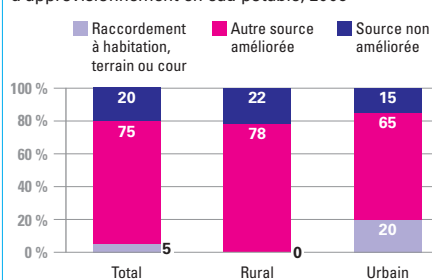
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	570	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	350	(2007)
Nombre total de décès maternels	21 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	51	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	30	(2007)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	46	(2004)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	51	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	21	(2007)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	18	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	22	(2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	84, 79	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,06	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

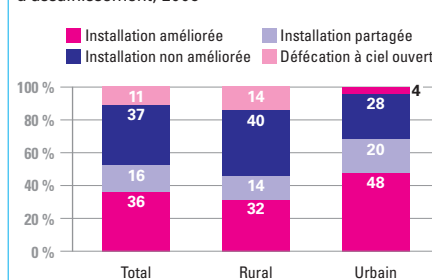
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

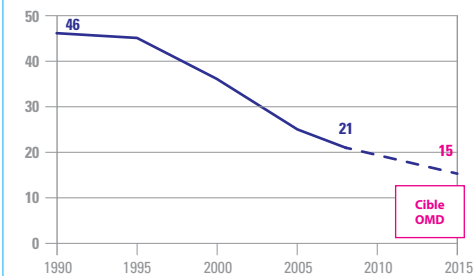
Diarrhée : 20 % Pneumonie : 15 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	44	43	1,0	36	45	0,8	54	51	42	39	26	0,5	EDS 2007
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	40	42	1,0	33	43	0,8	51	46	41	38	26	0,5	EDS 2007
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	18	17	1,1	14	18	0,8	21	18	17	18	13	0,6	EDS 2007
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	73	89	0,8	92	93	89	84	58	0,6	MICS 2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	44	42	1,0	41	43	1,0	43	43	43	44	40	0,9	EDS 2007
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	30	-	20	33	0,6	43	35	33	25	13	0,3	EDS 2007

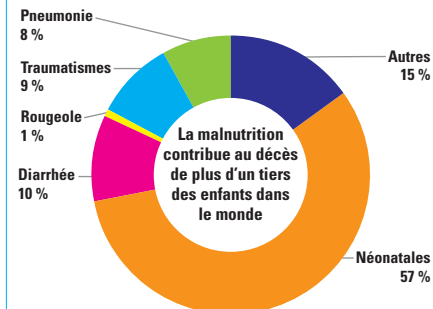
DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	1 337 411	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	86 881	(2008)
Nombre total de naissances (000)	18 134	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	21	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	365	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	18	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	18	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,1	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	16	(2005)

Taux de mortalité des moins de cinq ans
Décès pour 1000 naissances vivantes

Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

12 685

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

5 213

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

6,5

Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

-

Rang du pays pour le retard de croissance :

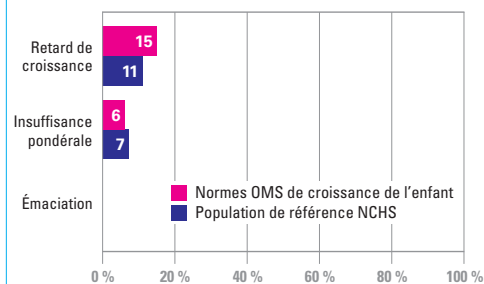
2

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

-

État nutritionnel actuel

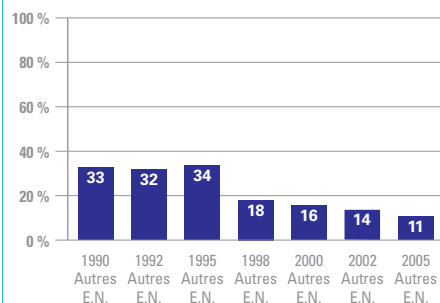
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



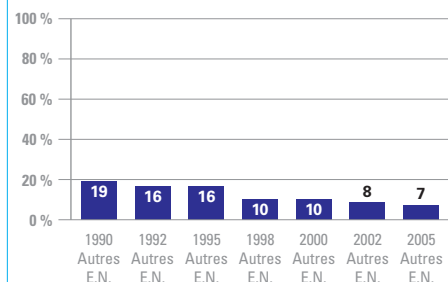
Source : autres Enquêtes nationales (E.N.) 2005

Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS

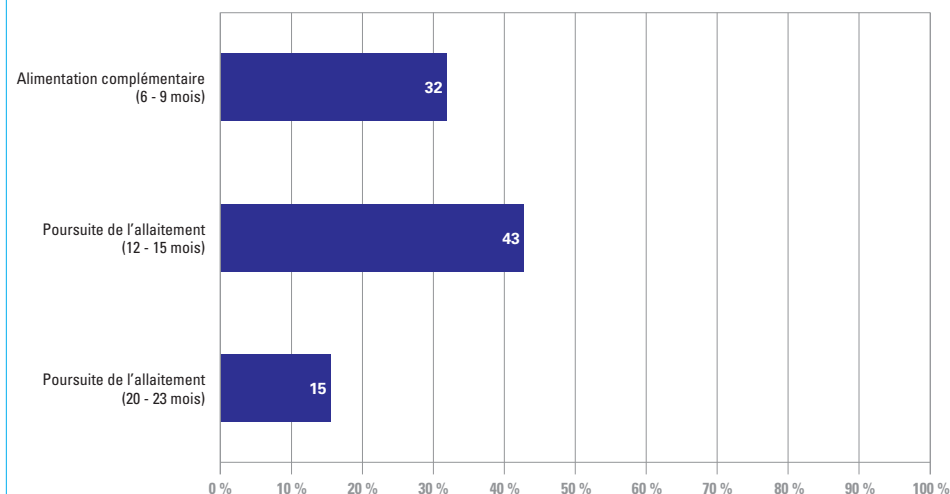


Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
En bonne voie vers l'OMD 1

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : autres E.N. 2003

Absence des données qui permettraient de produire un graphique en aires sur les pratiques d'alimentation du nourrisson

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein

Pas de données

MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

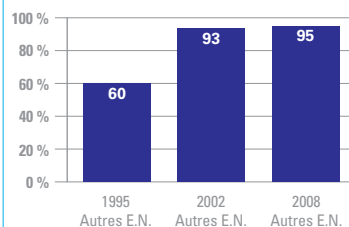
Programme sous-national

Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

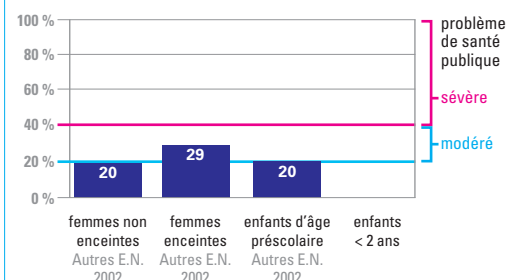
943 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
95 %	-	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	32 %
		-	Poursuite de l'allaitement à deux ans	15 %
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	P.S.*
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	N.A.*
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	En partie
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	En partie

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

*P.S. : programme sous-national
*N.A. : non applicable

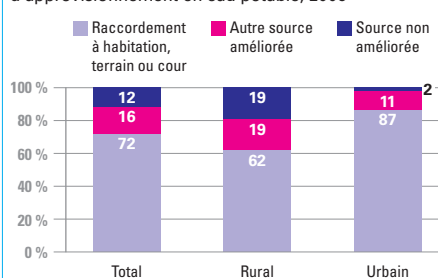
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	45	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	37	(2007)
Nombre total de décès maternels	7 800	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	1 300	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	20	(2002)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	91	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	-	-
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	98	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	4	(1999-2003)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	100, 100	(2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,00	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

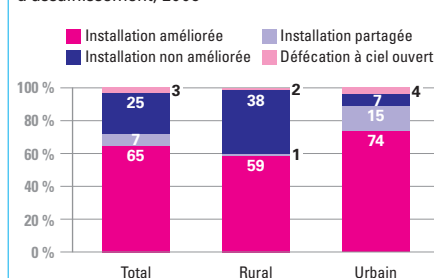
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 10 % Pneumonie : 8 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

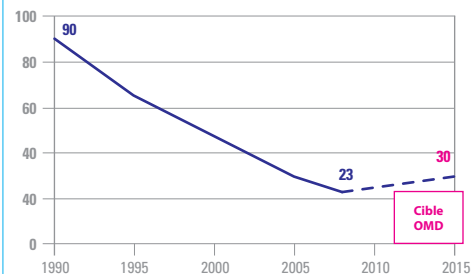
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	23	21	1,1	9	26	0,3	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2002
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	7	1,0	3	8	0,4	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2002
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	3	3	1,0	2	3	0,7	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2002
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	81 527	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	9 447	(2008)
Nombre total de naissances (000)	2 015	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	23	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	45	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	20	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	17	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	<2	(2004-2005)

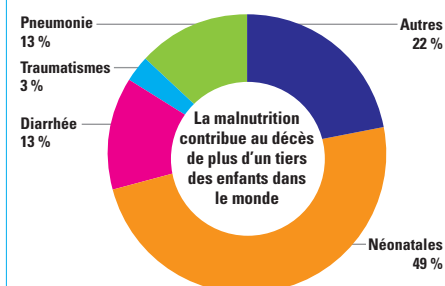
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

2 730

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

567

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

1,4

Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

680

Rang du pays pour le retard de croissance :

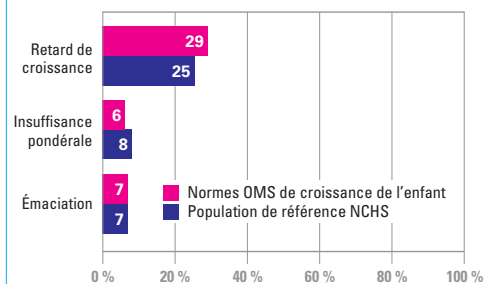
12

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

302

État nutritionnel actuel

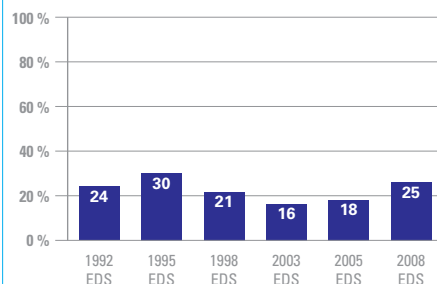
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2008

Retard de croissance - tendances

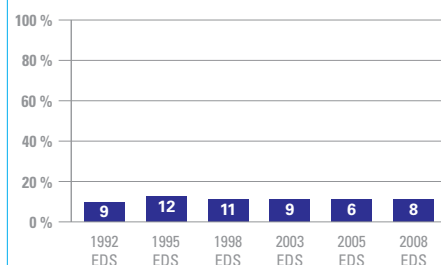
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

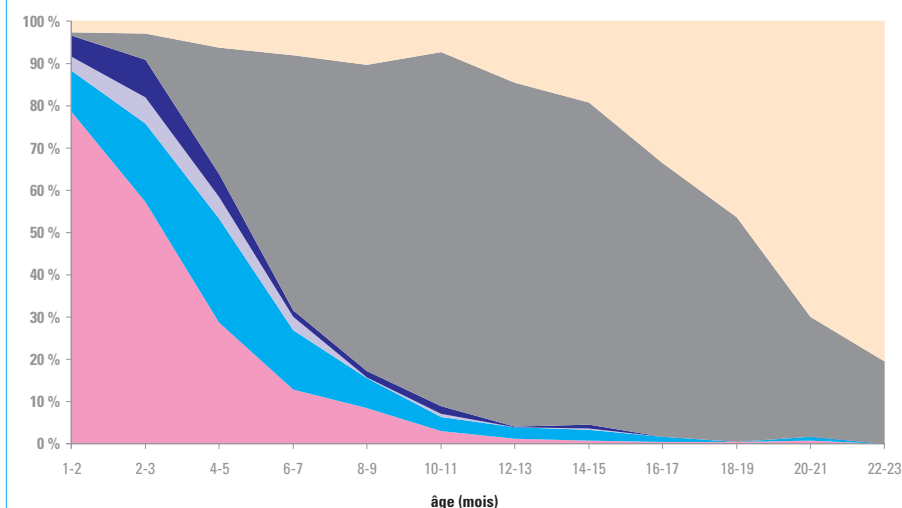
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS

Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

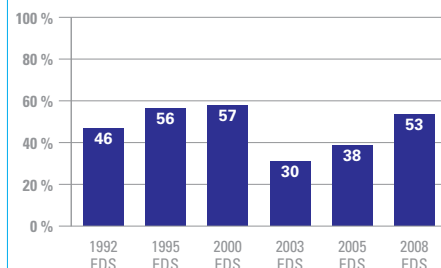
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2008

Allaitement exclusif au sein

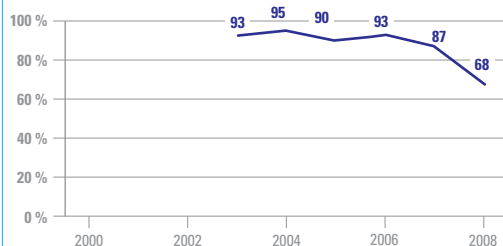
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

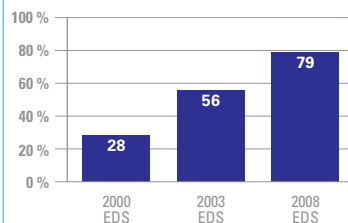


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

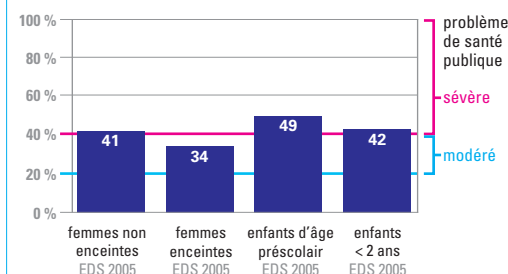
429 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	14 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	56 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	79 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	58 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	53 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		66 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		35 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		68 %	
						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		N.A.*	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques		Non	
						au niveau de la communauté			

*N.A. : non applicable

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

*N.A. : non applicable

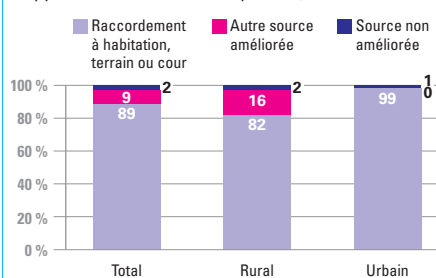
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	130	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	84	(2000)
Nombre total de décès maternels	2 400	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	230	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	2	(2008)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	41	(2005)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	74	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	66	(2008)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	79	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	13	(2008)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	94, 98	(2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,96	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

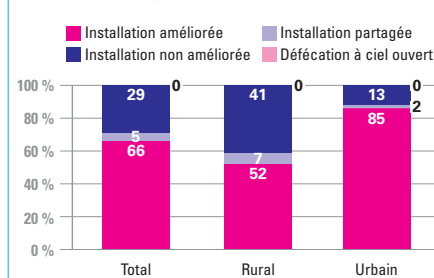
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 13 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

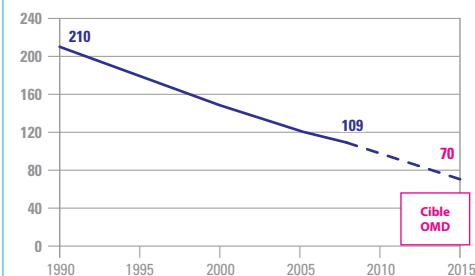
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/ plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	31	27	1,1	27	30	0,9	30	31	27	30	27	0,9	EDS 2008
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	5	1,4	6	6	1,0	8	6	6	5	5	0,6	EDS 2008
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	8	6	1,3	8	7	1,1	7	8	8	6	8	1,1	EDS 2008
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	44	68	0,6	74	71	61	50	33	0,4	EDS 2008
Initiation précoce à l'allaitement (%)	55	57	1,0	51	59	0,9	60	59	57	56	47	0,8	EDS 2008
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	2	-	1	2	0,5	3	1	1	1	1	0,3	EDS 2008

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	80 713 (2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	13 323 (2008)
Nombre total de naissances (000)	3 093 (2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	109 (2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	321 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	69 (2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	41 (2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	2.1 (2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	39 (2005)

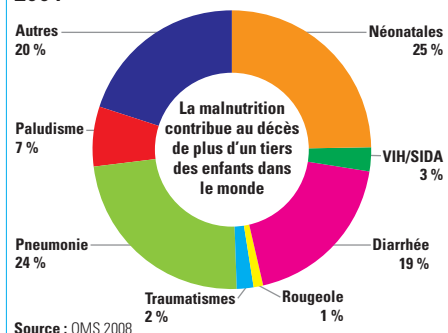
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

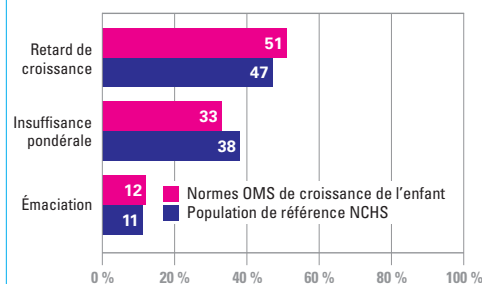
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	6 768	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	4 423
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	3,5	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	1 625
Rang du pays pour le retard de croissance :	7	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	573

État nutritionnel actuel

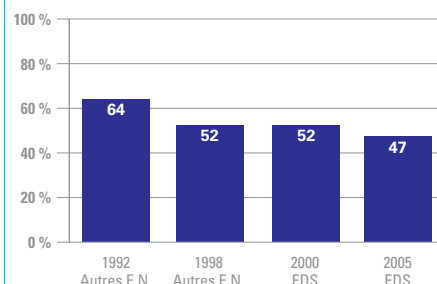
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2005

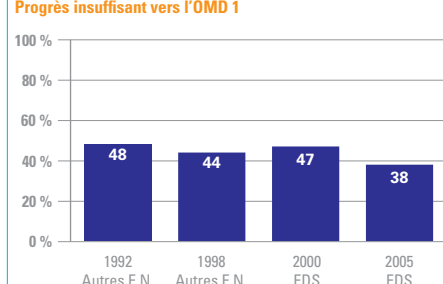
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

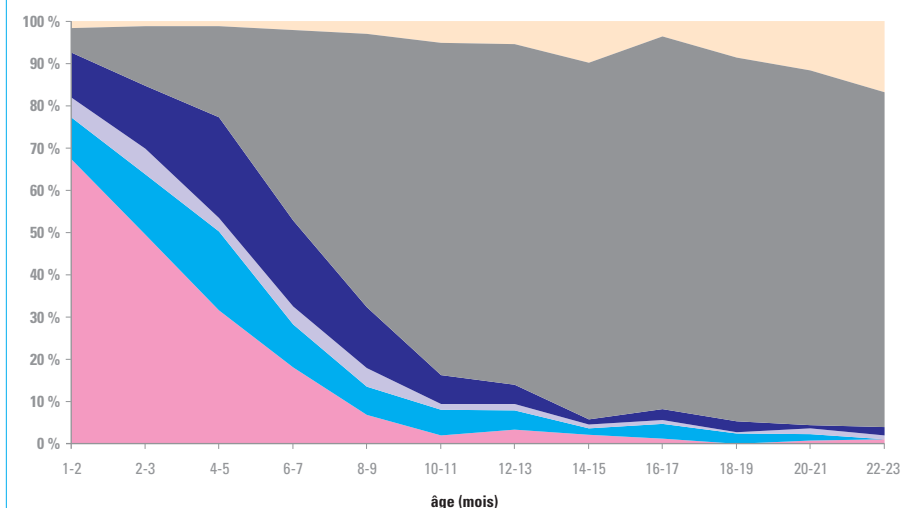
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS



Progrès insuffisant vers l'OMD 1

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge

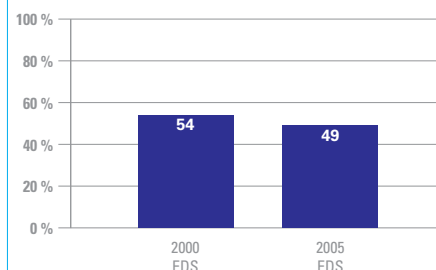


Source : EDS 2005

- Sevré (pas nourri au sein)
- Allaité au sein et aliments solides et semi-solides
- Allaité au sein et autres substituts de lait
- Allaité au sein et liquides qui ne sont pas du lait
- Allaité au sein et eau seulement
- Allaité exclusivement au sein

Allaitement exclusif au sein

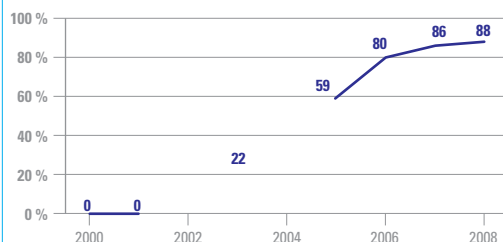
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

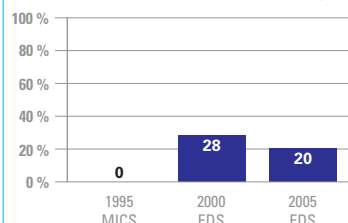
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

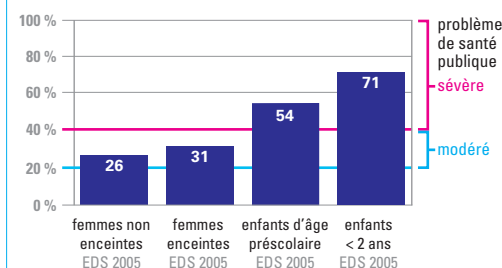
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
2 478 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	0 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	69 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	20 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	97 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	49 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		54 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		88 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		88 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Oui	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Non	

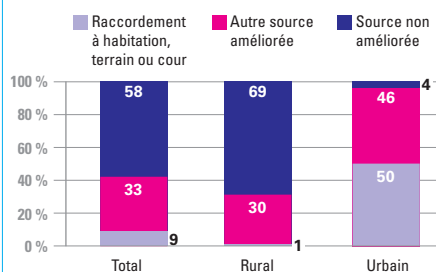
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	720	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	670	(1998-2004)
Nombre total de décès maternels	22 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	27	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	27	(2005)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	26	(2005)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	28	(2005)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	12	(2005)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	6	(2005)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	20	(2005)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	45, 45	(2005)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,00	(2005)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

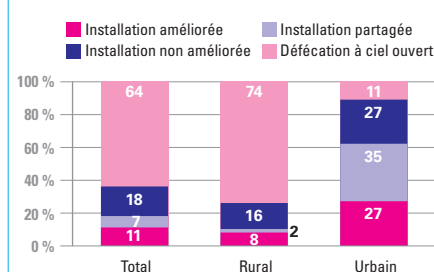
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 19 % Pneumonie : 24 %

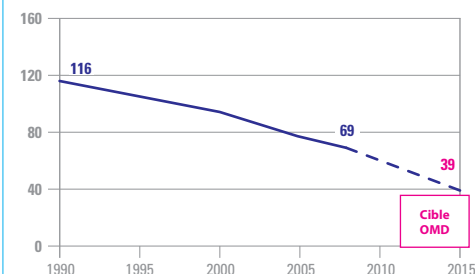
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	52	49	1,1	36	52	0,7	53	55	52	51	40	0,8	EDS 2005
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	34	32	1,1	17	35	0,5	36	39	33	30	25	0,7	EDS 2005
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	13	11	1,2	8	13	0,6	14	16	12	9	8	0,6	EDS 2005
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	68	70	1,0	65	70	0,9	72	70	70	67	66	0,9	EDS 2005
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	27	-	19	28	0,7	30	30	29	27	20	0,7	EDS 2005

DÉMOGRAPHIE

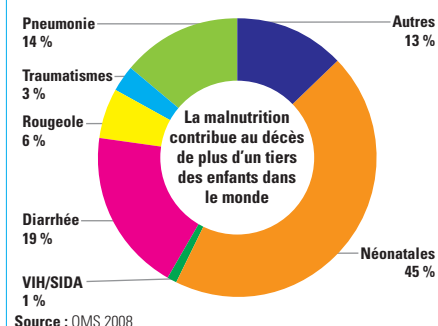
Nombre total d'habitants (000)	1 181 412	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	126 642	(2008)
Nombre total de naissances (000)	26 913	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	69	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	1 830	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	52	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	39	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,3	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	42	(2004-2005)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

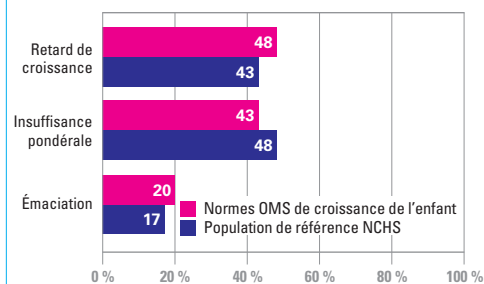
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	60 780	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	53 823
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	31,2	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	25 075
Rang du pays pour le retard de croissance :	1	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	8 105

État nutritionnel actuel

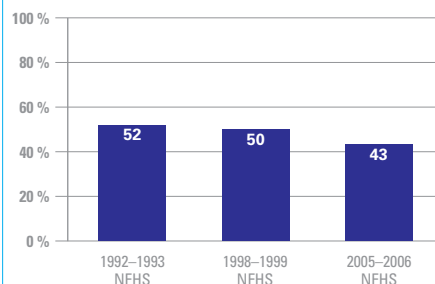
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : NFHS 2005-2006

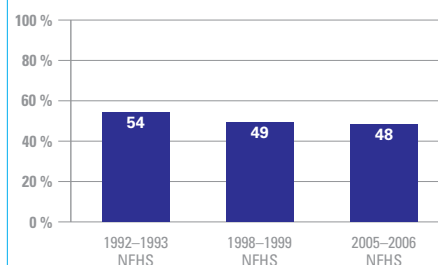
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



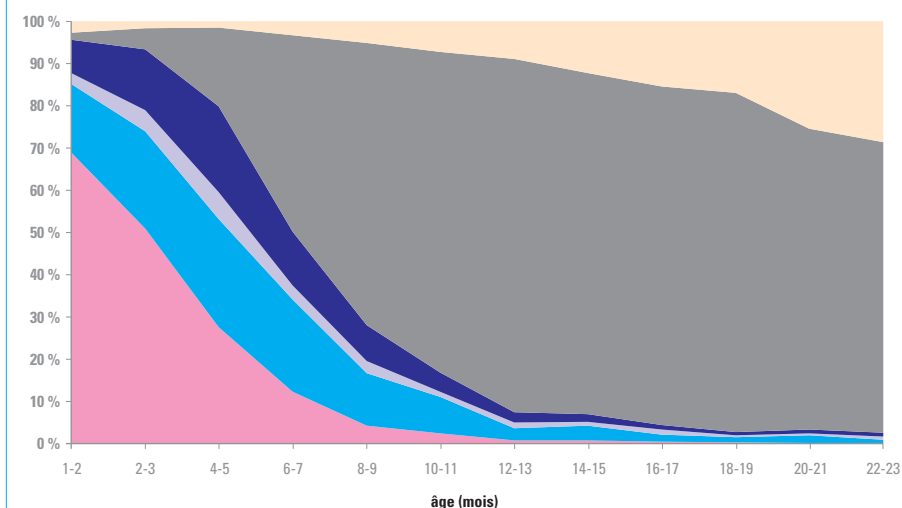
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

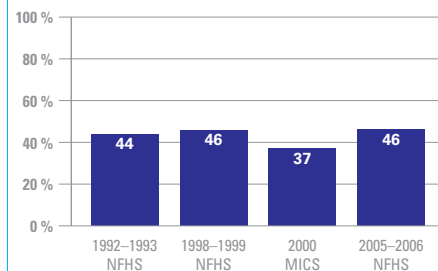
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : 2005-2006 NFHS

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

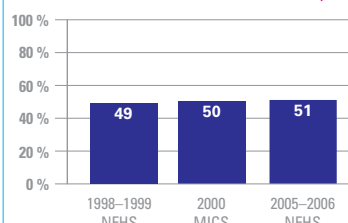
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

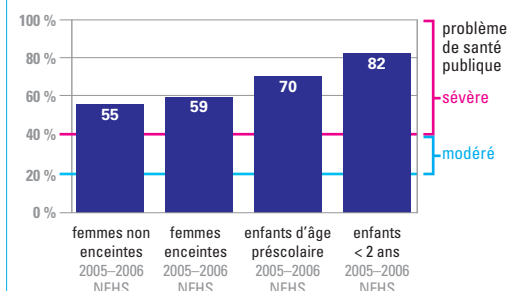
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
13 160 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 23 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance) 25 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage 51 %	Nourrissons pas pesés à la naissance 66 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement exclusif au sein (<6 mois) 46 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter) 57 %	
			Poursuite de l'allaitement à deux ans 77 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 53 %	
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté Non	
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée Oui	
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté Oui	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

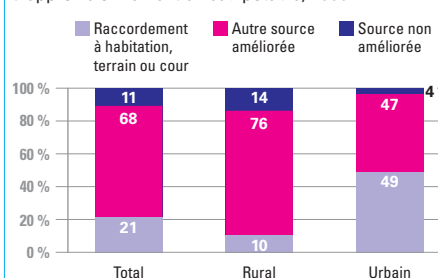
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	450 (2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	250 (2001-2003)
Nombre total de décès maternels	117 000 (2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	70 (2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	36 (2005-2006)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	55 (2005-2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	74 (2005-2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	37 (2005-2006)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	47 (2005-2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	28 (2005-2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	81,85 (2005-2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,95 (2005-2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

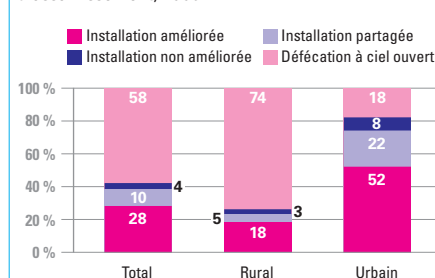
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 19 % Pneumonie : 14 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

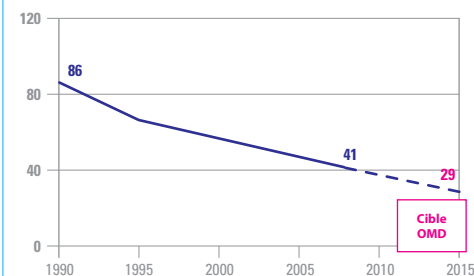
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	48	48	1,0	40	51	0,8	60	54	49	41	25	0,4	NFHS 2005-2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	42	43	1,0	33	46	0,7	57	49	41	34	20	0,4	NFHS 2005-2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	21	19	1,1	17	21	0,8	25	22	19	17	13	0,5	NFHS 2005-2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	40	75	0,5	89	80	66	49	24	0,3	NFHS 2005-2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	25	24	1,0	30	22	1,4	17	20	26	28	31	1,8	NFHS 2005-2006
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	36	-	25	41	0,6	52	46	38	29	18	0,3	NFHS 2005-2006

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	227 345	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	20 891	(2008)
Nombre total de naissances (000)	4 220	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	41	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	173	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	31	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	17	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,2	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	-	-

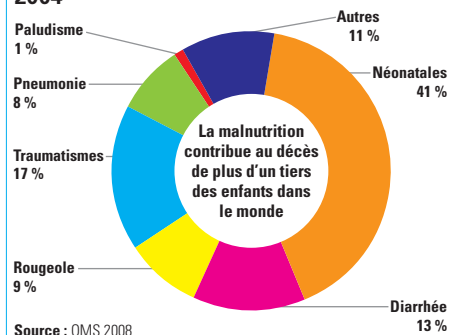
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

7 688

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

3 844

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

3,9

Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

2 841

Rang du pays pour le retard de croissance :

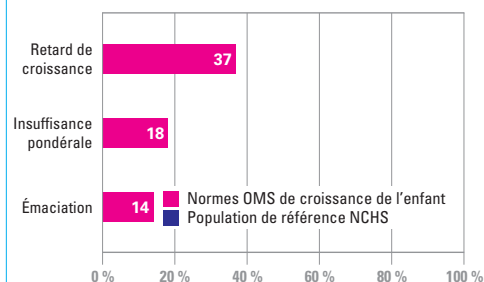
5

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

1 295

État nutritionnel actuel

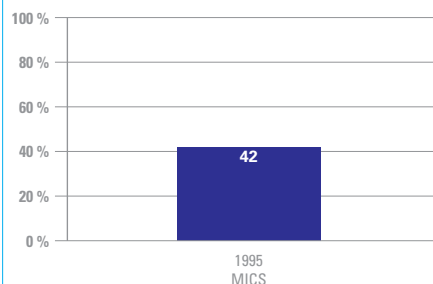
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2007

Retard de croissance - tendances

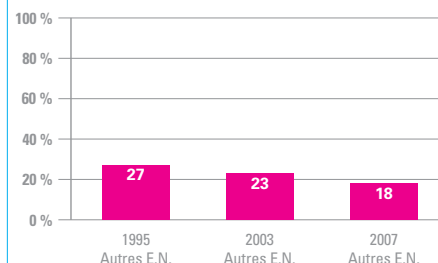
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

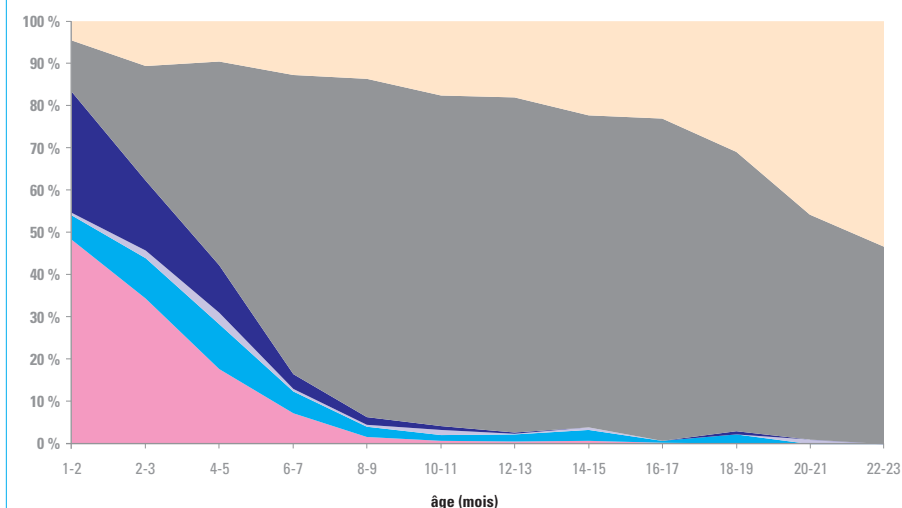
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS

En bonne voie vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

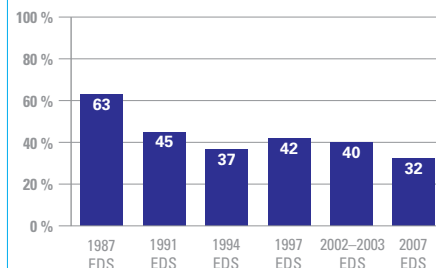
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2007

Allaitement exclusif au sein

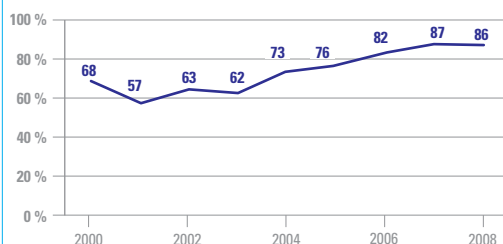
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

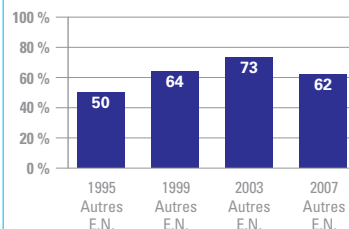


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

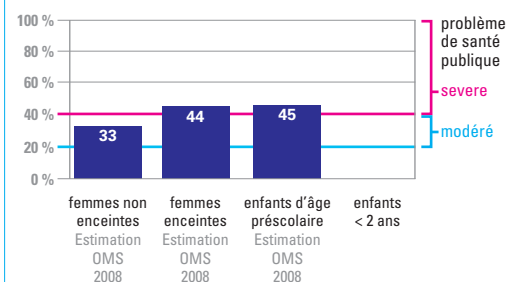
1 591 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	29 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	39 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	62 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	17 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	32 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		75 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		50 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		86 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Non	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Non	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

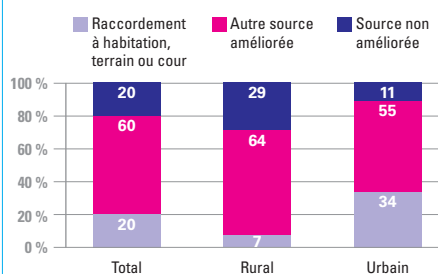
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	420	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	230	(2007)
Nombre total de décès maternels	19 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	97	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	33	(2008)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	93	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	82	(2007)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	79	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	9	(2007)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	84 86	(2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,98	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

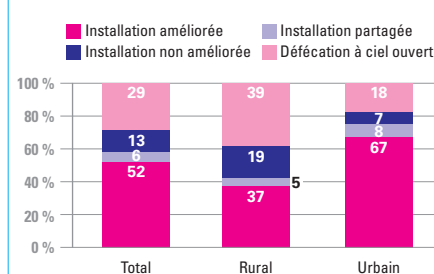
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 8 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

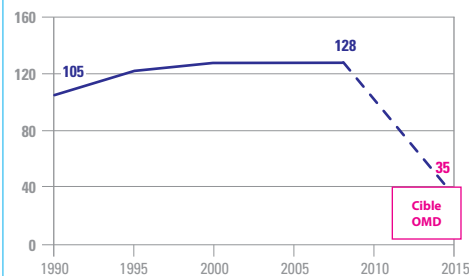
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	26	21	1,2	21	25	0,8	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	5	27	0,2	44	20	9	4	1	0,0	EDS 2007
Initiation précoce à l'allaitement (%)	38	40	1,0	39	40	1,0	48	42	38	35	25	0,5	Autres E.N. 2007
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	38 765	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	6 540	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 506	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	128	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	189	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	81	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	34	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	20	(2005-2006)

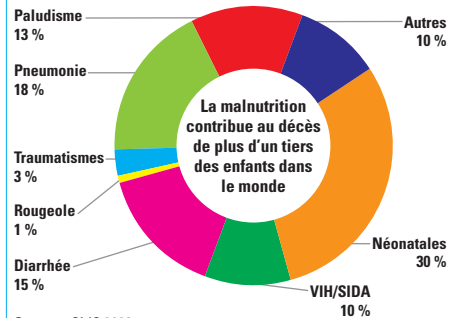
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

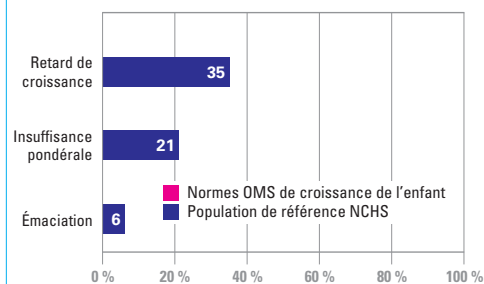
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	2 269	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 367
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	1,2	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	412
Rang du pays pour le retard de croissance :	16	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	78

État nutritionnel actuel

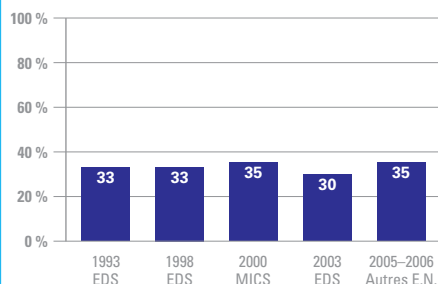
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2005-2006

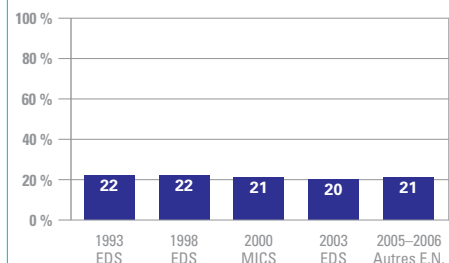
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



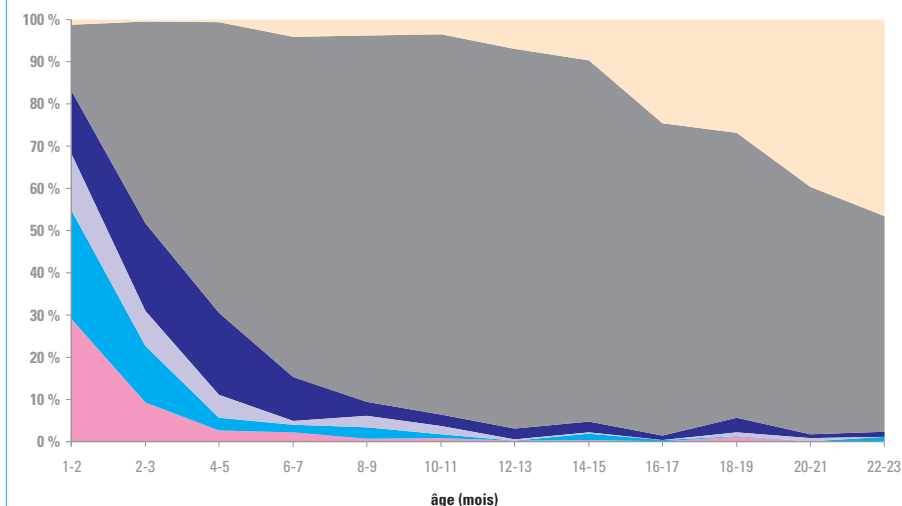
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge

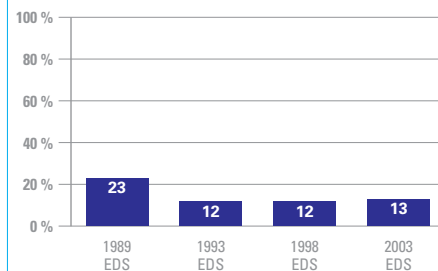


Source : EDS 2003

- Sevré (pas nourri au sein)
- Allaité au sein et liquides qui ne sont pas du lait
- Allaité au sein et aliments solides et semi-solides
- Allaité au sein et eau seulement
- Allaité au sein et autres substituts de lait
- Allaité exclusivement au sein

Allaitement exclusif au sein

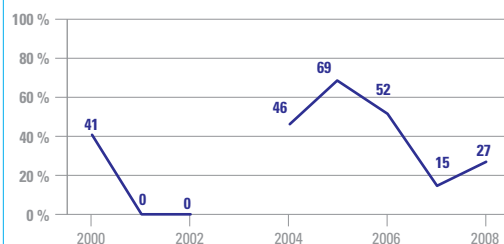
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

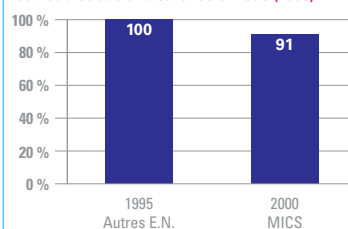


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

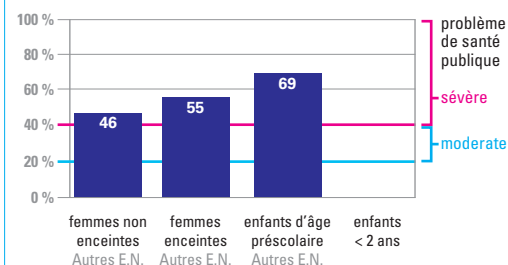
142 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	3 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	52 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	91 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	55 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	13 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		84 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		57 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		27 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Oui	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		En partie	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Non	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

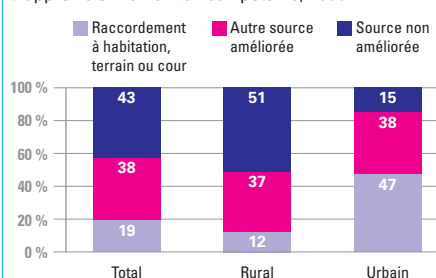
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	560	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	410	(1993-2003)
Nombre total de décès maternels	7 700	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	39	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	12	(2003)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	46	(1999)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	88	(2003)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	52	(2003)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	42	(2003)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	10	(2003)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	76, 75	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,01	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

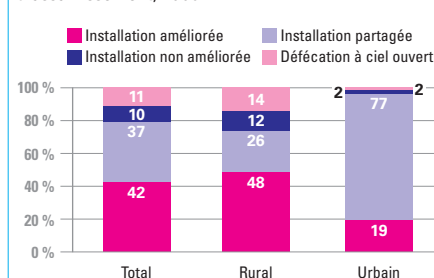
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par : Diarrhée : 15 % Pneumonie : 18 %

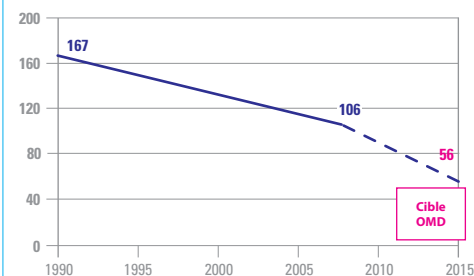
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	40	32	1,3	30	37	0,8	45	38	35	33	25	0,6	EDS 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	19	13	1,5	10	17	0,6	24	16	14	13	7	0,3	EDS 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	5	1,4	5	6	0,8	9	7	4	5	4	0,4	EDS 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	24	62	0,4	79	65	56	41	21	0,3	EDS 2003
Initiation précoce à l'allaitement (%)	51	54	0,9	51	53	1,0	50	54	52	55	52	1,0	EDS 2003
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	12	-	5	15	0,3	23	17	12	10	5	0,2	EDS 2003

DÉMOGRAPHIE

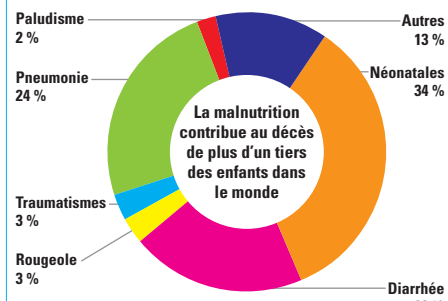
Nombre total d'habitants (000)	19 111	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	3 060	(2008)
Nombre total de naissances (000)	687	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	106	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	71	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	68	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	41	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,1	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	68	(2005)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

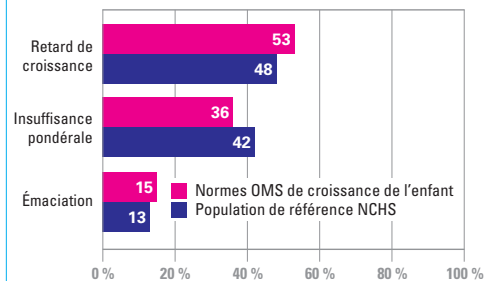
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	1 622	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 093
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	0,8	Émaciement (moins de cinq ans, 000) :	459
Rang du pays pour le retard de croissance :	21	Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :	162

État nutritionnel actuel

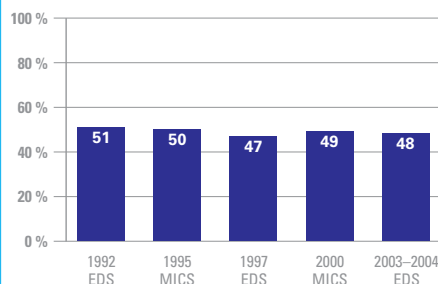
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2003-2004

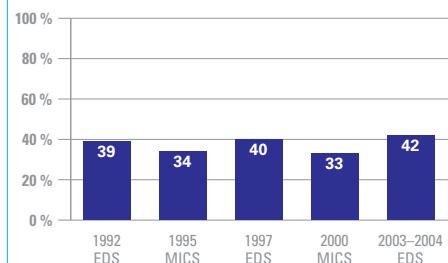
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



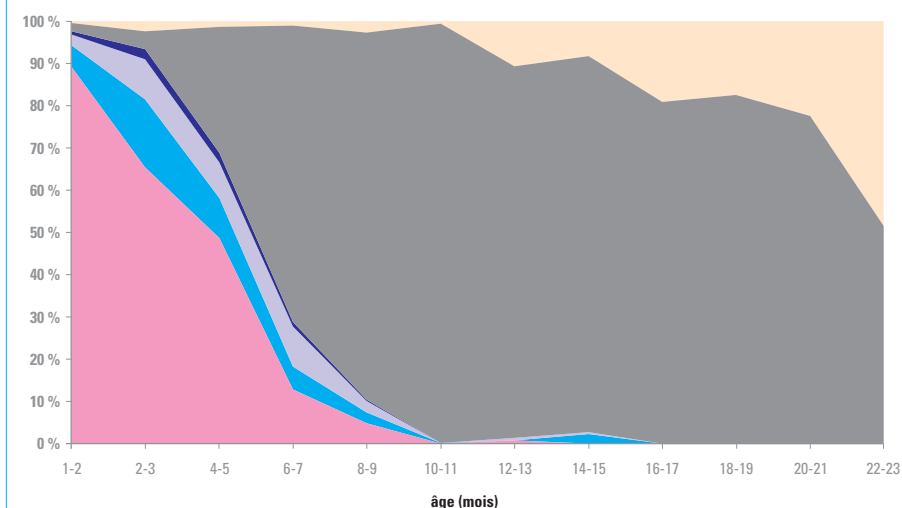
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Pas de progrès vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

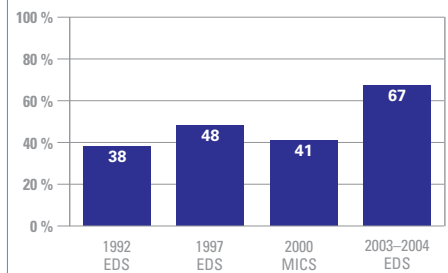
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2003-2004

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

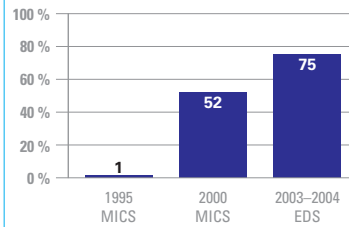


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

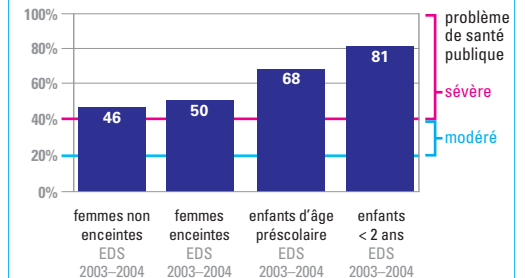
169 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	3 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	62 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	75 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	61 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	67 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		78 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		64 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		97 %	
						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Oui	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Oui	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

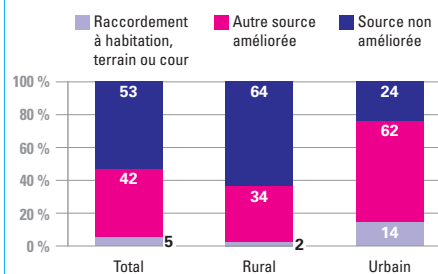
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	510	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	470	(1999-2003)
Nombre total de décès maternels	3 600	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	38	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	19	(2003-2004)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	46	(2003-2004)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	80	(2003-2004)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	40	(2003-2004)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	51	(2003-2004)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	17	(2003-2004)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	77, 74	(2003-2004)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,04	(2003-2004)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

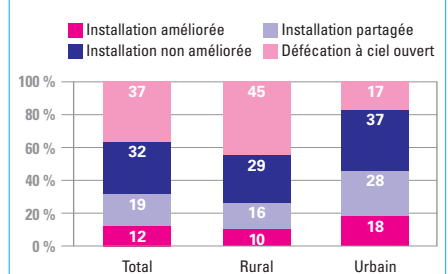
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 20 % Pneumonie : 24 %

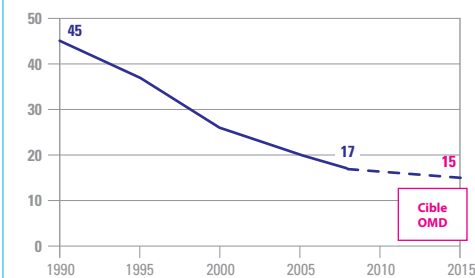
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	55	51	1,1	46	55	0,8	59	58	53	47	44	0,7	EDS 2003-2004
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	38	33	1,2	31	37	0,8	40	41	39	29	24	0,6	EDS 2003-2004
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	18	12	1,5	14	15	0,9	16	15	15	15	13	0,8	EDS 2003-2004
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	42	65	0,6	77	74	64	49	23	0,3	EDS 2003-2004
Initiation précoce à l'allaitement (%)	61	64	1,0	72	60	1,2	58	60	59	65	77	1,3	EDS 2003-2004
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	19	-	15	21	0,7	28	26	20	18	9	0,3	EDS 2003-2004

DÉMOGRAPHIE

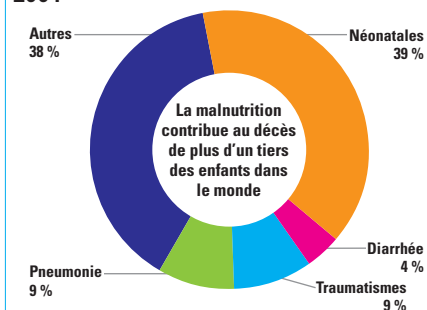
Nombre total d'habitants (000)	108 555	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	10 281	(2008)
Nombre total de naissances (000)	2 049	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	17	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	36	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	15	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	11	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,3	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	<2	(2006)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

1 594

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

350

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

0,8

Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

206

Rang du pays pour le retard de croissance :

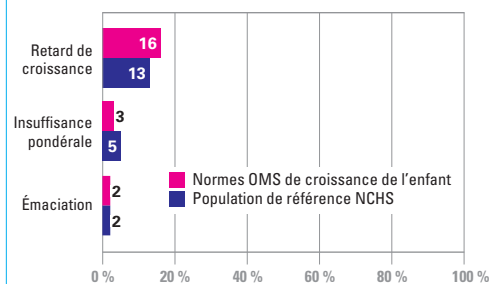
22

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

-

État nutritionnel actuel

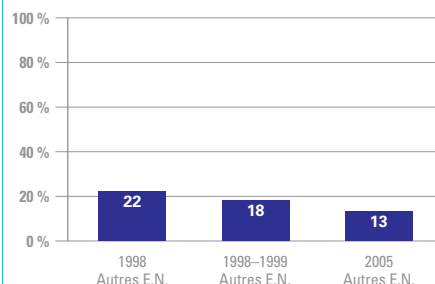
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2005

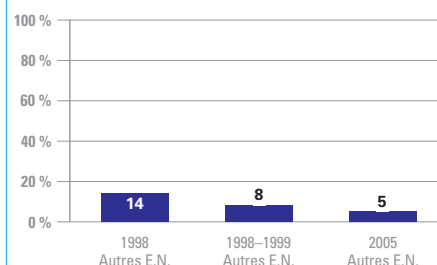
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



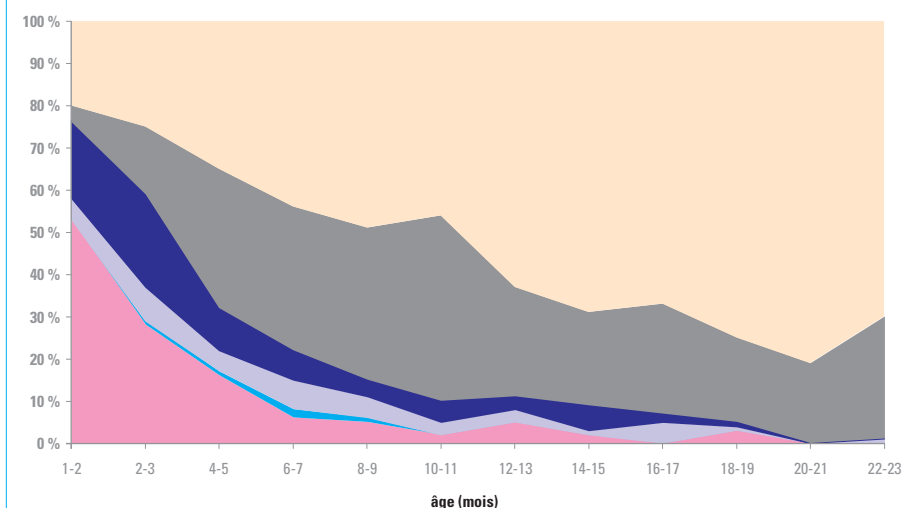
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
En bonne voie vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

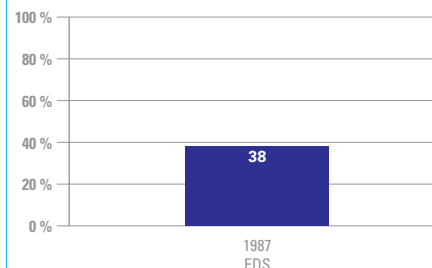
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 1987

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

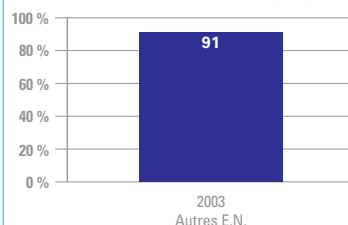
Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

Programme sous-national

Consommation de sel iodé : tendances*

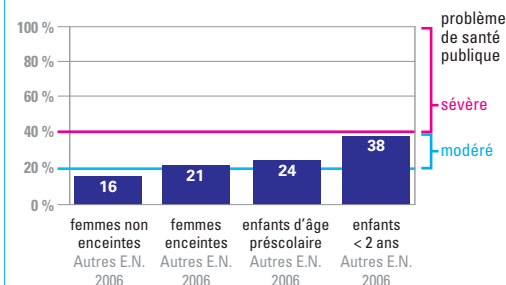
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
184 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Oui	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
91 %		Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	38 %	
		Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	36 %	
		Poursuite de l'allaitement à deux ans	21 %	
		Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	P.S.*	
		Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	N.A.*	
		Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Non	
		Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	-	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

*P.S. : Programme sous-national
 *N.A. : non applicable

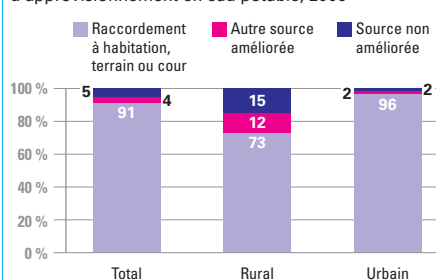
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	60	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	56	(2007)
Nombre total de décès maternels	1 300	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	670	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	16	(2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	94	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	-	-
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	93	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	8	(2005-2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	97, 98	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,99	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

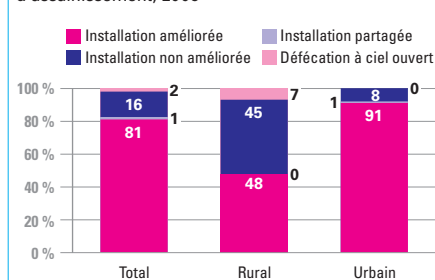
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 4 % Pneumonie : 9 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

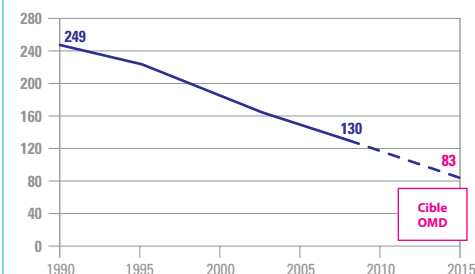
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 1998-1999
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	8	7	1,1	6	12	0,5	-	-	-	-	-	-	
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	22 383	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	3 820	(2008)
Nombre total de naissances (000)	876	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	130	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	110	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	90	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	35	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	12,5	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	75	(2002-2003)

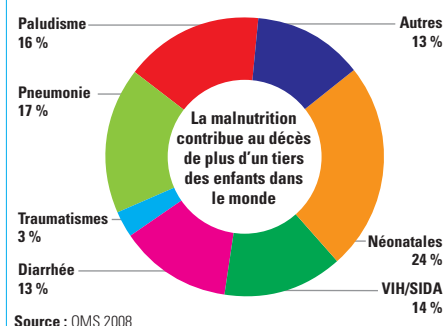
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

1 670

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

0,9

Rang du pays pour le retard de croissance :

20

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

669

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

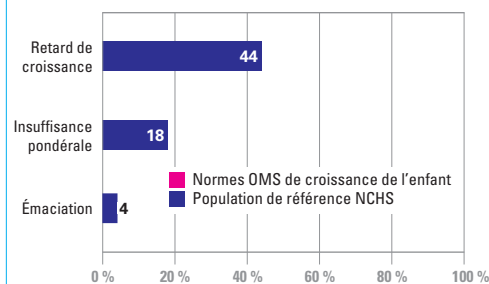
160

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

53

État nutritionnel actuel

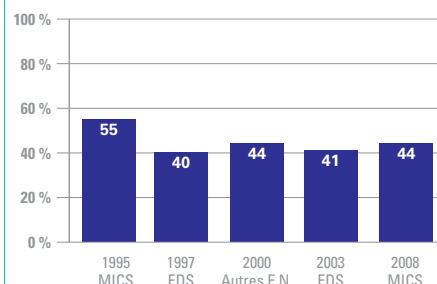
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : MICS 2008

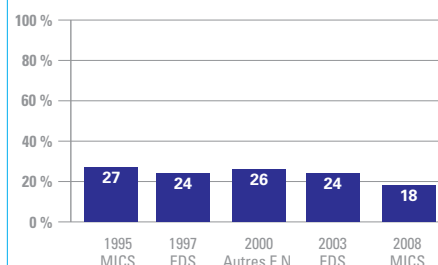
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



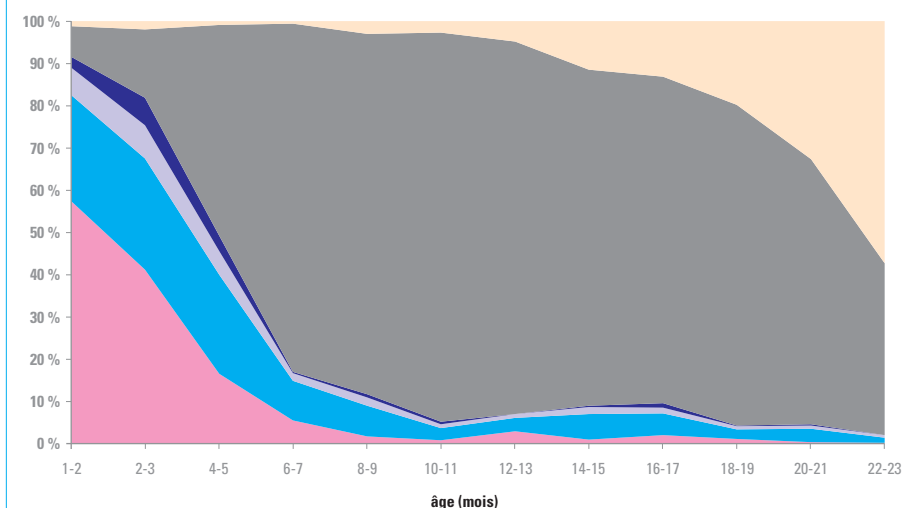
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
En bonne voie vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

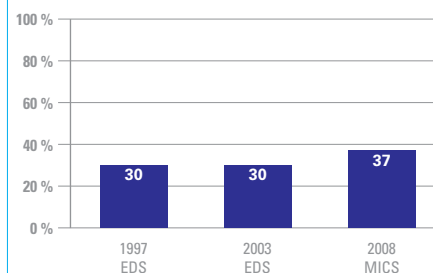
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : MICS 2008

Allaitement exclusif au sein

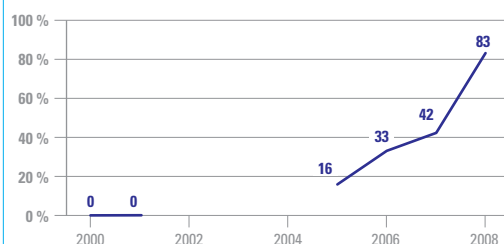
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

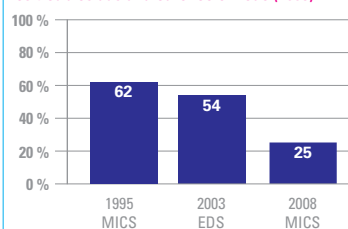
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

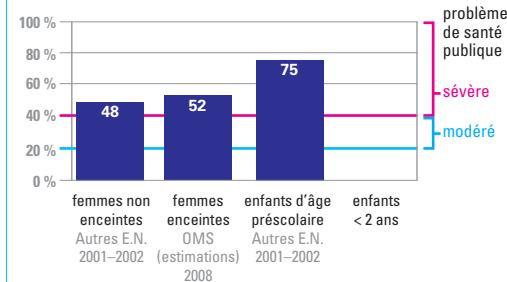
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
656 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 14 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance) 63 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage 25 %	Nourrissons pas pesés à la naissance 42 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement exclusif au sein (<6 mois) 37 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter) 84 %	
			Poursuite de l'allaitement à deux ans 54 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 83 %	
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté Oui	
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée En partie	
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté En partie	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

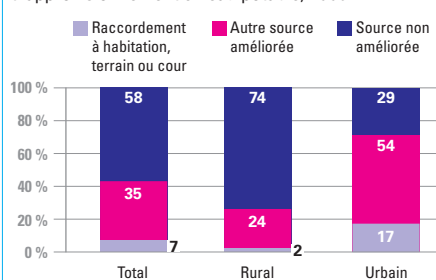
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	520	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	410	(1994-2003)
Nombre total de décès maternels	4 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	45	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	9	(2003)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	48	(2001-2002)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	89	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	53	(2003)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	55	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	15	(2008)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	80, 82	(2008)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,98	(2008)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

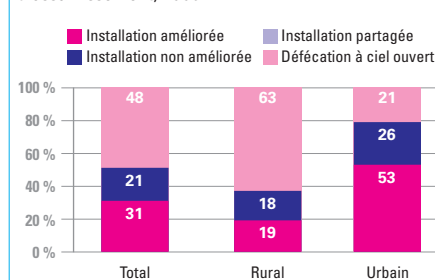
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 17 %

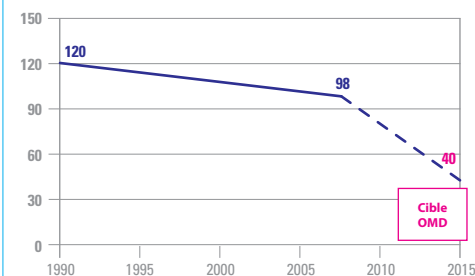
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	49	44	1,1	35	52	0,7	54	54	52	41	25	0,5	EDS 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	21	19	1,1	12	23	0,5	26	24	21	16	7	0,3	EDS 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	5	5	1,0	4	6	0,7	7	5	4	5	4	0,6	EDS 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	17	52	0,3	61	53	45	30	6	0,1	MICS 2008
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	60	64	0,9	68	66	64	55	60	0,9	MICS 2008
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	9	-	6	10	0,6	10	12	10	7	5	0,5	EDS 2003

DÉMOGRAPHIE

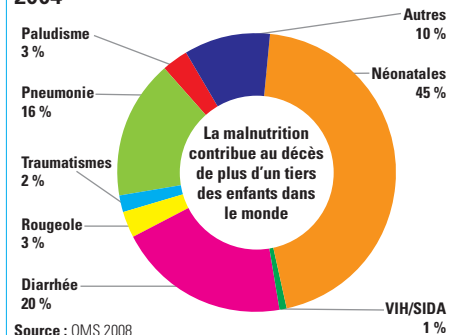
Nombre total d'habitants (000)	49 563	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	4 629	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 020	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	98	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	98	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	71	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	49	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,7	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	-	-

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

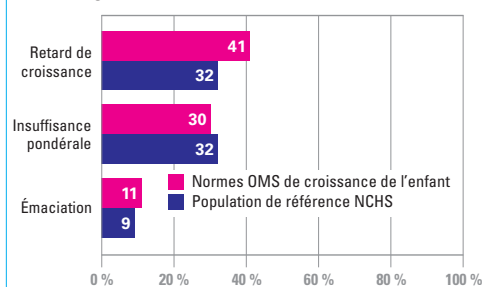
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	1 880	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 370
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	1,0	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	495
Rang du pays pour le retard de croissance :	18	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	134

État nutritionnel actuel

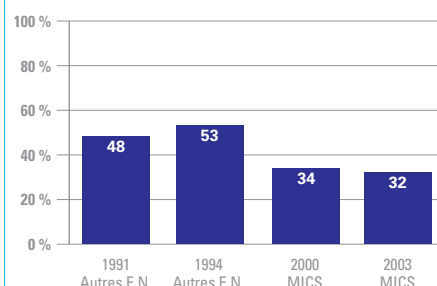
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : MICS 2003

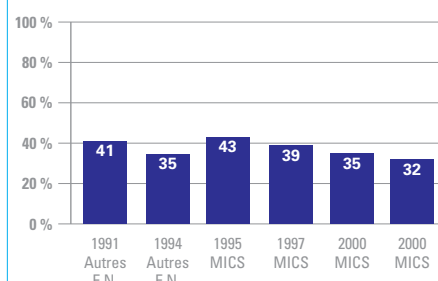
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



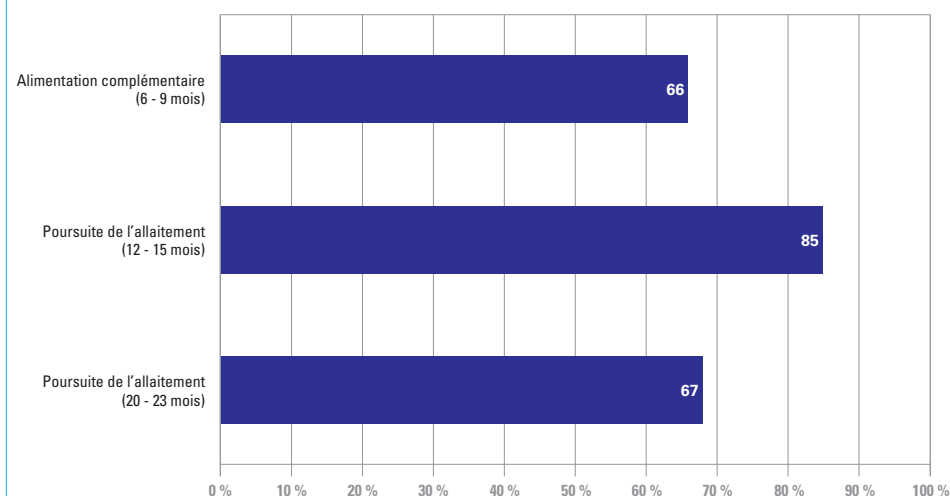
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge

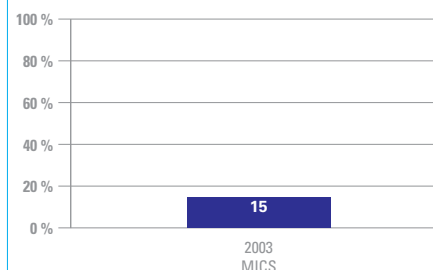


Source : MICS 2003

Absence des données qui permettraient de produire un graphique en aires sur les pratiques d'alimentation du nourrisson

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

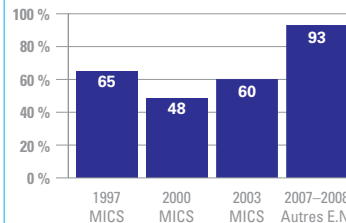
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

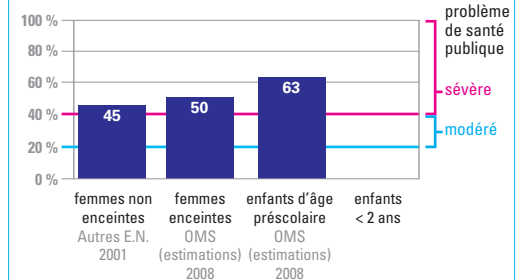
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
72 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Non	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
93 %		Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	15 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)
				66 %
			Poursuite de l'allaitement à deux ans	67 %
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	94 %
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Oui
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Oui

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

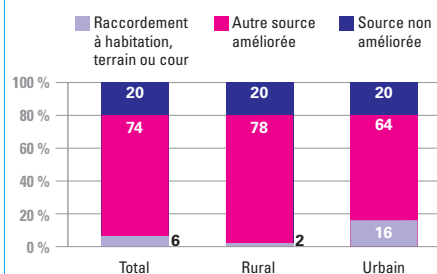
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	380	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	320	(2004-2005)
Nombre total de décès maternels	3 700	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	110	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	45	(2001)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	76	(2001)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	22	(2001)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	57	(2001)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	15	(2000)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	84, 83	(2003)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,01	(2003)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

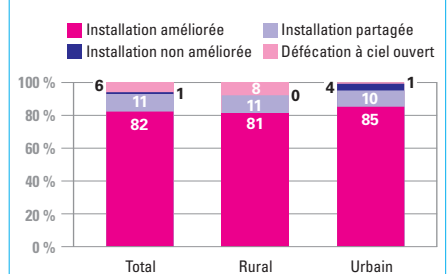
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 20 % Pneumonie : 16 %

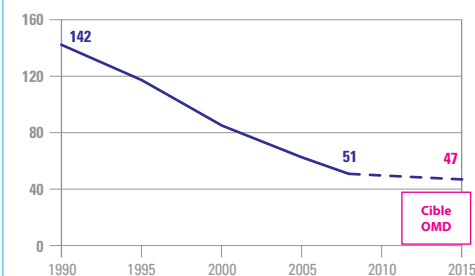
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	42	40	1,1	32	43	0,7	-	-	-	-	-	-	MICS 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	31	28	1,1	25	31	0,8	-	-	-	-	-	-	MICS 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	12	10	1,2	9	11	0,8	-	-	-	-	-	-	MICS 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

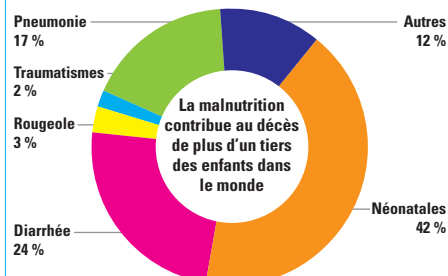
Nombre total d'habitants (000)	28 810	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	3 535	(2008)
Nombre total de naissances (000)	732	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	51	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	37	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	41	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	32	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,5	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	55	(2003-2004)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

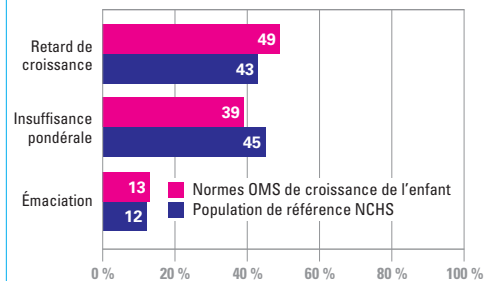
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	1 743	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 365
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	0,9	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	445
Rang du pays pour le retard de croissance :	19	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	92

État nutritionnel actuel

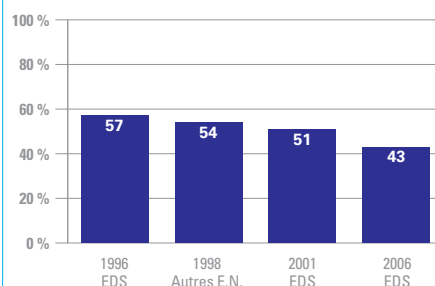
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2006

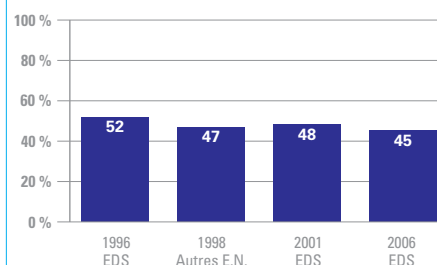
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



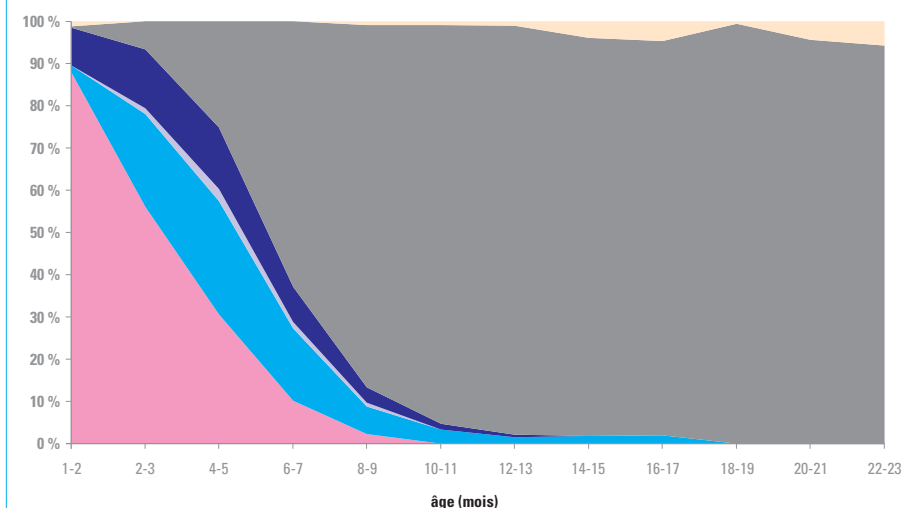
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Pas de progrès vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

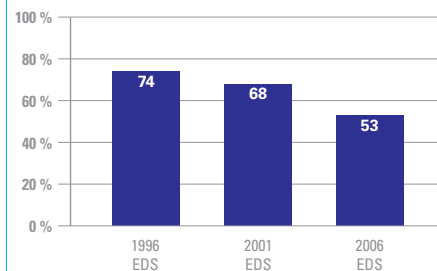
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2006

Allaitement exclusif au sein

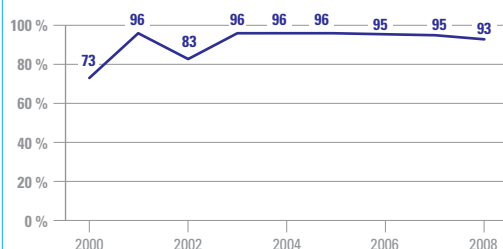
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

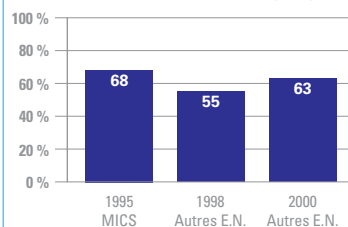


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

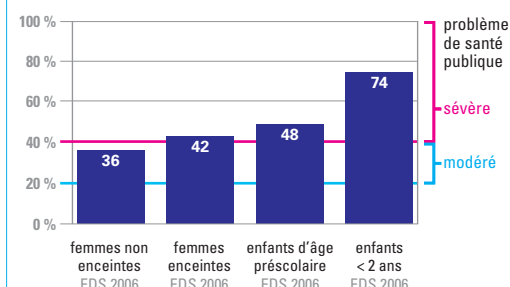
274 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	7 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	35 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		Oui			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	63 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	83 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	53 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		75 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		95 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		93 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		En partie	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Oui	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

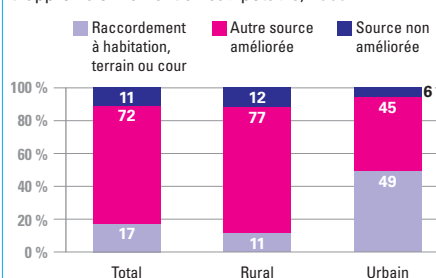
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	830	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	280	(1999-2005)
Nombre total de décès maternels	6 500	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	31	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	24	(2006)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	36	(2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	44	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	29	(2006)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	19	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	21	(2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	82, 86	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,95	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

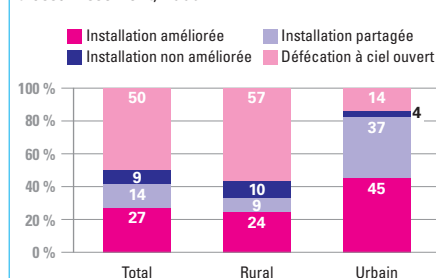
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 24 % Pneumonie : 17 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

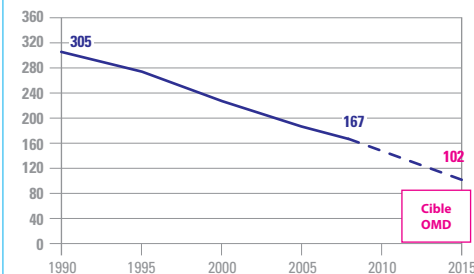
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	49	50	1,0	36	51	0,7	62	55	50	40	31	0,5	EDS 2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	38	40	1,0	23	41	0,6	47	46	42	31	19	0,4	EDS 2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	13	12	1,1	8	13	0,6	12	15	15	13	7	0,6	EDS 2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	54	87	0,6	96	91	89	78	46	0,5	EDS 2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	36	35	1,0	39	35	1,1	30	38	35	35	41	1,4	EDS 2006
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	24	-	17	26	0,7	25	33	29	24	13	0,5	EDS 2006

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	14 704	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	3 121	(2008)
Nombre total de naissances (000)	791	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	167	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	121	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	79	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	41	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,8	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	66	(2005)

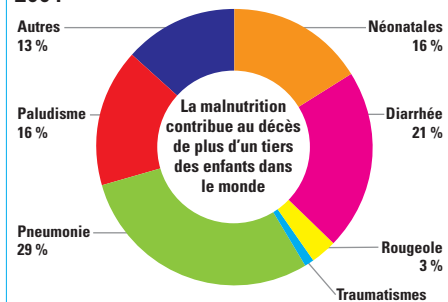
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

1 473

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

0,8

Rang du pays pour le retard de croissance :

23

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

1 108

Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

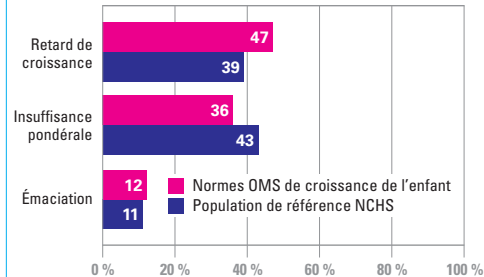
362

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

87

État nutritionnel actuel

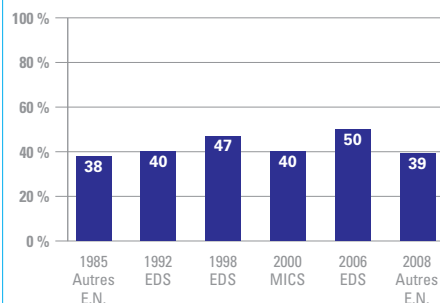
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2008

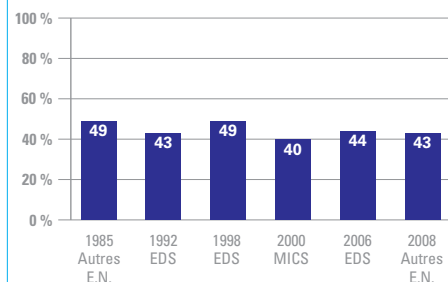
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



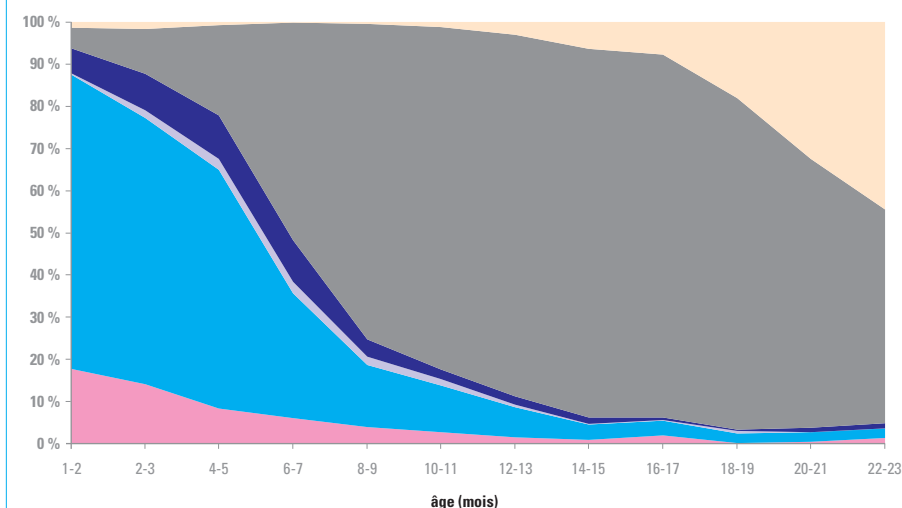
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Pas de progrès vers l'OMD



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

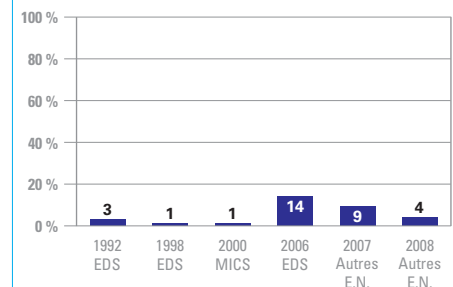
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2006

Allaitement exclusif au sein

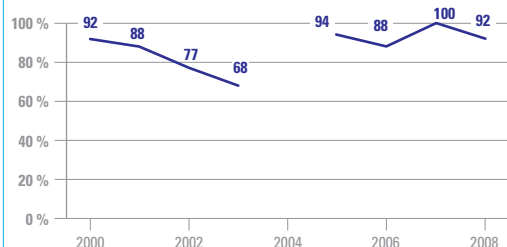
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

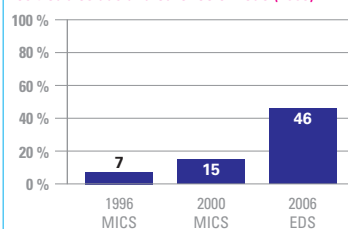
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

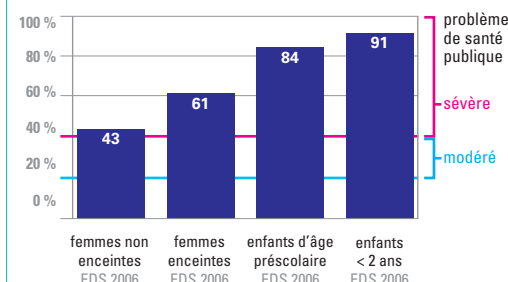
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
427 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 14 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance) 38 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage 46 %	Nourrissons pas pesés à la naissance 79 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois) 4 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter) 66 %	
		Poursuite de l'allaitement à deux ans -		
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 92 %	
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté Oui	
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée Oui	
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté Oui	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

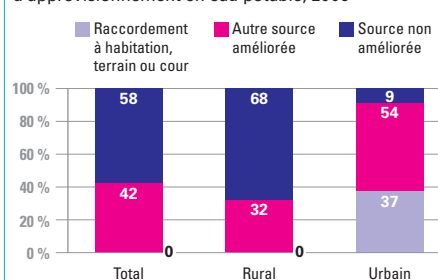
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	1 800	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	650	(1996-2006)
Nombre total de décès maternels	14 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	7	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	19	(2006)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	43	(2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	46	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	15	(2006)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	33	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	27	(2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	31, 44	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,7	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

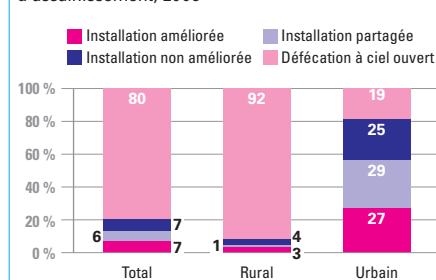
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 21 % Pneumonie : 29 %

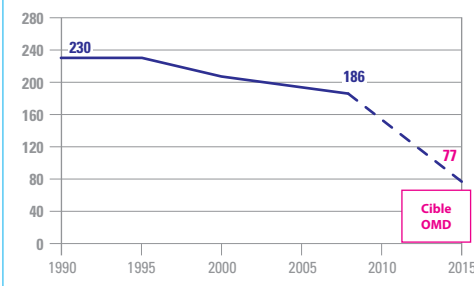
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	58	52	1,1	35	58	0,6	57	58	58	59	40	0,7	EDS 2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	41	37	1,1	23	41	0,6	42	42	42	41	25	0,6	EDS 2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	14	12	1,2	10	14	0,7	15	14	15	11	10	0,7	EDS 2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	24	89	0,3	92	88	89	84	37	0,4	EDS 2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	49	48	1,0	62	46	1,3	44	45	45	49	59	1,3	EDS 2006
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	19	-	13	21	0,6	19	20	24	21	13	0,7	EDS 2006

DÉMOGRAPHIE

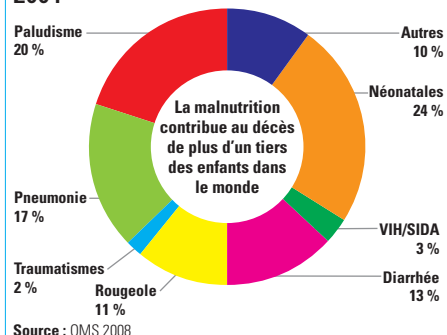
Nombre total d'habitants (000)	151 212	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	25 020	(2008)
Nombre total de naissances (000)	6 028	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	186	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	1 077	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	96	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	47	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	3,1	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	64	(2003-2004)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

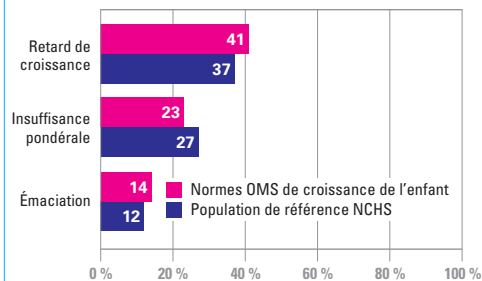
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	10 158	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	5 780
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	5,2	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	3 478
Rang du pays pour le retard de croissance :	3	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	1 751

État nutritionnel actuel

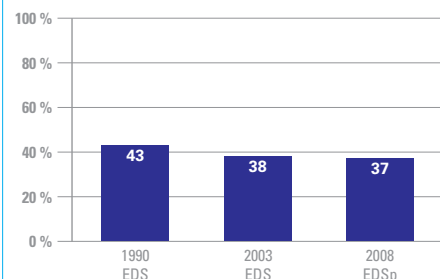
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDSp 2008

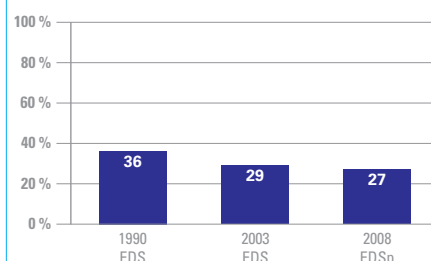
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



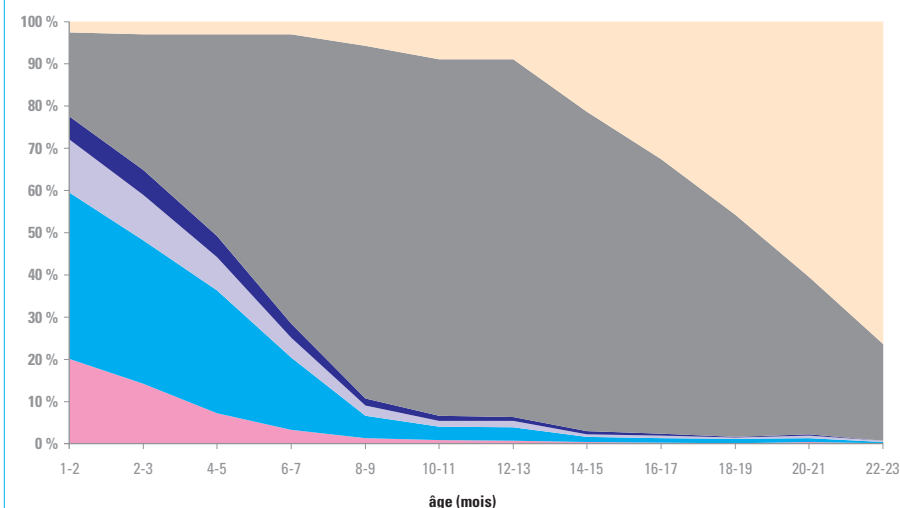
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge

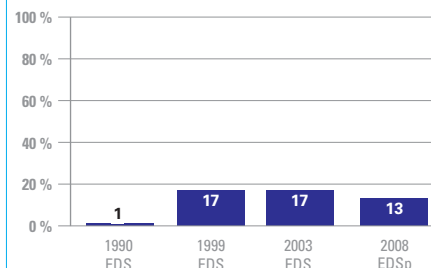


Source : EDS 2008

- Sevré (pas nourri au sein)
- Allaité au sein et aliments solides et semi-solides
- Allaité au sein et autres substituts de lait
- Allaité au sein et liquides qui ne sont pas du lait
- Allaité au sein et eau seulement
- Allaité exclusivement au sein

Allaitement exclusif au sein

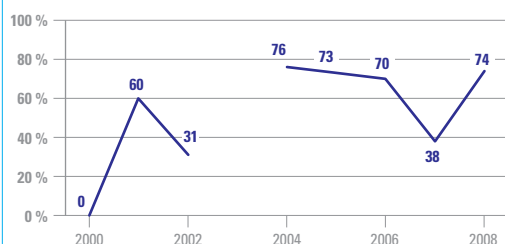
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

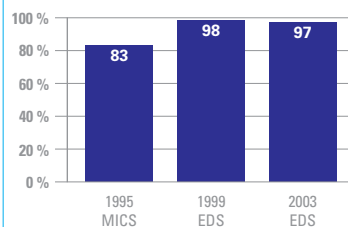


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

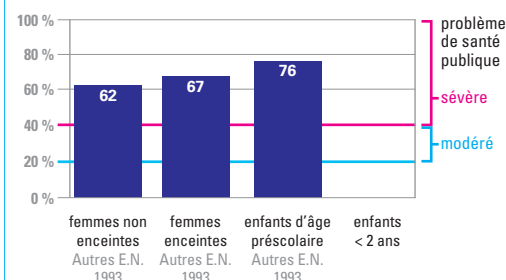
163 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	21 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	32 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		Oui			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	97 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	73 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	13 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		75 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		32 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		74 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Non	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		En partie	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Non	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

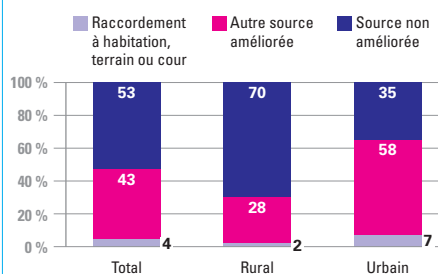
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	1 100	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-
Nombre total de décès maternels	59 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	18	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	15	(2003)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	62	(1993)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	58	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	47	(2003)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	39	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	14	(2003)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	58, 68	(2005)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,85	(2005)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

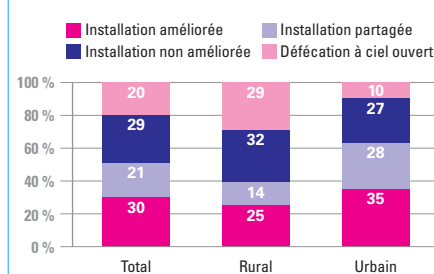
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 17 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

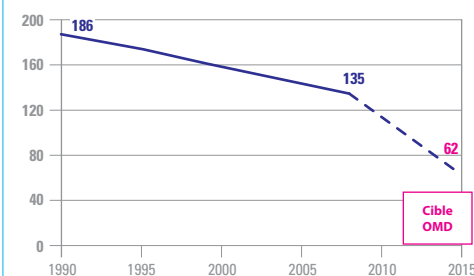
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	46	39	1,2	32	47	0,7	54	53	49	36	21	0,4	EDS 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	29	28	1,0	22	32	0,7	35	38	31	27	13	0,4	EDS 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	14	13	1,1	11	15	0,7	13	13	10	11	9	0,7	EDS 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	50	82	0,6	91	89	81	63	28	0,3	EDS 2003
Initiation précoce à l'allaitement (%)	31	33	0,9	35	31	1,1	22	31	37	35	37	1,7	EDS 2003
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	15	-	13	16	0,8	22	18	16	13	9	0,4	EDS 2003

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	31 657	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	6 182	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 466	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	135	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	190	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	85	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	30	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	5,4	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	52	(2005)

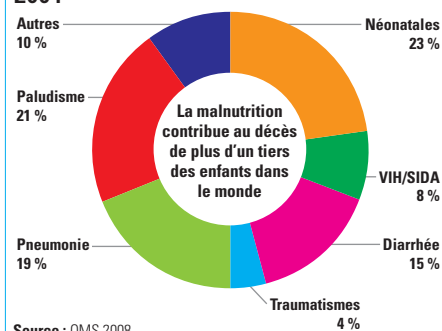
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

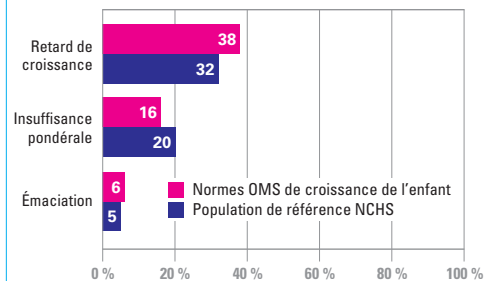
Émaciement (moins de cinq ans, 000) :

Rang du pays pour le retard de croissance :

Émaciement grave (moins de cinq ans, 000) :

État nutritionnel actuel

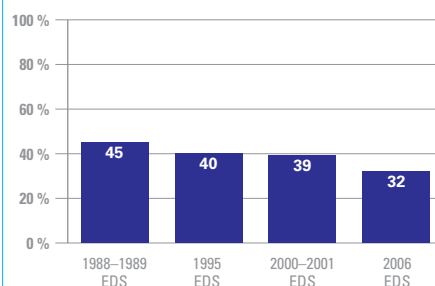
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2006

Retard de croissance - tendances

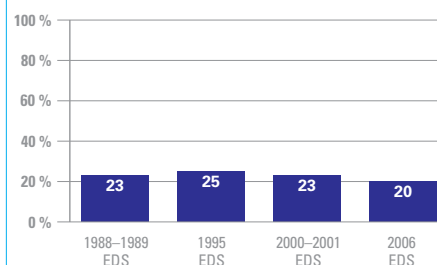
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

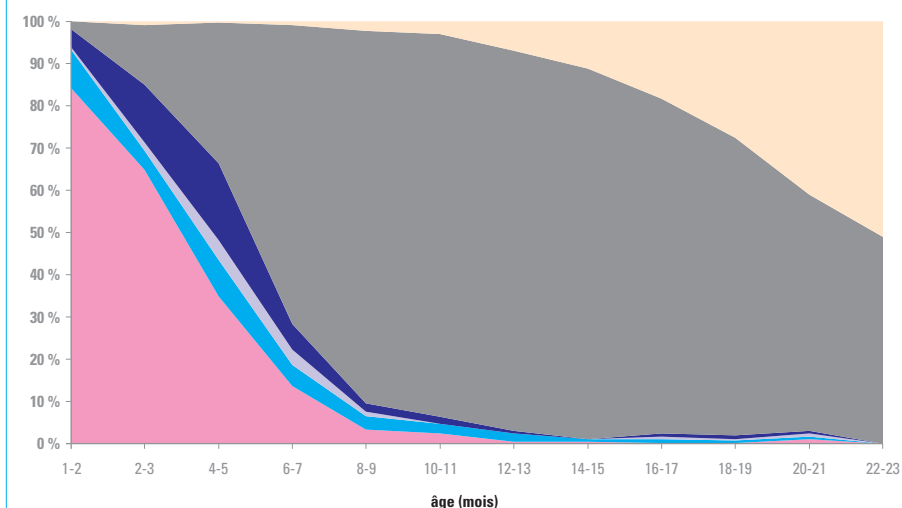
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS

Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

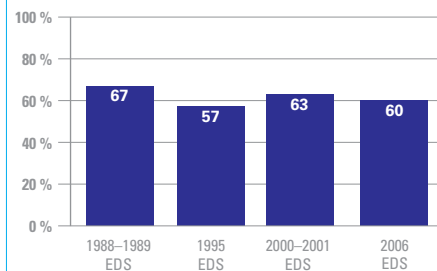
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2006

Allaitement exclusif au sein

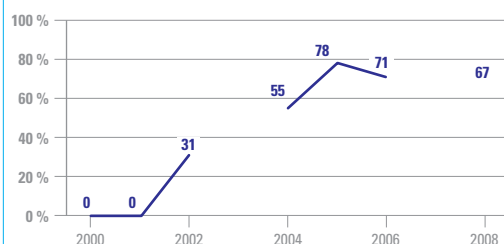
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

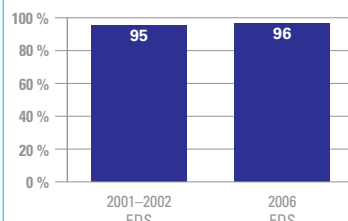
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

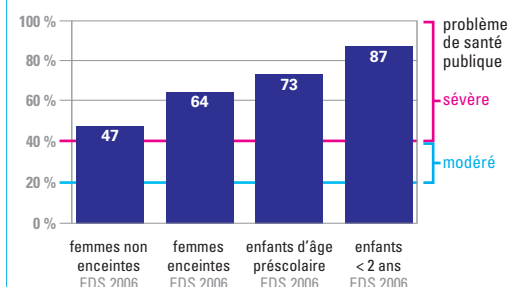
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
62 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	1 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	42 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		Oui			
				Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	96 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	65 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	60 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		80 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		54 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		67 %	
Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		Oui	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		En partie	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		En partie	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

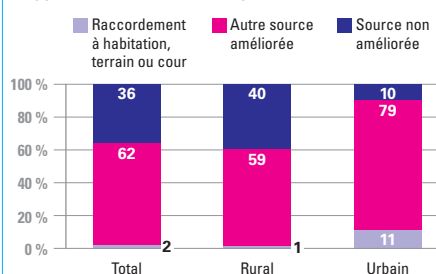
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	550	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	440	(1997-2006)
Nombre total de décès maternels	8 100	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	25	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	12	(2006)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	47	(2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	94	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	47	(2006)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	42	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	14	(2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	82, 83	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,99	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

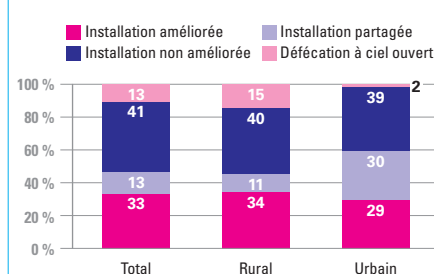
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 15 % Pneumonie : 19 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

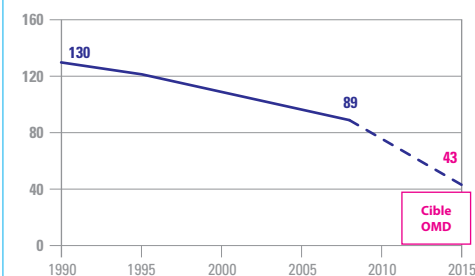
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	41	36	1,1	26	40	0,7	43	38	44	38	24	0,6	EDS 2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	17	14	1,2	11	17	0,6	21	16	17	17	8	0,4	EDS 2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	5	1,4	7	6	1,2	6	6	7	6	6	1,0	EDS 2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	27	70	0,4	73	75	74	62	33	0,5	EDS 2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	41	43	1,0	48	41	1,2	42	42	39	41	47	1,1	EDS 2006
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	12	-	6	14	0,4	23	15	12	9	6	0,3	EDS 2006

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	176 952	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	23 778	(2008)
Nombre total de naissances (000)	5,337	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	89	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	465	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	72	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	53	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,1	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	23	(2004-2005)

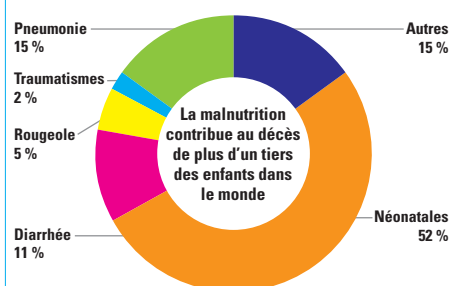
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

9 868

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

7 442

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

5,1

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

3 376

Rang du pays pour le retard de croissance :

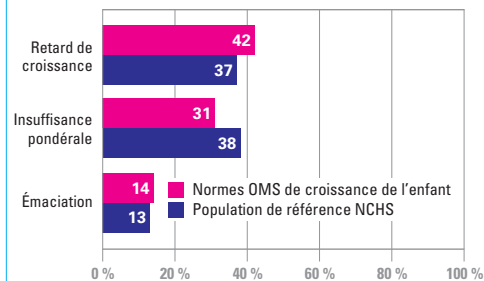
4

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

1 403

État nutritionnel actuel

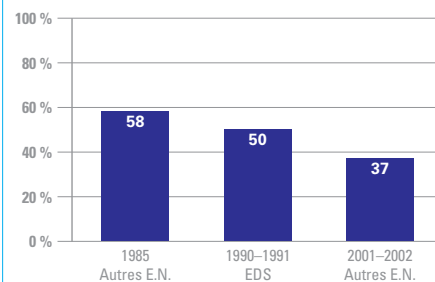
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2001-2002

Retard de croissance - tendances

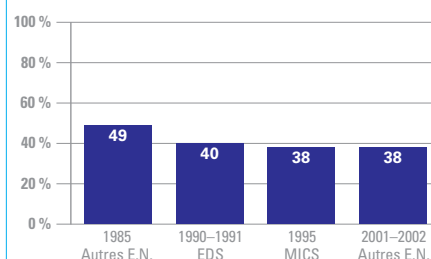
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

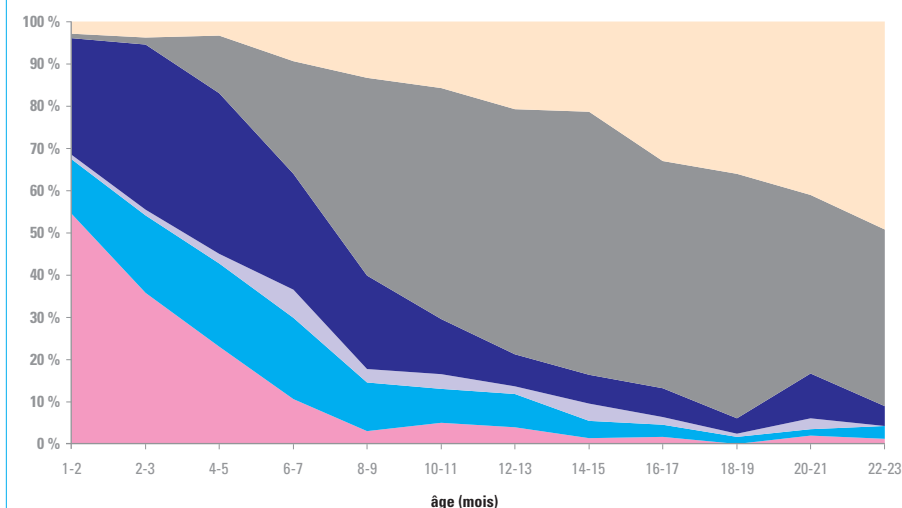
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS

Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

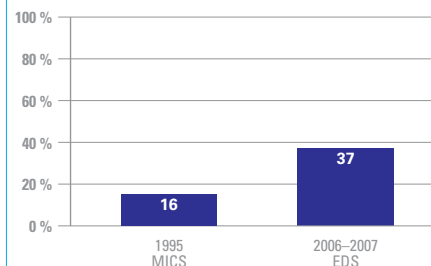
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2006-2007

Allaitement exclusif au sein

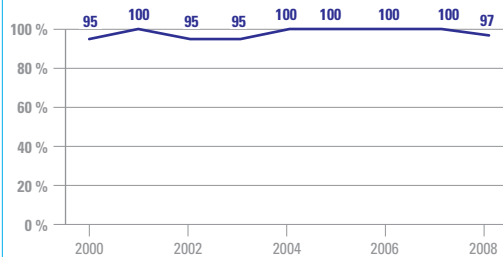
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

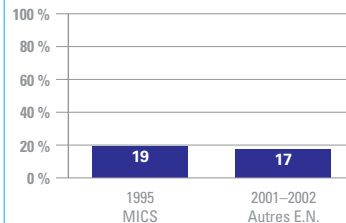
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

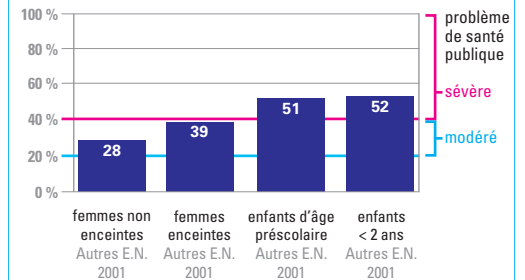
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
4 430 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	16 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	29 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		En partie			
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	17 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	90 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non			
				Allaitement exclusif au sein (<6 mois)		Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)		36 %	
						Poursuite de l'allaitement à deux ans		55 %	
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A		97 %	
						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté		En partie	
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée		Oui	
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté		Oui	

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

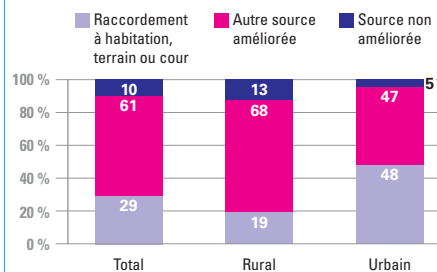
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	320	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	280	(2006-2007)
Nombre total de décès maternels	15 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	74	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	28	(2001)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	61	(2006-2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	28	(2006-2007)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	39	(2006-2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	32	(2006-2007)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	67, 76	(2006-2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,88	(2006-2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

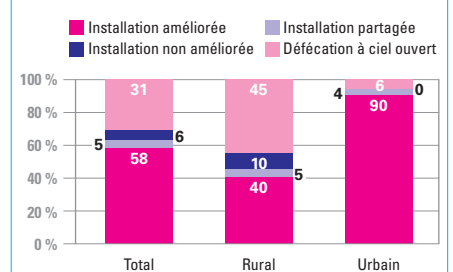
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 11 % Pneumonie : 15 %

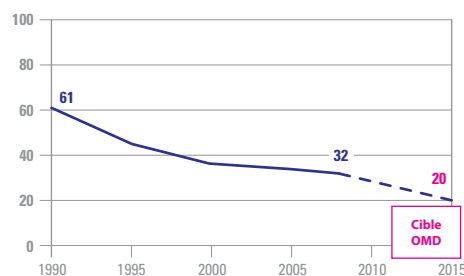
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	42	41	1,0	36	45	0,8	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2001-2002
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	32	31	1,0	29	33	0,9	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2001-2002
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	15	13	1,2	14	14	1,0	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2001-2002
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	78	95	0,8	98	96	92	91	68	0,7	EDS 2006-2007
Initiation précoce à l'allaitement (%)	28	30	0,9	28	29	1,0	25	28	31	32	30	1,2	EDS 2006-2007
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

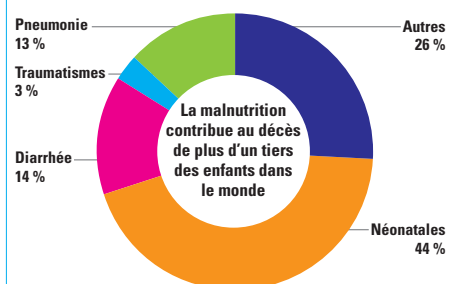
Nombre total d'habitants (000)	90 348 (2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	10 701 (2008)
Nombre total de naissances (000)	2 236 (2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	32 (2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	73 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	26 (2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	15 (2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	23 (2006)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

3 617

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

2 215

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

1,9

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

642

Rang du pays pour le retard de croissance :

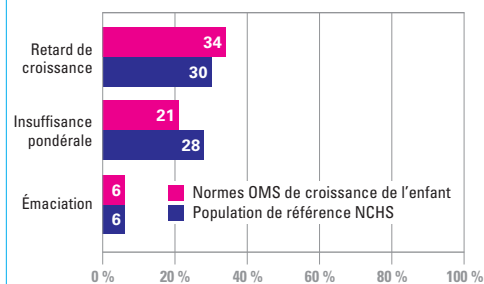
9

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

171

État nutritionnel actuel

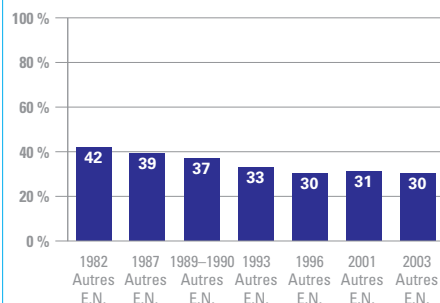
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2003

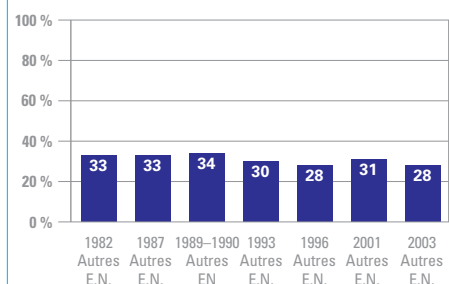
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



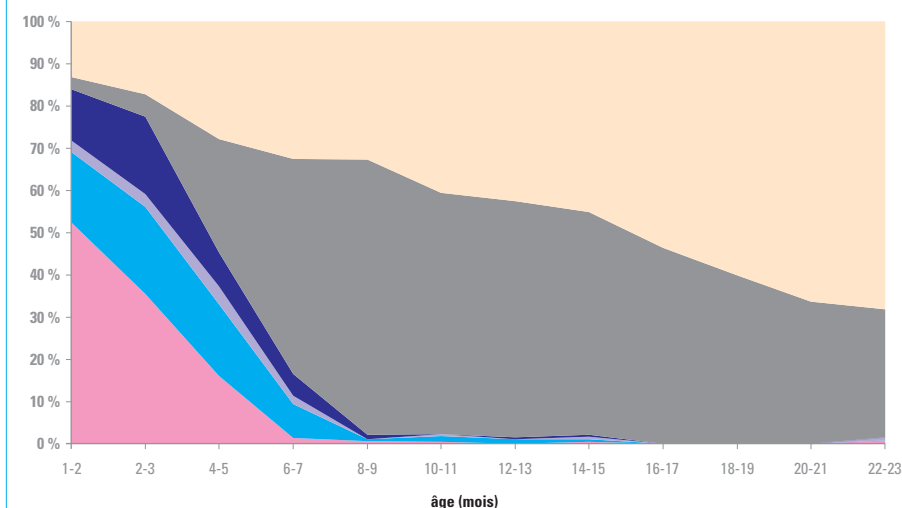
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

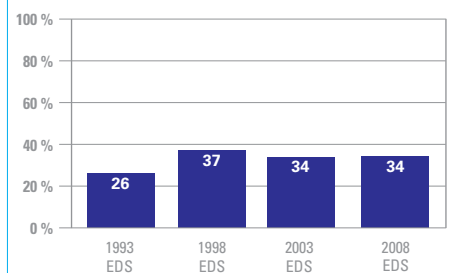
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2003

Allaitement exclusif au sein

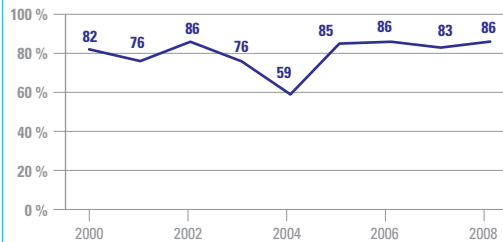
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

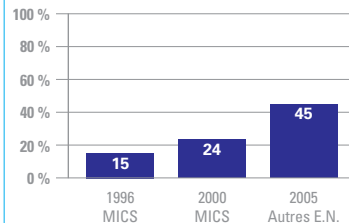
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

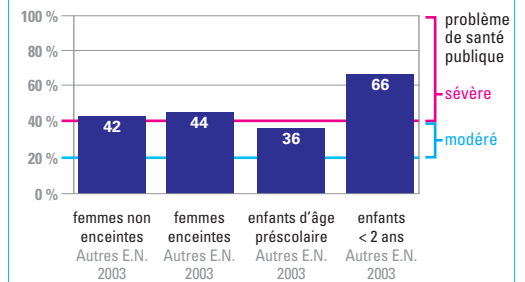
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
1 241 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 29 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance) 54 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage 45 %	Nourrissons pas pesés à la naissance 28 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement exclusif au sein (<6 mois) 34 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter) 58 %	
			Poursuite de l'allaitement à deux ans 34 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 86 %	
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	En partie
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Non

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

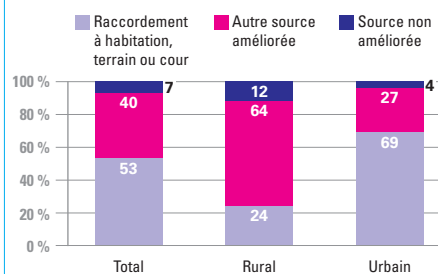
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	230	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	160	(2006)
Nombre total de décès maternels	4 600	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	140	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	42	(2003)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	91	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	70	(2003)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	62	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	20	(2003)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	93, 91	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	1,02	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

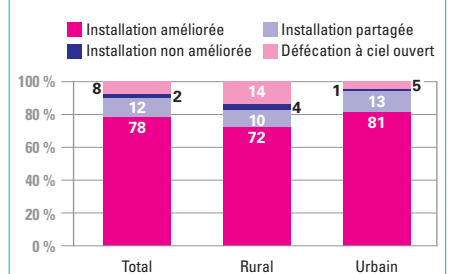
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 14 % Pneumonie : 13 %

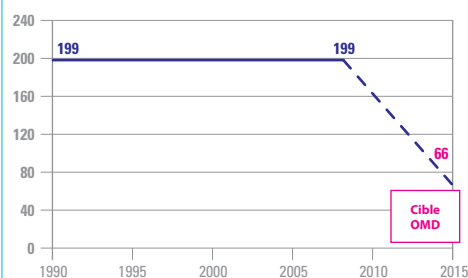
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	36	32	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2003
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	20	21	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	7	6	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2003
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	14	41	0,3	51	33	19	11	6	0,1	EDS 2003
Initiation précoce à l'allaitement (%)	54	55	1,0	54	54	1,0	55	56	53	53	52	0,9	EDS 2003
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

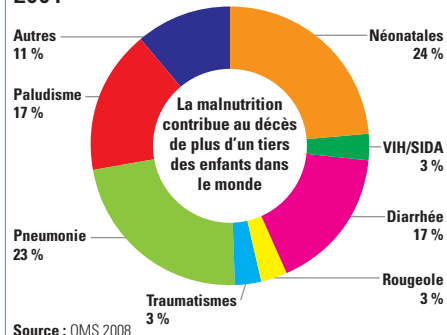
Nombre total d'habitants (000)	64 257	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	11 829	(2008)
Nombre total de naissances (000)	2 886	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	199	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	554	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	126	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	47	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	59	(2005-2006)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

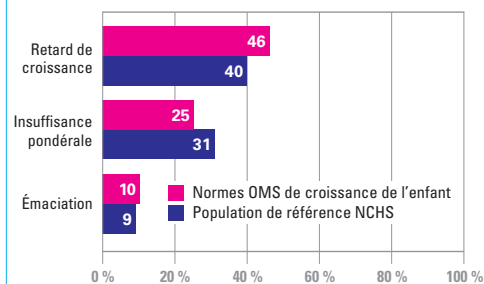
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	5 382	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	2 969
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	2,8	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	1 183
Rang du pays pour le retard de croissance :	8	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	509

État nutritionnel actuel

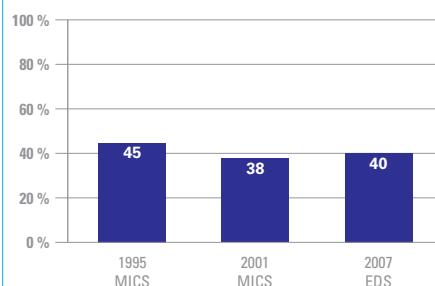
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2007

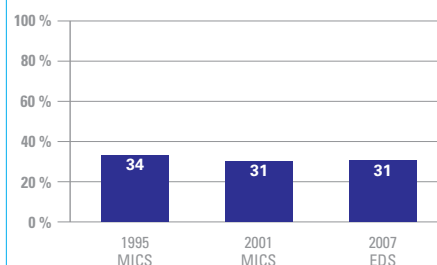
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



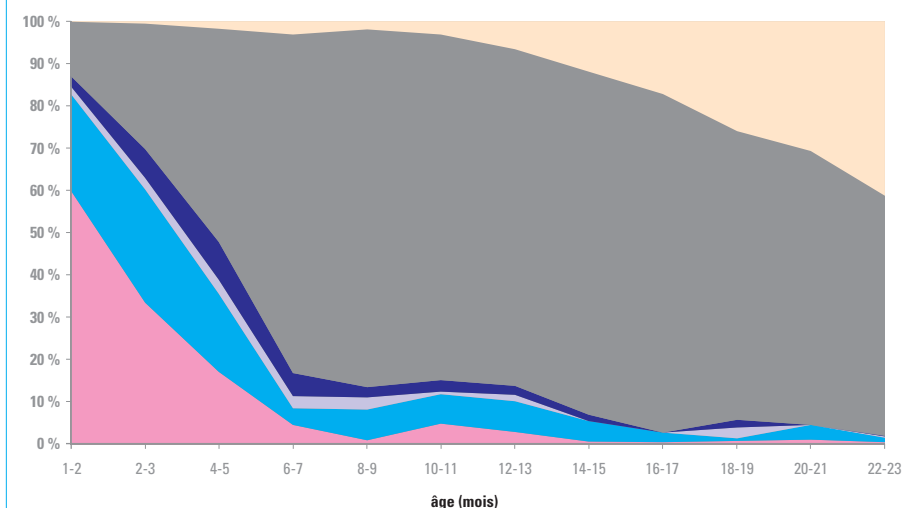
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

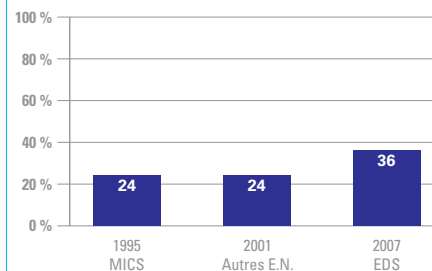
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2007

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

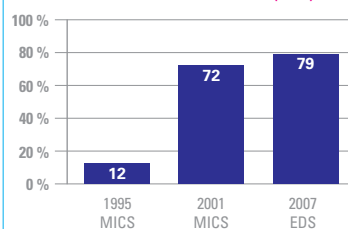


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

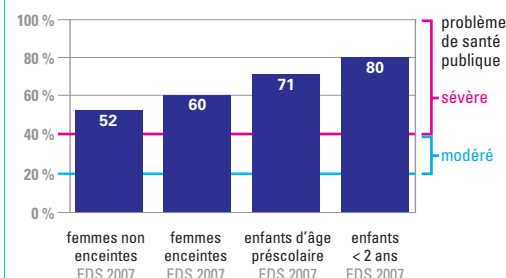
609 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	2%	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	48%	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	79%	Nourrissons pas pesés à la naissance	32%	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	36%	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	82%		
						Poursuite de l'allaitement à deux ans	64%		
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	85%		
						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Oui		
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui		
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Oui		

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

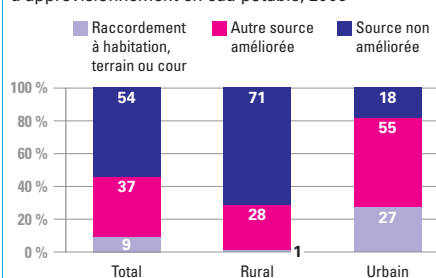
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	1 100	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	550	(2004-2007)
Nombre total de décès maternels	32 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	13	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	19	(2007)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	52	(2007)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	85	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	47	(2007)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	74	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	12	(2001)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	59, 63	(2007)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,94	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

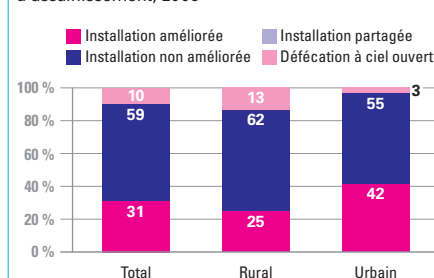
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 17 % Pneumonie : 23 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	48	43	1,1	37	52	0,7	47	49	53	48	26	0,6	EDS 2007
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	28	23	1,2	19	29	0,7	27	29	28	25	15	0,6	EDS 2007
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	11	9	1,2	10	10	1,0	10	12	9	10	9	0,9	EDS 2007
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	11	46	0,2	53	47	33	17	3	0,1	EDS 2007
Initiation précoce à l'allaitement (%)	47	49	1,0	47	49	1,0	45	48	51	51	45	1,0	EDS 2007
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	19	-	16	21	0,8	23	20	21	15	15	0,7	EDS 2007

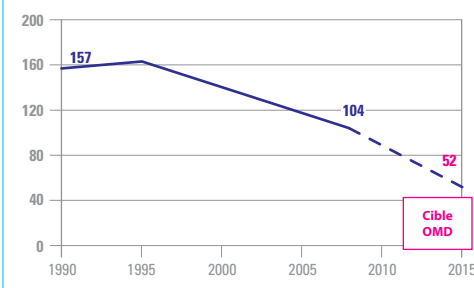
RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	42 484	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	7 566	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 771	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	104	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	175	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	67	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	35	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	6,2	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ É.-U. par jour (%)	89	(2000-2001)

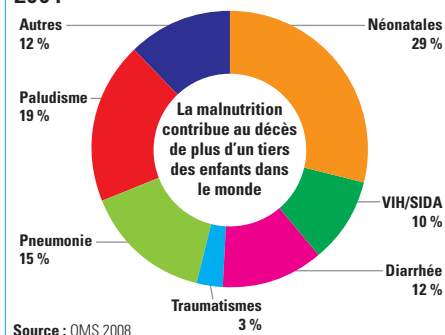
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



ÉTAT NUTRITIONNEL

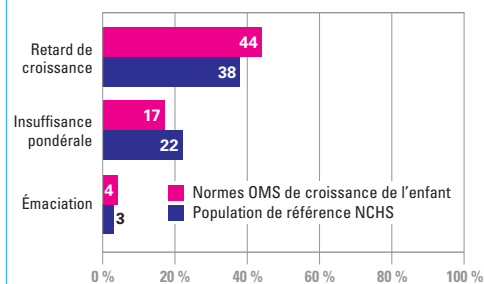
Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	3 359	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 263
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	1,7	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	265
Rang du pays pour le retard de croissance :	10	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	76

État nutritionnel actuel

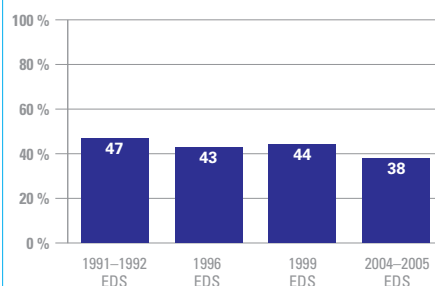
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : EDS 2004-2005

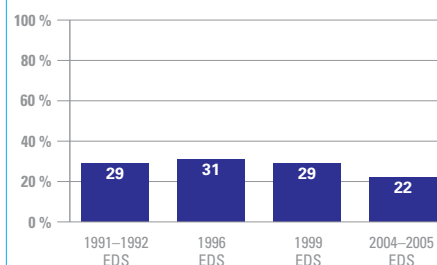
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



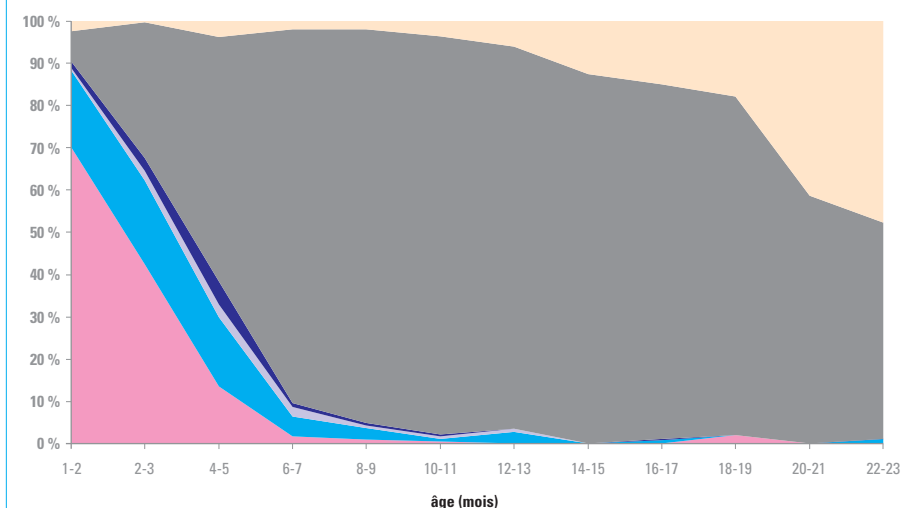
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

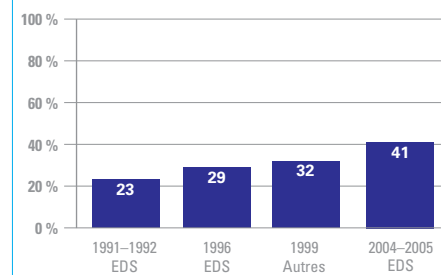
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 2004-2005

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

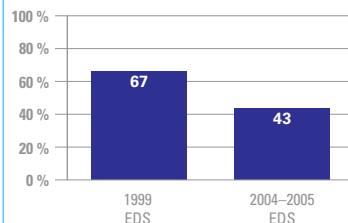
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier



Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

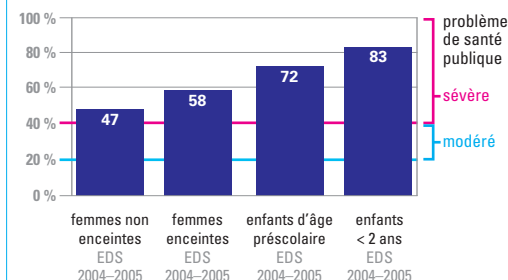
Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé
1 003 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse		Naissance		0-5 mois		6-23 mois		24-59 mois	
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	10 %	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	67 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non		
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	43 %	Nourrissons pas pesés à la naissance	50 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	41 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	91 %		
						Poursuite de l'allaitement à deux ans	55 %		
						Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	93 %		
						Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Oui		
						Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui		
						Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Non		

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

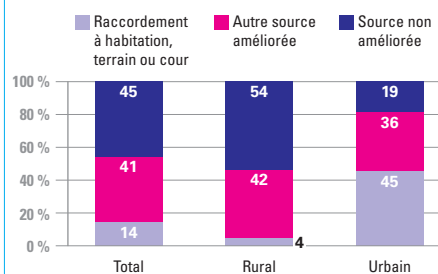
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	950	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	580	(2004-2005)
Nombre total de décès maternels	13 000	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	24	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	10	(2004-2005)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	47	(2004-2005)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	76	(2007-2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	62	(2004-2005)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	43	(2004-2005)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	10	(2004-2005)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	75, 71	(2004-2005)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,95	(2004-2005)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

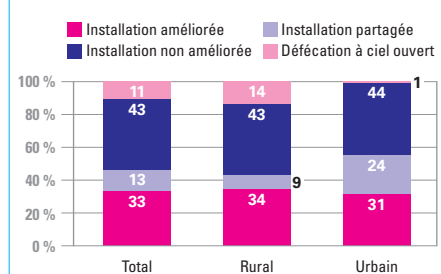
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 12 % Pneumonie : 15 %

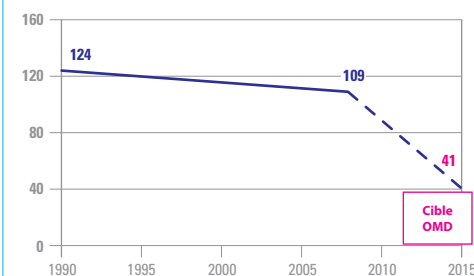
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	47	42	1,1	33	47	0,7	-	-	-	-	-	-	EDS 2004-2005
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	18	15	1,2	12	18	0,7	-	-	-	-	-	-	EDS 2004-2005
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	4	3	1,3	3	4	0,8	-	-	-	-	-	-	EDS 2004-2005
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	16	58	0,3	65	59	58	42	10	0,2	EDS 2004-2005
Initiation précoce à l'allaitement (%)	58	60	1,0	67	58	1,2	54	55	59	62	70	1,3	EDS 2004-2005
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	10	-	8	12	0,7	13	12	11	10	7	0,5	EDS 2004-2005

DÉMOGRAPHIE

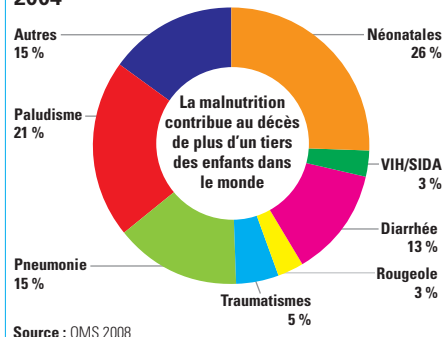
Nombre total d'habitants (000)	41 348 (2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	5 836 (2008)
Nombre total de naissances (000)	1 296 (2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	109 (2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	138 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	70 (2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	27 (2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,4 (2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	-

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

2 305

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

1 576

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

1,2

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

945

Rang du pays pour le retard de croissance :

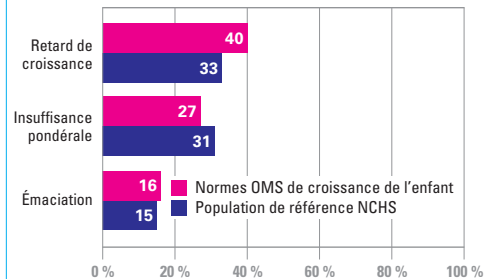
15

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

403

État nutritionnel actuel

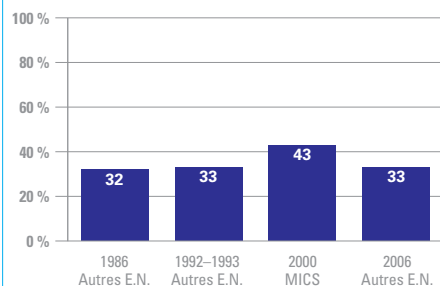
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2006

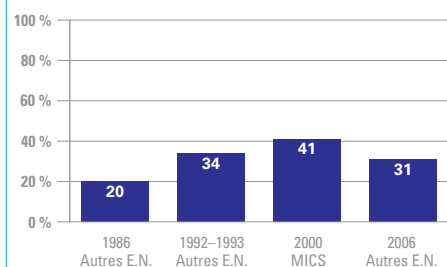
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



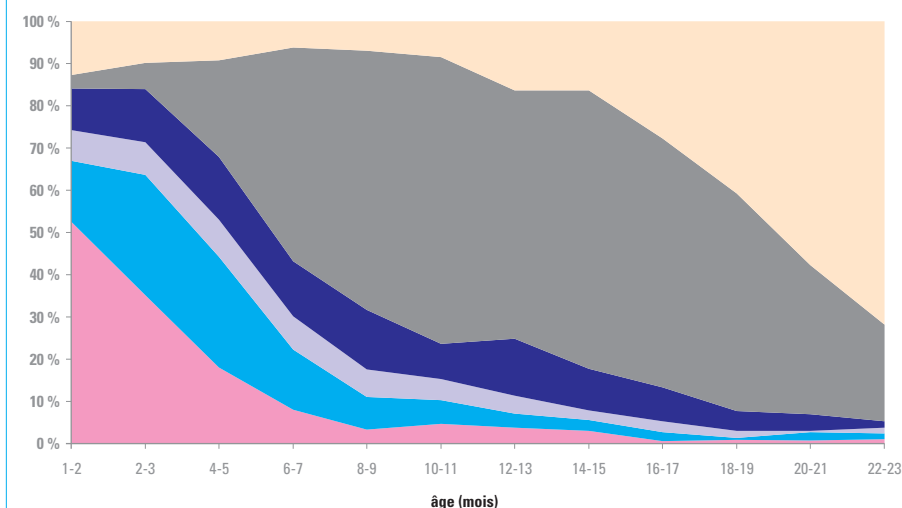
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

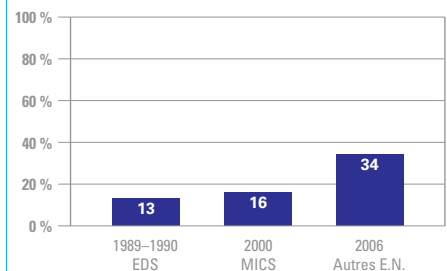
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : autres E.N. 2006

Allaitement exclusif au sein

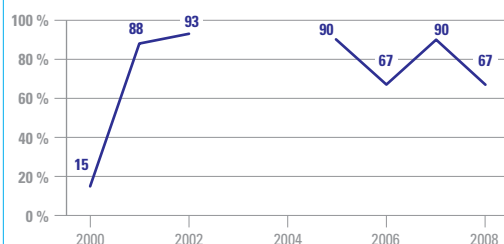
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

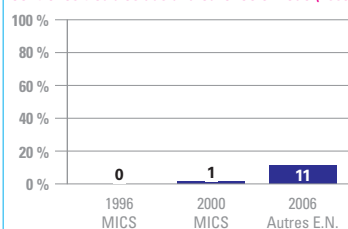


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

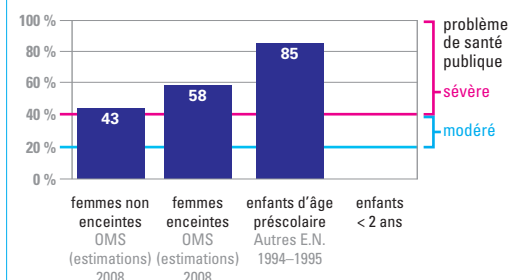
1 153 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
11 %		Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	34 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)
				56 %
				Poursuite de l'allaitement à deux ans
				35 %
				Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A
				67 %
				Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté
				En partie
				Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée
				En partie
				Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté
				Oui

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

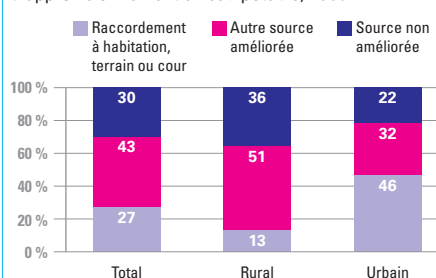
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	450	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	1 100	(2006)
Nombre total de décès maternels	5 300	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	53	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	43	(2008)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	64	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	-	-
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	49	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	31	(1999)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	52, 56	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,93	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

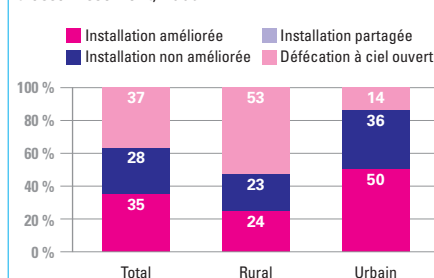
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 15 %

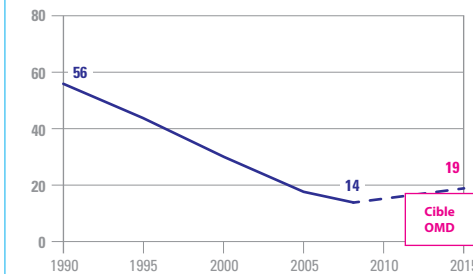
DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	42	37	1,1	35	42	0,8	39	45	44	39	28	0,7	Autres E.N. 2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	28	26	1,1	21	30	0,7	31	33	30	23	17	0,5	Autres E.N. 2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	17	15	1,1	14	18	0,8	24	20	15	12	11	0,5	Autres E.N. 2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

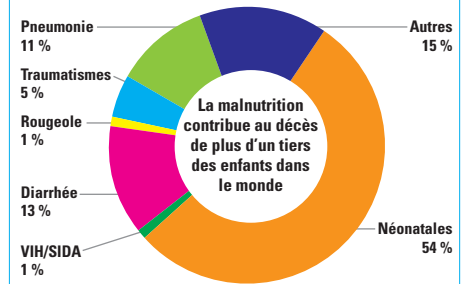
Nombre total d'habitants (000)	87 096	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	7 316	(2008)
Nombre total de naissances (000)	1 494	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	14	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	21	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	12	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	12	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,5	(2007)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	22	(2006)

Taux de mortalité des moins de cinq ans Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

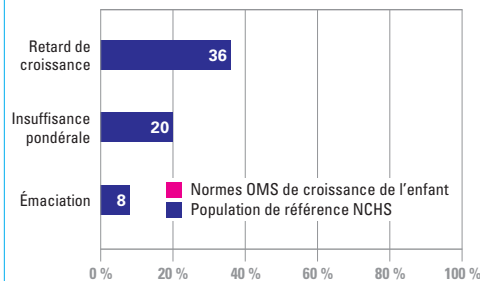
ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008) Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :	2 619	Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :	1 478
Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :	1,3	Émaciation (moins de cinq ans, 000) :	615
Rang du pays pour le retard de croissance :	13	Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :	212

État nutritionnel actuel

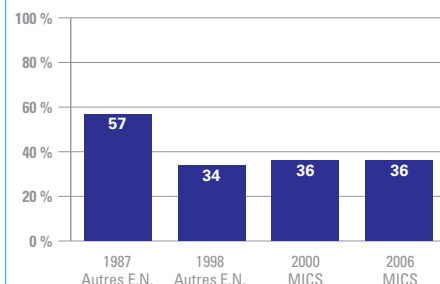
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : MICS 2006

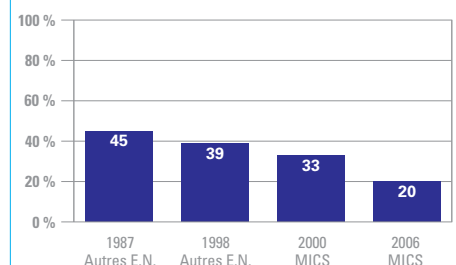
Retard de croissance - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



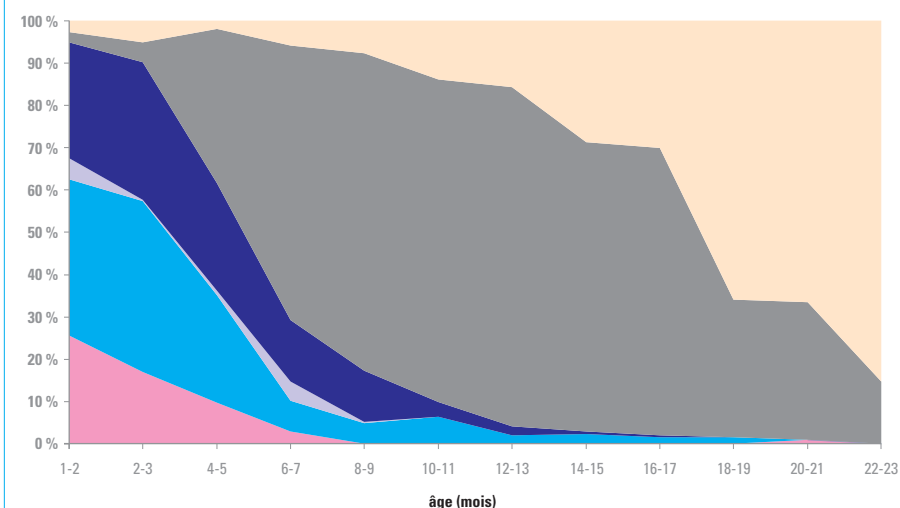
Insuffisance pondérale - tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS
En bonne voie vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

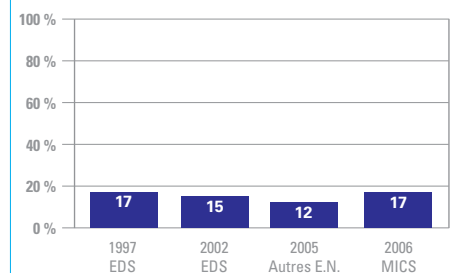
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : MICS 2006

Allaitement exclusif au sein

Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

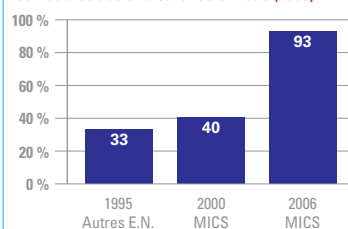


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

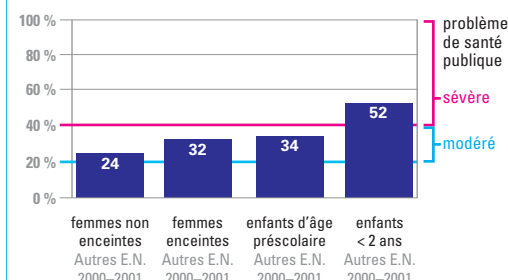
102 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	En partie	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	Nourrissons pas pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
93 %	13 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	70 %
		17 %	Poursuite de l'allaitement à deux ans	23 %
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	98 %
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Non
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Non
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	En partie

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

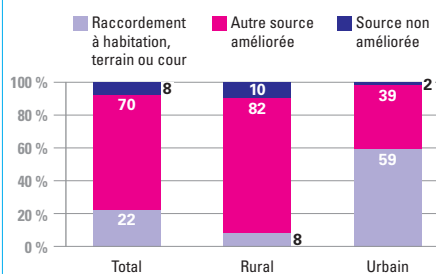
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	150	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	160	(1994-2006)
Nombre total de décès maternels	2 500	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	280	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	24	(2000-2001)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	91	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	29	(2002)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	88	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	7	(2006)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	91, 96	(2001)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,95	(2001)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

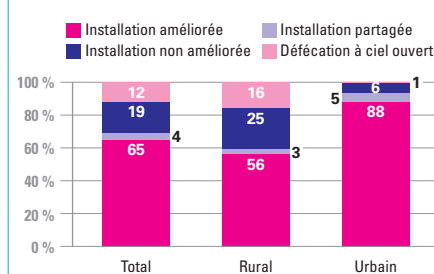
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 13 % Pneumonie : 11 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

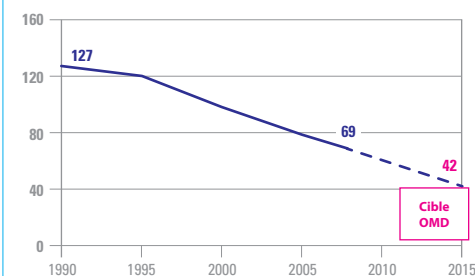
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	40	32	1,3	24	39	0,6	46	42	32	33	21	0,5	MICS 2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	21	19	1,1	12	22	0,5	29	25	17	16	10	0,3	MICS 2006
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	9	8	1,2	9	8	1,1	10	8	10	7	7	0,7	MICS 2006
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	0	17	-	-	-	-	-	-	-	MICS 2006
Initiation précoce à l'allaitement (%)	-	-	-	54	59	0,9	-	-	-	-	-	-	MICS 2006
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE

Nombre total d'habitants (000)	22 917	(2008)
Nombre total de moins de cinq ans (000)	3 733	(2008)
Nombre total de naissances (000)	846	(2008)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	69	(2008)
Nombre total de décès de moins de cinq ans (000)	57	(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	53	(2008)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	41	(2004)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 \$ E.-U. par jour (%)	18	(2005)

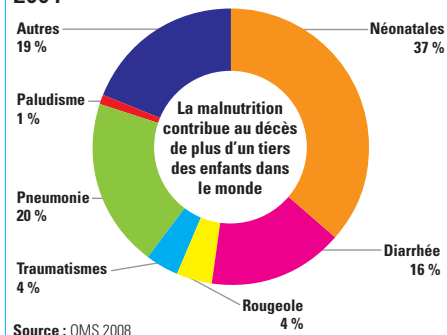
Taux de mortalité des moins de cinq ans

Décès pour 1000 naissances vivantes



Source : GIEM 2009

Causes de décès des moins de cinq ans, 2004



Source : OMS 2008

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2008)

Normes de croissance de l'enfant (OMS)

Retard de croissance (moins de cinq ans, 000) :

2 154

Insuffisance pondérale (moins de cinq ans, 000) :

1 609

Part du fardeau des retards de croissance dans le monde en développement (%) :

1,1

Émaciation (moins de cinq ans, 000) :

567

Rang du pays pour le retard de croissance :

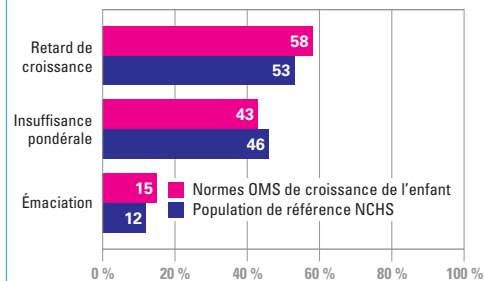
17

Émaciation grave (moins de cinq ans, 000) :

235

État nutritionnel actuel

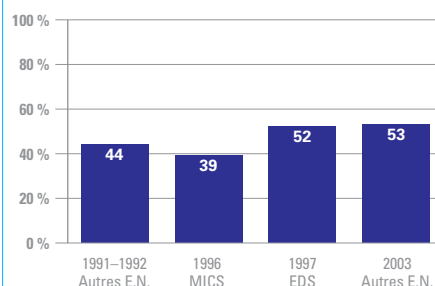
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de :



Source : autres E.N. 2003

Retard de croissance - tendances

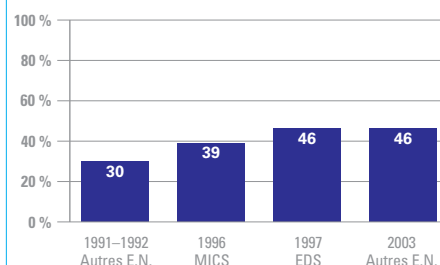
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, population de référence NCHS



Insuffisance pondérale - tendances

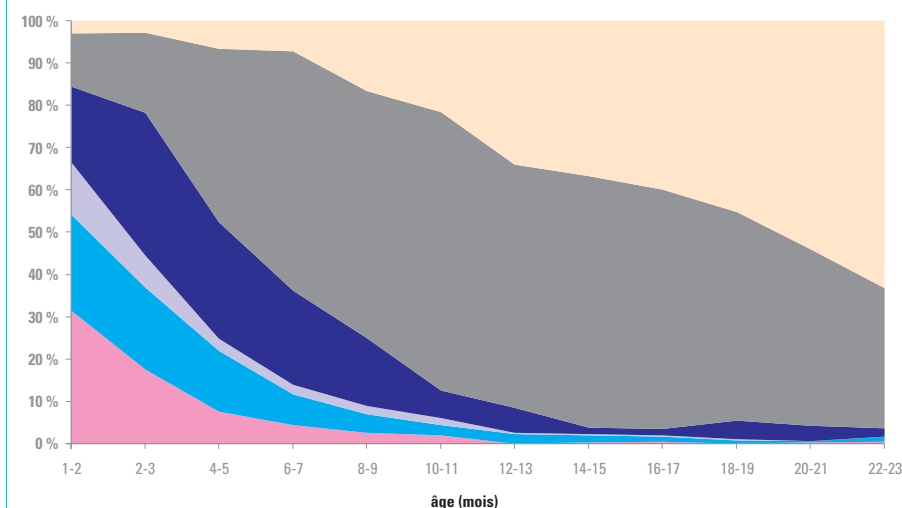
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, population de référence NCHS

Progrès insuffisant vers l'OMD 1



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

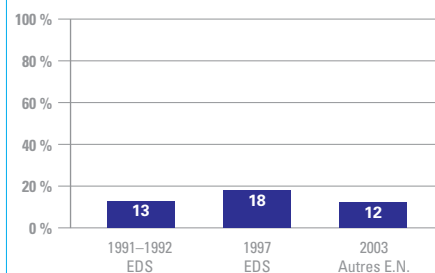
Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS 1997

Allaitement exclusif au sein

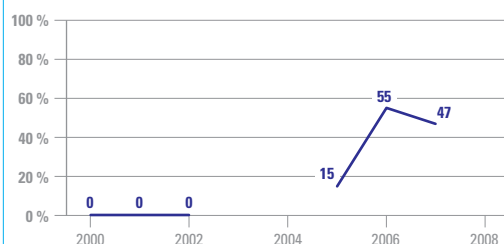
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein



MICRONUTRIMENTS

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois recevant 2 doses de vitamine A en une année de calendrier

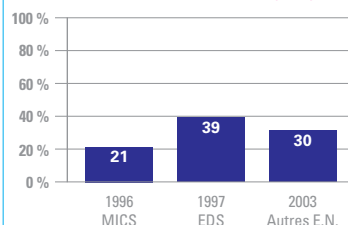


Source : UNICEF

Consommation de sel iodé : tendances*

Pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé

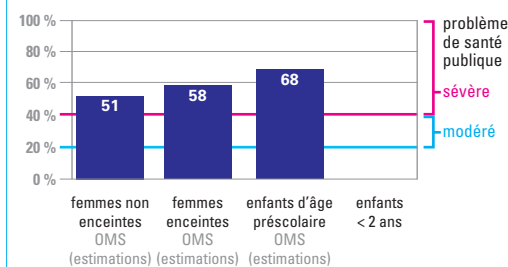
596 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2008)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Anémie

Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE

Grossesse	Naissance	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	-	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Oui	
Consommation de sel suffisamment iodé dans le ménage	30 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT	Non	
	Initiation précoce à l'allaitement (moins d'une heure après la naissance)	30 %	Introduction en temps voulu d'une alimentation complémentaire (tout en continuant d'allaiter)	76 %
	Nourrissons pas pesés à la naissance	92 %	Allaitement exclusif au sein (<6 mois)	12 %
			Poursuite de l'allaitement à deux ans	-
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	-
			Directives nationales pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec approche fondée sur la communauté	Oui
			Politique sur les nouvelles formules SRO et zinc pour la prise en charge de la diarrhée	Oui
			Politique sur le traitement de la pneumonie avec antibiotiques au niveau de la communauté	Non

Pour améliorer les chances de survie de l'enfant et son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse de la mère et des deux premières années de vie de l'enfant.

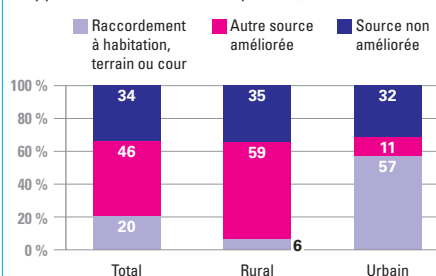
NUTRITION/SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	430	(2005)
Ratio de mortalité maternelle, déclarée (pour 100 000 naissances vivantes)	370	(2002-2003)
Nombre total de décès maternels	3 600	(2005)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	39	(2005)
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	25	(1997)
Anémie, femmes non enceintes (<120 g/l, %)	51	(2008)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	47	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	11	(1997)
Personnel soignant qualifié lors de l'accouchement (%)	36	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes, %)	32	(1997)
Taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	64, 75	(2006)
Indice de parité entre sexes (taux net de scolarisation ou fréquentation dans le primaire)	0,85	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable : couverture

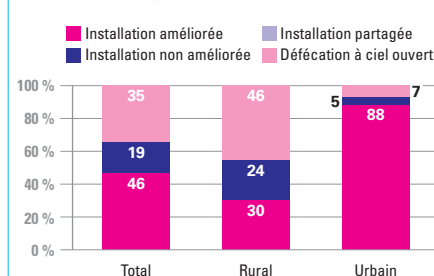
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Assainissement : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 2006



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2008

Décès des moins de 5 ans (post néonataux) causés par :

Diarrhée : 16 % Pneumonie : 20 %

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	deuxième	milieu	quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre	
Prévalence du retard de croissance (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	46	45	1,0	37	48	0,8	-	-	-	-	-	-	Autres E.N. 2003
Prévalence de l'émaciation (Normes OMS de croissance de l'enfant, %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nourrissons pas pesés à la naissance (%)	-	-	-	77	96	0,8	-	-	-	-	-	-	EDS 1997
Initiation précoce à l'allaitement (%)	47	48	1,0	55	45	1,2	-	-	-	-	-	-	EDS 1997
Femmes avec un IMC faible (<18,5 kg/m², %)	-	25	-	16	28	0,6	-	-	-	-	-	-	EDS 1997

ACRONYMES UTILISÉS DANS LE PANORAMA DES PAYS

EDS	Enquête démographique et sanitaire
EN	enquête nationale
GIEM	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant
IMC	index de masse corporelle
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
NCHS	National Center for Health Statistics
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
pEDS	Enquête démographique et sanitaire préliminaire
SRO	sels de réhydratation orale
TCI	troubles dus aux carences en iode

INTERPRÉTER DES GRAPHIQUES EN AIRES SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

Les graphiques en aires sur les pratiques d'alimentation des nourrissons qui apparaissent dans le panorama des pays pour la nutrition offrent un aperçu des données sur les pratiques d'alimentation des nourrissons par allaitement maternel et par d'autres moyens, consignées par les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les EDS ou d'autres enquêtes. Ces graphiques soulignent la situation de la nutrition des nourrissons dans un pays, leur degré de proximité avec l'alimentation « idéale », et quelques-uns des grands problèmes éventuels.

Les graphiques en aires ont des codes couleur. Dans l'idéal, les graphiques devraient être roses avant l'âge de six mois, ce qui indique que tous les enfants sont nourris exclusivement au sein, puis gris jusqu'à 24 mois, ce qui signale que l'alimentation est optimale chez les jeunes enfants.

Le graphique de 2006 pour l'Ouganda (*figure 1*) comporte une très grande zone rose aux âges les plus jeunes, ce qui indique qu'une grosse proportion d'enfants de moins de six ans est exclusivement alimentée par allaitement maternel. L'importante zone grise après six mois indique qu'une proportion substantielle d'enfants reçoit à la fois l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire si elle est recommandée.

Pour améliorer les modes d'alimentation en Ouganda, l'alimentation exclusive des nourrissons par allaitement maternel jusqu'à l'âge de six mois peut être développée encore davantage si l'introduction de laits et autres liquides est retardée (en couleur lavande et deux nuances de bleu).

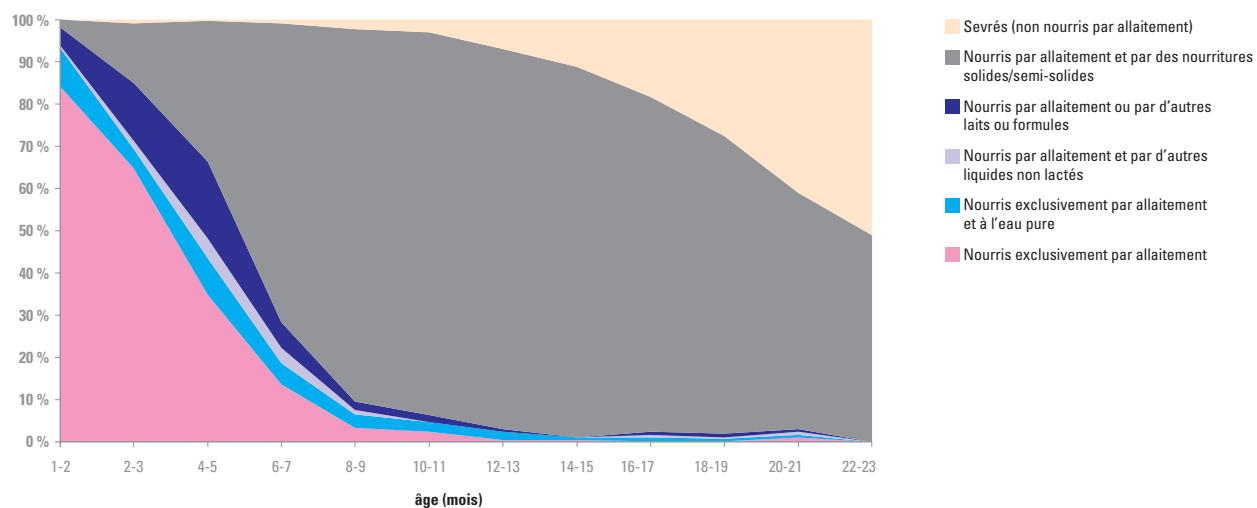
Le graphique de 2006 pour le Niger (*figure 2*) indique que, bien que la plupart des enfants reçoivent une alimentation par allaitement maternel au cours de leurs six premiers mois, très peu sont nourris exclusivement de cette manière (zone rose presque inexistante).

Pour accroître le taux d'alimentation exclusif par allaitement maternel, les programmes peuvent décourager l'administration d'eau aux enfants de moins de six mois (portion bleu vif du graphique) et l'introduction d'aliments solides ou semi-solides avant l'âge de six mois (gris).

On peut trouver tous les graphiques en aires nationaux disponibles sur : www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.

Figure 1. Pratiques d'alimentation par allaitement maternel par âge, Ouganda 2006

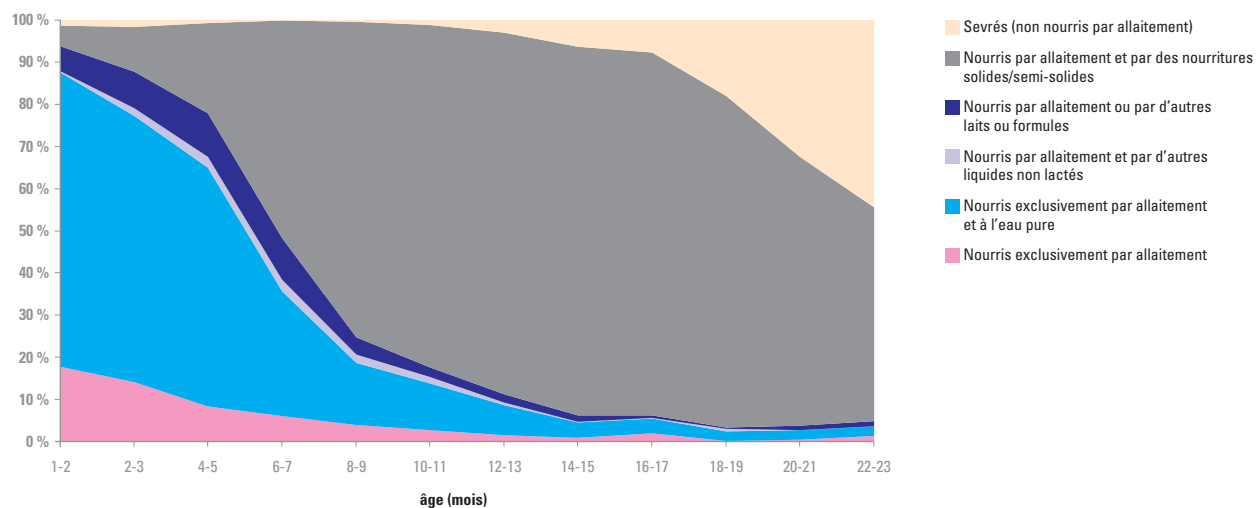
Pratiques d'alimentation des nourrissons, par âge



Source : EDS 2006

Figure 2. Pratique d'alimentation par allaitement maternel par âge, Niger 2006

Pratiques d'alimentation des nourrissons, par âge



Source : EDS 2006

SOURCES DES DONNÉES

Indicateur		Source des données	Base de données mondiale
Démographie			
Général	Population totale	Division de la population des Nations Unies	Division de la population des Nations Unies
	Population totale des moins de cinq ans	Division de la population des Nations Unies	Division de la population des Nations Unies
	Nombre total de naissances	Division de la population des Nations Unies	Division de la population des Nations Unies
Mortalité des enfants	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (GIEM), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies
	Nombre total de décès des moins de cinq ans	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies
	Causes des décès des moins de cinq ans	Organisation mondiale de la Santé, L'état de santé du monde: nouvelle étude sur la charge mondiale de morbidité, mise à jour 2004 (2008)	Organisation mondiale de la Santé
	Taux de mortalité des nourrissons	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies
	Taux de mortalité néonatale	Organisation mondiale de la Santé	Organisation mondiale de la Santé
VIH et SIDA	Taux de prévalence du VIH (de 15 à 49 ans)	<i>Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2008</i>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Pauvreté	Pourcentage de la population en dessous du seuil international de la pauvreté, 1,25 dollar des É-U par jour	Banque mondiale	Banque mondiale
Situation nutritionnelle			
Anthropométrie	Prévalence du retard de croissance	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé
	Prévalence de l'insuffisance pondérale	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé
	Prévalence de l'émaciation	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé
Alimentation des nourrissons	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Taux d'allaitement exclusif (<6 mois)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Allaitement avec compléments alimentaires (6-9 mois)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Allaitement poursuivi à deux ans (20-23 mois)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

(suite)

Indicateur		Source des données	Base de données mondiale
Situation nutritionnelle (suite)			
Micronutriments	Supplémentation en vitamine A (couverture totale)	Rapports sur les journées nationales de vaccination, enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, rapports réguliers	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Consommation de sel iodé	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Prévalence de l'anémie	<i>Prévalence de l'anémie dans le monde 1993–2005</i> , base de données mondiale de l'OMS sur l'anémie, avec des données supplémentaires en provenance des enquêtes démographiques et sanitaires et la base de données mondiale de l'OMS sur l'anémie	Organisation mondiale de la Santé
	Supplémentation en fer et en acide folique	Enquêtes démographiques et sanitaires (2003–2008)	Pas disponible
Insuffisance pondérale à la naissance	Incidences d'insuffisance pondérale à la naissance	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Enfants non pesés à la naissance	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Nutrition et santé maternelles			
Mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle (ajusté) <i>Estimations interorganisations ajustées</i>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale
	Taux de mortalité maternelle (déclaré) <i>Estimations des autorités nationales</i>	Systèmes d'état civil, rapport réguliers sur les données, Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Nombre total de décès maternels	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale
	Risque de décès maternel sur la vie entière	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale
Nutrition	Femmes ayant un faible IMC	Enquêtes démographiques et sanitaires	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Anémie, femmes non enceintes	<i>Prévalence de l'anémie dans le monde 1993–2005</i> , base de données mondiale de l'OMS sur l'anémie, avec des données supplémentaires en provenance des enquêtes démographiques et sanitaires et la base de données mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'anémie	Organisation mondiale de la Santé
Santé maternelle	Soins prénatals (au moins une visite)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, enquête sur la santé génésique, enquête sur la santé familiale	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Soins prénatals (au moins quatre visites)	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé
Soins à l'accouchement	Personnel soignant qualifié à la naissance	Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes nationales sur les familles	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Source des données (suite)

Indicateur		Source des données	Base de données mondiale
Éducation			
Éducation	Taux de scolarisation net ou taux de fréquentation net à l'école primaire (filles, garçons)	Fréquentation : Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples, autres enquêtes. Scolarisation : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU)	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
	Indice de parité des sexes (école primaire)	Institut de statistique de l'UNESCO, enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes en grappes à indicateurs multiples	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Eau et assainissement			
Eau	Couverture en matière d'eau potable	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé	Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement – Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Assainissement	Couverture en matière d'assainissement	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé	Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement – Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Politiques			
Politiques	Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé	Compilation spéciale de données par l'Organisation mondiale de la Santé pour le rapport Compte à rebours 2008. Mises à jour et informations pour les pays non compris dans le rapport Compte à rebours fournies par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en août 2009.
	Protection de la maternité conformément à la Convention No. 183 de l'Organisation internationale du travail (OIT)	Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Groupe de travail sur le zinc	Compilation spéciale de données par l'Organisation mondiale de la Santé pour le rapport Compte à rebours 2008. Mises à jour et informations pour les pays non compris dans le rapport Compte à rebours fournies par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en août 2009.
	Directives nationales pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) incorporant l'approche communautaire	Fonds des Nations Unies pour l'enfance, section nutrition	Compilation spéciale de données par l'UNICEF pour le suivi régulier des programmes.
	Nouvelle formule de sels de réhydratation orale (SRO) et zinc pour le traitement de la diarrhée	ILOLEX (base de données sur les normes internationales du travail)	Organisation internationale du travail (2009)
	Traitement communautaire de la pneumonie par antibiotiques	Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance	Compilation spéciale de données par l'Organisation mondiale de la Santé pour le rapport Compte à rebours 2008. Mises à jour et informations pour les pays non compris dans le rapport Compte à rebours fournies par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en août 2009.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS CLÉS

Nom de l'indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
Démographie			
Taux de mortalité des moins de cinq ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de cinq ans, exprimé pour 1 000 naissances vivantes		
Taux de mortalité des nourrissons	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de un an, exprimé pour 1 000 naissances vivantes		
Taux de mortalité néonatale	Probabilité de décès au cours des 28 premiers jours complets de vie, exprimé pour 1 000 naissances vivantes		
Taux de prévalence du VIH (15–49 ans)	Pourcentage d'adultes (15–49 ans) vivant avec le VIH en 2007		
Pourcentage de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar des É-U par jour	Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar des É-U par jour aux prix de 2005, ajusté en fonction de la parité du pouvoir d'achat		
État nutritionnel			
Prévalence du retard de croissance	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la taille pour l'âge est inférieure de deux (modéré et grave) et trois (grave) écarts types à la taille médiane pour l'âge de la population de référence	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont : a) la taille pour l'âge est inférieure de deux (modéré et grave) écarts types b) la taille pour l'âge est inférieure de trois (grave) écarts types à la taille médiane pour l'âge de la population de référence	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans
Prévalence de l'insuffisance pondérale	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont le poids pour l'âge est inférieur de deux (modérée et grave) et trois (grave) écarts types au poids médian pour leur âge de la population de référence	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont : a) le poids pour l'âge est inférieur de deux (modérée et grave) écarts types b) le poids pour l'âge est inférieur de trois (grave) écarts types au poids médian pour l'âge de la population de référence	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans
Prévalence de l'émaciation	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont le poids pour la taille est inférieur de deux (modérée et grave) et trois (grave) écarts-types au poids pour la taille médian de la population de référence	Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont : a) le poids pour la taille est inférieur de deux (modérée et grave) écarts-types b) le poids pour la taille est inférieur de trois (grave) écarts-types au poids médian pour la taille de la population de référence	Nombre total d'enfants de moins de cinq ans
Initiation précoce à l'allaitement maternel (<1 heure)	Pourcentage de nouveau-nés nourris au sein moins d'une heure après la naissance	Nombre de femmes ayant donné le jour à un enfant vivant au cours des X années précédant l'enquête qui ont nourri leur nouveau-né au sein moins d'une heure après la naissance	Nombre total de femmes ayant donné le jour à un enfant vivant au cours de la même période (NB : cette période de référence peut varier d'une enquête à l'autre)
Allaitement maternel exclusif (<6 mois)	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein	Nombre de nourrissons de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein	Nombre total de nourrissons de 0 à 5 mois
Allaitement maternel avec suppléments alimentaires (6–9 mois)	Pourcentage de nourrissons de 6 à 9 mois qui sont nourris au sein et reçoivent un supplément alimentaire	Nombre de nourrissons de 6 à 9 mois qui sont nourris au sein et reçoivent un supplément alimentaire	Nombre total de nourrissons de 6 à 9 mois
Allaitement maternel poursuivi à deux ans	Pourcentage d'enfants de 20 à 23 mois qui sont actuellement nourris au sein	Nombre d'enfants de 20 à 23 mois qui sont actuellement nourris au sein	Nombre total d'enfants de 20 à 23 mois.

Définitions des indicateurs clés (suite)

Nom de l'indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
État nutritionnel (suite)			
Supplémentation en vitamine A (couverture totale)	Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses au cours de l'année civile <i>(se référer aux « Notes générales sur les données », page 17, pour tous détails complémentaires)</i>		
Consommation de sel iodé	Pourcentage de familles consommant une quantité adéquate de sel iodé	Nombre de familles qui consomment du sel iodé (15 parties par million ou plus de iodide/iodate)	Nombre total de familles
Nutrition de l'enfant			
Anémie chez les femmes non enceintes	Pourcentage de femmes non enceintes de 15 à 49 ans avec une concentration d'hémoglobine <120 g/L	Nombre de femmes non enceintes de 15 à 49 ans qui ont eu une concentration d'hémoglobine <120 g/L	Nombre total de femmes non enceintes de 15 à 49 ans
Anémie chez les femmes enceintes	Pourcentage de femmes enceintes de 15 à 49 ans avec une concentration d'hémoglobine <110 g/L	Nombre de femmes enceintes de 15 à 49 ans qui ont eu une concentration d'hémoglobine <110 g/L	Nombre total de femmes enceintes de 15 à 49 ans
Anémie chez les enfants d'âge préscolaire	Pourcentage d'enfants d'âge préscolaire* qui ont une concentration d'hémoglobine <110 g/L <i>*L'âge peut varier d'un pays à l'autre</i>	Nombre d'enfants d'âge préscolaire qui ont eu une concentration d'hémoglobine <110 g/L	Nombre total d'enfants d'âge préscolaire
Anémie chez les enfants de moins de 2 ans	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans qui ont une concentration d'hémoglobine <110 g/L <i>(l'âge peut varier d'un pays à l'autre)</i>	Nombre d'enfants de moins de 2 ans qui ont eu une concentration d'hémoglobine <110 g/L	Nombre total d'enfants de moins de 2 ans
Supplémentation en fer et en acide folique	Pourcentage de femmes qui ont pris des suppléments de fer et d'acide folique pendant au moins 90 jours au cours de leur dernière grossesse dans les 5 ans qui ont précédé l'enquête	Nombre de femmes qui ont pris des suppléments de fer et d'acide folique pendant au moins 90 jours au cours de leur dernière grossesse dans les 5 ans qui ont précédé l'enquête	Nombre total de femmes qui ont donné le jour à un enfant vivant au cours de la même période
Incidence d'une insuffisance pondérale à la naissance	Pourcentage de naissances vivantes lorsque l'enfant pesait moins de 2 500 grammes à la naissance	Nombre des dernières naissances vivantes au cours des X années qui ont précédé l'enquête, lorsque l'enfant pesait moins de 2 500 grammes à la naissance	Nombre total des dernières naissances vivantes au cours de la même période
Enfants non pesés à la naissance	Pourcentage de naissances vivantes lorsque l'enfant n'a pas été pesé à la naissance	Nombre des dernières naissances vivantes au cours des X années qui ont précédé l'enquête lorsque l'enfant n'a pas été pesé à la naissance	Nombre total des dernières naissances vivantes au cours de la même période
Nutrition et santé maternelles			
Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès de femmes pour des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes		
Risque de décès maternel sur la vie entière	Le risque de décès maternel sur la vie entière tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de mourir des suites de cette grossesse, cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer		
Femmes ayant un IMC faible	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 18,5	Nombre de femmes de 15 à 49 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 18,5	Nombre total de femmes de 15 à 49 ans
Soins prénatals (au moins une visite)	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié pour des raisons liées à la grossesse	Nombre de femmes qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire) pour des raisons liées à la grossesse au cours des X années qui ont précédé l'enquête	Nombre total de femmes qui ont donné le jour à un enfant vivant au cours de la même période
Soins prénatals (au moins quatre visites)	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui ont reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse les services d'un personnel soignant qualifié pour des raisons liées à la grossesse	Nombre de femmes qui ont été examinées au moins quatre fois pendant leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire) pour des raisons liées à la grossesse au cours des X années qui ont précédé l'enquête	Nombre total de femmes qui ont donné le jour à un enfant vivant au cours de la même période

(suite)

Nom de l'indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
Nutrition et santé maternelles (suite)			
Personnel soignant qualifié à la naissance	Pourcentage de naissances vivantes suivies par un personnel soignant qualifié	Nombre de naissances vivantes provenant de femmes de 15 à 49 ans dans les X années qui ont précédé l'enquête qui ont été suivies au cours de l'accouchement par un personnel soignant qualifié (médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire)	Nombre total de naissances vivantes provenant de femmes de 15 à 49 ans au cours de la même période
Éducation			
Taux net de scolarisation ou fréquentation à l'école primaire	Nombre d'enfants scolarisés dans le primaire, ou fréquentant l'école primaire, ayant l'âge officiel, ou plus, de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires	Nombre d'enfants scolarisés dans le primaire, ou fréquentant l'école primaire, qui ont l'âge officiel de suivre des études primaires	Nombre total d'enfants qui ont l'âge officiel de suivre des études primaires
Indice de parité entre les sexes (école primaire)	Taux entre la proportion de garçons et la proportion de filles dans l'éducation primaire	Taux net de scolarisation/fréquentation des filles à l'école primaire	Taux net de scolarisation/fréquentation des garçons à l'école primaire
Eau et assainissement			
Couverture en eau potable	Pourcentage de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	<i>Raccord par tuyaux</i> – Nombre de membres de la famille vivant dans une famille utilisant un raccord d'eau potable par tuyauterie, situé à l'intérieur de l'habitation, de la parcelle ou du terrain de l'utilisateur <i>Autres améliorées</i> – nombre de membres vivants dans des familles qui utilisent des pompes, des puits ou des robinets publics, des sources ou des puits protégés ou ont recours à une collecte protégée des eaux de pluie	Nombre total de membres des familles interrogées
	Pourcentage de la population utilisant une source d'eau potable non améliorée	<i>Non améliorée</i> – Nombre de membres vivant dans des familles utilisant des puits non protégés, des cartouches de filtrage avec un petit réservoir, des camions-citernes à eau, de l'eau de surface (barrage, lac, mare, ruisseau, canal, canaux d'irrigation) et de l'eau en bouteilles	
Assainissement	Pourcentage de la population utilisant une installation sanitaire améliorée	<i>Améliorée</i> – Nombre de membres de familles utilisant des installations sanitaires améliorées (des installations qui assurent la séparation des excréments humains du contact humain), notamment des latrines ou toilettes à chasse d'eau manuelle ou automatique avec évacuation dans un système d'égouts par tuyauterie, une fosse septique ou une latrine à fosse, une latrine à fosse ventilée améliorée, une latrine à fosse couverte d'une dalle et des toilettes à compostage	Nombre total de membres des familles interrogées
	Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires non améliorées	<i>Partagées</i> – Nombre de membres de familles utilisant des installations sanitaires d'un type par ailleurs acceptable partagées entre deux familles ou plus, y compris des toilettes publiques <i>Non améliorée</i> – Nombre de membres de familles utilisant des installations sanitaires qui n'assurent pas la séparation des excréments humains du contact humain, notamment des latrines à fosses sans dalle ou plateforme, des latrines en surplomb et des latrines à seau <i>Défécation à l'air libre</i> – Nombre de membres de familles déféquant dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau ou d'autres espaces en plein air	Nombre total de membres des familles interrogées

DÉFINITIONS DES INDICATEURS DE POLITIQUE

Indicateur	Définition de l'indicateur	Critères de classement
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Politique nationale adoptée pour toutes les dispositions stipulées dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	<i>Oui</i> : toutes les dispositions du Code international adoptées dans la législation <i>En partie</i> : accords volontaires ou quelques dispositions du Code international adoptées dans la législation <i>Non</i> : pas de législation et pas d'accord volontaire adoptés en relation avec le Code international
Protection de la maternité, conformément à la Convention No. 183 de l'Organisation internationale du Travail	Convention No. 183 de l'Organisation internationale du Travail ratifiée par le pays	<i>Oui</i> : Convention No. 183 de l'OIT ratifiée <i>En partie</i> : Convention No. 183 de l'OIT non ratifiée mais convention précédente sur la maternité ratifiée <i>Non</i> : pas de ratification de quelque convention de protection de la maternité que ce soit
Directives nationales de traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) incorporant l'approche communautaire	Indique la situation de chaque pays vis-à-vis de l'adoption de directives nationales sur le traitement de la MAS incorporant l'approche communautaire	<i>Oui</i> : les directives nationales ont été adoptées <i>En partie</i> : les directives nationales en sont à un stade ou à un autre de leur élaboration (processus engagé, finalisation imminente) <i>Non</i> : les directives nationales n'ont pas été adoptées et le processus d'élaboration n'a pas été initié <i>Sans objet</i> : le taux d'émaciation du pays ne mérite pas l'élaboration de ces directives (trop bas)
Nouvelle formule de sels de réhydratation orale (SRO) et de zinc pour le traitement de la diarrhée	Directives de politique nationale adoptées sur le traitement de la diarrhée avec des sels de réhydratation orale à faible osmolarité et des suppléments de zinc	<i>Oui</i> : SRO à faible osmolarité et suppléments de zinc dans la politique nationale <i>En partie</i> : SRO à faible osmolarité ou suppléments de zinc dans la politique nationale <i>Non</i> : SRO à faible osmolarité et suppléments de zinc non promus dans la politique nationale
Traitement communautaire de la pneumonie avec des antibiotiques	Politique nationale adoptée, autorisant les travailleurs communautaires de la santé à identifier et traiter la pneumonie par antibiotiques	<i>Oui</i> : les travailleurs communautaires de la santé sont autorisés à donner des antibiotiques contre la pneumonie <i>En partie</i> : pas de politique nationale mais une certaine mise en œuvre du traitement communautaire de la pneumonie <i>Non</i> : pas de politique nationale et pas de mise en œuvre



TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau 1. Classement des pays sur la base du nombre d'enfants de moins de cinq ans atteints d'un retard de croissance modéré et grave

Classement	Pays	Prévalence du retard de croissance (%) 2003-2008	Nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance (milliers) 2008	Pourcentage du total (195,1 millions) dans le monde en développement
1	Inde	48	60 788	31,2 %
2	Chine	15	12 685	6,5 %
3	Nigéria	41	10 158	5,2 %
4	Pakistan	42	9 868	5,1 %
5	Indonésie	37	7 688	3,9 %
6	Bangladesh	43	7 219	3,7 %
7	Éthiopie	51	6 768	3,5 %
8	République démocratique du Congo	46	5 382	2,8 %
9	Philippines	34	3 617	1,9 %
10	République-Unie de Tanzanie	44	3 359	1,7 %
11	Afghanistan	59	2 910	1,5 %
12	Égypte	29	2 730	1,4 %
13	Viet Nam	36	2 619	1,3 %
14	Ouganda	38	2 355	1,2 %
15	Soudan	40	2 305	1,2 %
16	Kenya	35	2 269	1,2 %
17	Yémen	58	2 154	1,1 %
18	Myanmar	41	1 880	1,0 %
19	Népal	49	1 743	< 1 %
20	Mozambique	44	1 670	< 1 %
21	Madagascar	53	1 622	< 1 %
22	Mexique	16	1 594	< 1 %
23	Niger	47	1 473	< 1 %
24	Afrique du Sud	27	1 425	< 1 %
25	Malawi	53	1 368	< 1 %
26	Côte d'Ivoire	40	1 246	< 1 %
27	Iraq	26	1 175	< 1 %
28	Guatemala	54	1 150	< 1 %
29	Brésil	7	1 129	< 1 %
30	Cameroun	36	1 080	< 1 %
31	Burkina Faso	36	1 053	< 1 %
32	Zambie	45	1 036	< 1 %
33	Fédération de Russie	13	938	< 1 %
34	Ghana	28	929	< 1 %
35	Angola	29	926	< 1 %
36	Pérou	30	886	< 1 %
37	Rwanda	51	836	< 1 %
38	Mali	38	832	< 1 %
39	Tchad	41	812	< 1 %
40	République arabe syrienne	28	778	< 1 %
41	Thaïlande	16	756	< 1 %
42	États-Unis d'Amérique	3	714	< 1 %
43	République populaire démocratique de Corée	45	704	< 1 %
44	Colombie	15	686	< 1 %
45	Maroc	23	684	< 1 %
46	Cambodge	42	683	< 1 %
47	Somalie	42	675	< 1 %
48	Turquie	10	674	< 1 %
49	Guinée	40	654	< 1 %
50	Bénin	43	625	< 1 %
51	Burundi	53	607	< 1 %
52	Zimbabwe	33	570	< 1 %
53	Arabie saoudite	20	569	< 1 %
54	Algérie	15	496	< 1 %
55	Ouzbékistan	19	489	< 1 %
56	Papouasie-Nouvelle-Guinée	43	405	< 1 %
57	Sénégal	19	395	< 1 %
58	République démocratique populaire lao	48	370	< 1 %
59	Haïti	29	357	< 1 %
60	Érythrée	44	354	< 1 %
61	Sierra Leone	36	345	< 1 %
62	Venezuela (République bolivarienne du)	12	343	< 1 %
63	Tadjikistan	39	341	< 1 %
64	Équateur	23	323	< 1 %
65	Sri Lanka	18	321	< 1 %
66	Iran (République islamiste d')	5	301	< 1 %
67	Honduras	29	282	< 1 %
68	République centrafricaine	43	280	< 1 %
69	Argentine	8	276	< 1 %
70	Bolivia (État plurinational de)	22	271	< 1 %
71	Togo	27	255	< 1 %
72	Libéria	39	244	< 1 %
73	Kazakhstan	17	233	< 1 %
74	République dominicaine	18	197	< 1 %

(suite)

Classement	Pays	Prévalence du retard de croissance (%) 2003-2008	Nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance (milliers) 2008	Pourcentage du total (195,1 millions) dans le monde en développement
75	Azerbaïdjan	25	185	< 1 %
76	Congo	30	165	< 1 %
77	Mauritanie	32	153	< 1 %
78	Nicaragua	22	146	< 1 %
79	Jamahiriya arabe libyenne	21	145	< 1 %
80	Roumanie	13	136	< 1 %
81	Paraguay	18	129	< 1 %
82	Guinée-Bissau	47	125	< 1 %
83	El Salvador	19	117	< 1 %
84	Lesotho	42	113	< 1 %
85	Timor-Leste	54	100	< 1 %
86	Turkménistan	19	97	< 1 %
87	Kirghizistan	18	96	< 1 %
88	Jordanie	12	90	< 1 %
89	Namibie	29	80	< 1 %
90	Panama	22	74	< 1 %
91	Gambie	28	74	< 1 %
92	Territoire palestinien occupé	10	71	< 1 %
93	Botswana	29	64	< 1 %
94	Mongolie	27	61	< 1 %
95	Koweït	24	59	< 1 %
96	Ukraine	3	58	< 1 %
97	Albanie	26	57	< 1 %
98	Émirats arabes unis	17	51	< 1 %
99	Tunisie	6	48	< 1 %
100	Swaziland	29	46	< 1 %
101	Gabon	25	46	< 1 %
102	Guinée équatoriale	43	44	< 1 %
103	Comores	44	43	< 1 %
104	Monténégro	7	40	< 1 %
105	Arménie	18	40	< 1 %
106	Oman	13	38	< 1 %
107	Uruguay	15	37	< 1 %
108	Liban	11	35	< 1 %
109	Djibouti	33	35	< 1 %
110	Bhoutan	48	34	< 1 %
111	Géorgie	13	32	< 1 %
112	Cuba	5	31	< 1 %
113	Îles Salomon	33	24	< 1 %
114	Costa Rica	6	23	< 1 %
115	Bélarus	4	21	< 1 %
116	République de Moldova	10	21	< 1 %
117	Bosnie-Herzégovine	10	18	< 1 %
118	Chili	1	16	< 1 %
119	L'ex-République yougoslave de Macédoine	11	12	< 1 %
120	Guyana	17	12	< 1 %
121	Jamaïque	4	9	< 1 %
122	Maurice	10	9	< 1 %
123	Singapour	4	9	< 1 %
124	Maldives	32	9	< 1 %
125	Belize	22	8	< 1 %
126	Cap-Vert	12	7	< 1 %
127	Sao-Tomé-et-Principe	29	7	< 1 %
128	Bahreïn	10	7	< 1 %
129	Vanuatu	20	7	< 1 %
130	Qatar	8	6	< 1 %
131	Suriname	11	5	< 1 %
132	Trinité-et-Tobago	4	3	< 1 %
133	Serbie	7	3	< 1 %
134	Croatie	1	2	< 1 %
135	Nauru	24	0	< 1 %
136	Tuvalu	10	0	< 1 %

Remarque : les estimations sont calculées selon les normes OMS de croissance de l'enfant, sauf dans les cas où l'on ne dispose que de données calculées sur la base de la population de référence du National Center for Health Statistics (NCHS). Les estimations concernant 96 pays sont tirées d'enquêtes menées en 2003 ou plus tard. Pour plus d'informations sur les pays dont les estimations proviennent du NCHS ou les pays dans lesquels les enquêtes ont été menées avant 2003, veuillez vous référer à la page 116.

Tableau 2. Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2008	Nombre d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) 2008	% de moins de 5 ans (2003–2008*) atteints de :					Taux annuel moyen de réduction de l'insuffisance pondérale (%) 1990–2008	Progrès vers la cible de l'OMD 1	% d'insuffisance pondérale à la naissance 2003–2008*
			retard de croissance (OMS) modéré et grave	émaciation (OMS) modérée et grave	insuffisance pondérale (OMS) modérée et grave	grave	insuffisance pondérale (NCHS/OMS) modérée et grave			
Afghanistan	257	4 907	59 y	9 y	33 y	12 y	39 y	3,1	En bonne voie	–
Afrique du Sud	67	5 200	27 z	5 z	–	3 z	12	-2,6	Pas de progrès	15 x
Albanie	14	217	26	7	6	2	8	12,7	En bonne voie	7
Algérie	41	3 328	15	4	3	1	4	6,1	En bonne voie	6
Allemagne	4	3 446	–	–	–	–	–	–	–	7 x
Andorre	4	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	220	3 170	29 y	8 y	16 y	7 y	–	7,6	En bonne voie	12 x
Antigua-et-Barbuda	12	4	–	–	–	–	–	–	–	5
Arabie saoudite	21	2 859	20 z	11 z	–	3 z	14 x	–	–	11 x
Argentine	16	3 361	8 y	1 y	2 y	0 y	4 y	3,5	En bonne voie	7
Arménie	23	221	18	5	4	1	4	-2,0	En bonne voie	7
Australie	6	1 327	–	–	–	–	–	–	–	7 x
Autriche	4	391	–	–	–	–	–	–	–	7 x
Azerbaïdjan	36	738	25	7	8	2	10	1,6	Progrès insuffisants	10
Bahamas	13	28	–	–	–	–	–	–	–	11
Bahreïn	12	69	10 z	5 z	–	2 z	9 x	–	–	8 x
Bangladesh	54	16 710	43	17	41	12	46	2,3	Progrès insuffisants	22
Barbade	11	14	–	–	–	–	–	–	–	14
Bélarus	13	472	4	2	1	1	1	–	En bonne voie	4
Belgique	5	590	–	–	–	–	–	–	–	8 x
Belize	19	36	22	2	4	1	6	-0,2	Pas de progrès	7
Bénin	121	1 450	43	8	18	5	23	2,2	Progrès insuffisants	15
Bhoutan	81	71	48 x	3 x	14 x	3 x	19 x	6,4	En bonne voie	15 x
Bolivie (État plurinational de)	54	1 245	22 z	1 z	–	1 z	6	3,4	En bonne voie	7
Bosnie-Herzégovine	15	172	10	4	1	0	2	18,2	En bonne voie	5
Botswana	31	221	29 x	6 x	11 x	4 x	13 x	7,8	En bonne voie	10 x
Brésil	22	16 125	7	2	2	–	–	3,0	En bonne voie	8
Brunéï Darussalam	7	37	–	–	–	–	–	–	–	10 x
Bulgarie	11	349	–	–	–	–	–	–	–	9
Burkina Faso	169	2 934	36 z	19 z	–	–	32	-0,4	Pas de progrès	16
Burundi	168	1 155	53 z	7 z	35	14 z	39	-0,2	Pas de progrès	11
Cambodge	90	1 611	42	9	28	7	36	4,2	En bonne voie	14
Cameroun	131	3 016	36	7	16	5	19	-2,3	Pas de progrès	11
Canada	6	1 753	–	–	–	–	–	–	–	6 x
Cap-Vert	29	59	12 z	7 z	–	2 z	9 y	3,0	En bonne voie	6
Chili	9	1 238	1 z	0 z	–	–	1 y	2,3	En bonne voie	6
Chine	21	86 881	15	–	6	–	7	6,4	En bonne voie	4
Chypre	4	49	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	20	4 485	15 y	2 y	5 y	2 y	7 y	2,7	En bonne voie	6
Comores	105	97	44 z	8 z	–	–	25	-3,7	Pas de progrès	25 x
Congo	127	551	30	8	11	3	14	2,7	En bonne voie	13
Costa Rica	11	376	6 z	2 z	–	0 z	5 x	–	–	7
Côte d'Ivoire	114	3 139	40	8	16	5	20	1,8	Progrès insuffisants	17
Croatie	6	208	1 z	1 z	–	–	1 x	–	–	5
Cuba	6	613	5 z	2 z	–	0 z	4	8,5	En bonne voie	5
Danemark	4	320	–	–	–	–	–	–	–	5 x
Djibouti	95	108	33 y	17 y	31 y	9 y	33 y	-2,2	Pas de progrès	10
Dominique	11	3	–	–	–	–	–	–	–	10
Égypte	23	9 447	29	7	6	1	8	2,4	Progrès insuffisants	13
El Salvador	18	608	19 y	–	6 y	–	9 y	2,7	En bonne voie	7
Émirats arabes unis	8	307	17 z	15 z	–	3 z	14 x	–	–	15 x
Équateur	25	1 392	23 z	2 z	6	1 z	9	2,9	En bonne voie	10
Érythrée	58	811	44 x	15 x	35 x	13 x	40 x	0,7	Progrès insuffisants	14 x
Espagne	4	2 373	–	–	–	–	–	–	–	6 x
Estonie	6	73	–	–	–	–	–	–	–	4 x
États-Unis d'Amérique	8	21 624	3 x	0 x	1 x	0 x	2 x	–	–	8 x
Éthiopie	109	13 323	51	12	33	11	38	1,7	Progrès insuffisants	20
Fédération de Russie	13	7 389	13 z	4 z	–	1 z	3 x	–	–	6
Fidji	18	87	–	–	–	–	–	–	–	10
Finlande	3	291	–	–	–	–	–	–	–	4 x
France	4	3 870	–	–	–	–	–	–	–	7 x
Gabon	77	182	25 x	4 x	8 x	2 x	12 x	–	–	14 x
Gambie	106	267	28	7	16	4	20	2,1	Progrès insuffisants	20
Géorgie	30	241	13	3	2	1	2	6,3	En bonne voie	5
Ghana	76	3 319	28	9	14	3	–	3,1	En bonne voie	9
Grèce	4	532	–	–	–	–	–	–	–	8 x
Grenade	15	9	–	–	–	–	–	–	–	9
Guatemala	35	2 118	54 x	2 x	18 x	4 x	23 x	2,7	En bonne voie	12 x
Guinée	146	1 635	40	8	21	7	26	0,3	Pas de progrès	12
Guinée équatoriale	148	103	43 x	9 x	16 x	5 x	19 x	–	–	13 x
Guinée-Bissau	195	265	47	8	15	4	19	4,1	En bonne voie	24
Guyana	61	69	17	8	10	3	12	2,4	Progrès insuffisants	19

(suite)

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2008	Nombre d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) 2008	% de moins de 5 ans (2003-2008*) atteints de :					Taux annuel moyen de réduction de l'insuffisance pondérale (%) 1990-2008	Progrès vers la cible de l'OMD 1	% d'insuffisance pondérale à la naissance 2003-2008*
			retard de croissance (OMS) modéré et grave	émaciation (OMS) modérée et grave	insuffisance pondérale (OMS)		insuffisance pondérale (NCHS/OMS) modérée et grave			
Haïti	72	1 252	29	10	18	6	22	1,9	Progrès insuffisants	25
Honduras	31	958	29	1	8	1	11	2,8	En bonne voie	10
Hongrie	7	486	-	-	-	-	-	-	-	9 x
Îles Cook	15	2	-	-	-	-	10 x	-	-	3 x
Îles Marshall	36	6	-	-	-	-	-	-	-	18
Îles Salomon	36	73	33	4	12	2	-	-	-	13
Inde	69	126 642	48	20	43	16	48	0,9	Progrès insuffisants	28
Indonésie	41	20 891	37	14	18	5	-	2,7	En bonne voie	9
Iran (République islamique d')	32	6 402	5 z	4 z	-	-	5	11,6	En bonne voie	7
Iraq	44	4 450	26	6	6	2	8	0,6	Progrès insuffisants	15
Irlande	4	335	-	-	-	-	-	-	-	6 x
Islande	3	22	-	-	-	-	-	-	-	4 x
Israël	5	693	-	-	-	-	-	-	-	8 x
Italie	4	2 892	-	-	-	-	-	-	-	6 x
Jamahiriya arabe libyenne	17	700	21 x	4 x	4 x	-	5 x	-	-	7 x
Jamaïque	31	255	4	2	2	-	-	5,8	En bonne voie	12
Japon	4	5 400	-	-	-	-	-	-	-	8 x
Jordanie	20	750	12 x	3 x	4 x	1 x	4 x	4,7	En bonne voie	13
Kazakhstan	30	1 384	17	5	4	1	4	0,7	En bonne voie	6
Kenya	128	6 540	35 z	6 z	-	4 z	21 y	0,8	Progrès insuffisants	10
Kirghizistan	38	547	18	3	2	0	3	12,8	En bonne voie	5
Kiribati	48	10	-	-	-	-	13 x	-	-	5 x
Koweït	11	249	24 z	11 z	-	3 z	10 x	-	-	7 x
Lesotho	79	272	42 y	2 y	14 y	3 y	-	-2,0	Pas de progrès	13
Lettonie	9	109	-	-	-	-	-	-	-	5 x
L'ex-République yougoslave de Macédoine	11	112	11	3	2	0	2	12,8	En bonne voie	6
Liban	13	323	11 z	5 z	-	-	4	-3,3	En bonne voie	6 x
Libéria	145	619	39	8	19	6	24	1,5	Progrès insuffisants	14
Liechtenstein	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	7	151	-	-	-	-	-	-	-	4 x
Luxembourg	3	27	-	-	-	-	-	-	-	8 x
Madagascar	106	3 060	53	15	36	12	42	-0,4	Pas de progrès	17
Malaisie	6	2 732	-	-	-	1 z	8	7,6	En bonne voie	9 x
Malawi	100	2 591	53	4	15	3	21	2,4	Progrès insuffisants	13
Maldives	28	27	32 x	13 x	26 x	7 x	30 x	4,3	En bonne voie	22 x
Mali	194	2 207	38	15	27	10	32	1,4	Progrès insuffisants	19
Malte	6	19	-	-	-	-	-	-	-	6 x
Maroc	36	3 041	23	10	9	2	10	1,8	Progrès insuffisants	15
Maurice	17	91	10 z	14 z	-	2 z	15 x	-	-	14
Mauritanie	118	475	32 y	12 y	24 y	7 y	31 y	1,5	Progrès insuffisants	34
Mexique	17	10 281	16	2	3	-	5	5,9	En bonne voie	8
Micronésie (États fédérés de)	39	14	-	-	-	-	15 x	-	-	18 x
Monaco	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	41	229	27	3	5	1	6	7,0	En bonne voie	6
Monténégro	8	38	7	4	2	1	3	-	En bonne voie	4
Mozambique	130	3 820	44 z	4 z	-	4 z	18	2,9	En bonne voie	15
Myanmar	98	4 629	41	11	30	9	32	1,2	Progrès insuffisants	15 x
Namibie	42	277	29	8	17	4	21	1,5	Progrès insuffisants	16
Nauru	45	1	24	1	5	1	-	-	-	27
Népal	51	3 535	49	13	39	11	45	0,3	Pas de progrès	21
Nicaragua	27	675	22	1	6	1	7	4,3	En bonne voie	8
Niger	167	3 121	47 y	12 y	36 y	12 y	43 y	0,0	Pas de progrès	27
Nigéria	186	25 020	41	14	23	9	27	1,6	Progrès insuffisants	14
Niue	-	0	-	-	-	-	-	-	-	0 x
Norvège	4	293	-	-	-	-	-	-	-	5 x
Nouvelle-Zélande	6	288	-	-	-	-	-	-	-	6 x
Oman	12	293	13 x	7 x	11 x	2 x	18 x	4,2	En bonne voie	9
Ouganda	135	6 182	38	6	16	4	20	0,7	Progrès insuffisants	14
Ouzbékistan	38	2 576	19	4	4	1	5	11,4	En bonne voie	5
Pakistan	89	23 778	42 x	14 x	31 x	13 x	38 x	1,7	Progrès insuffisants	32
Palaos	15	2	-	-	-	-	-	-	-	9 x
Panama	23	345	22 x	1 x	6 x	1 x	8 x	-1,2	Pas de progrès	10
Papouasie-Nouvelle-Guinée	69	950	43 y	5 y	18 y	5 y	26 y	-	-	10
Paraguay	28	736	18	1	3	-	4	-0,1	En bonne voie	9
Pays-Bas	5	958	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	24	2 975	30	1	6	1	5	3,6	En bonne voie	8
Philippines	32	10 701	34	6	21	5	28	0,9	Progrès insuffisants	20
Pologne	7	1 810	-	-	-	-	-	-	-	6 x
Portugal	4	538	-	-	-	-	-	-	-	8 x
Qatar	10	77	8 z	2 z	-	-	6 x	-	-	10 x
République arabe syrienne	16	2 807	28	10	9	2	10	2,7	En bonne voie	9
République centrafricaine	173	656	43	12	24	8	29	-1,6	Pas de progrès	13

Tableau 2. (suite)

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2008	Nombre d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) 2008	% de moins de 5 ans (2003–2008*) atteints de :					Taux annuel moyen de réduction de l'insuffisance pondérale (%) 1990–2008	Progrès vers la cible de l'OMD 1	% d'insuffisance pondérale à la naissance 2003–2008*
			retard de croissance (OMS) modéré et grave	émaciation (OMS) modérée et grave	insuffisance pondérale (OMS) modérée et grave	grave	insuffisance pondérale (NCHS/OMS) modérée et grave			
République de Corée	5	2 292	–	–	–	–	–	–	–	4 x
République de Moldova	17	200	10	5	3	1	4	-3,3	En bonne voie	6
République démocratique du Congo	199	11 829	46	10	25	8	31	0,8	Progrès insuffisants	12 x
République démocratique populaire lao	61	776	48	7	31	9	37	1,0	Progrès insuffisants	11
République dominicaine	33	1 086	18	3	7	2	4	4,7	En bonne voie	11
République populaire démocratique de Corée	55	1 575	45 y	9 y	18 y	7 y	23 y	–	–	7 x
République tchèque	4	519	–	–	–	–	–	–	–	7 x
République-Unie de Tanzanie	104	7 566	44	4	17	4	22	2,2	Progrès insuffisants	10
Roumanie	14	1 059	13 x	4 x	4 x	1 x	3 x	6,0	En bonne voie	8
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6	3 601	–	–	–	–	–	–	–	8 x
Rwanda	112	1 646	51	5	18	4	23	1,9	Progrès insuffisants	6
Saint-Kitts-et-Nevis	16	2	–	–	–	–	–	–	–	11
Sainte-Lucie	13	15	–	–	–	–	–	–	–	11
Saint-Marin	2	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	13	9	–	–	–	–	–	–	–	8
Samoa	26	22	–	–	–	–	–	–	–	4 x
Sao Tomé-et-Príncipe	98	23	29	9	7	1	9	5,5	En bonne voie	8
Sénégal	108	2 046	19	9	14	4	17	1,1	Progrès insuffisants	19
Serbie	7	576	7	4	1	0	2	–	En bonne voie	5
Seychelles	12	14	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	194	947	36	10	21	7	–	-0,2	Pas de progrès	24
Singapour	3	200	4 x	4 x	3 x	0 x	3 x	–	En bonne voie	8 x
Slovaquie	8	266	–	–	–	–	–	–	–	7 x
Slovénie	4	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	200	1 611	42	13	32	12	36	-7,0	Pas de progrès	–
Soudan	109	5 836	40	16	27	10	31	0,6	Progrès insuffisants	31 x
Sri Lanka	15	1 784	18	15	22	4	–	2,9	En bonne voie	18
Suède	3	527	–	–	–	–	–	–	–	4 x
Suisse	5	364	–	–	–	–	–	–	–	6 x
Suriname	27	49	11	5	7	1	10	4,8	En bonne voie	13 x
Swaziland	83	159	29	3	5	1	7	5,4	En bonne voie	9
Tadjikistan	64	871	39	7	15	6	18	–	–	10
Tchad	209	1 985	41 z	14 z	–	14 z	37	0,7	Progrès insuffisants	22
Territoire palestinien occupé	27	697	10 z	1 z	–	0 z	3	1,3	En bonne voie	7
Thaïlande	14	4 843	16	5	7	1	9	5,5	En bonne voie	9
Timor-Leste	93	185	54 z	25 z	–	15 z	49	-2,3	Pas de progrès	12
Togo	98	947	27	6	21	3	21	0,3	Pas de progrès	12
Tonga	19	14	–	–	–	–	–	–	–	3 x
Trinité-et-Tobago	35	94	4 z	4 z	–	1 z	6 x	1,3	Progrès insuffisants	19
Tunisie	21	780	6 z	2 z	–	0 z	3	6,6	En bonne voie	5
Turkménistan	48	518	19	7	8	2	11	1,7	Progrès insuffisants	4
Turquie	22	6 543	10 z	1 z	–	0 z	3	9,2	En bonne voie	16 x
Tuvalu	36	1	10	3	2	0	–	–	–	5 x
Ukraine	16	2 132	3 z	0 z	–	0 z	1 x	–	En bonne voie	4
Uruguay	14	249	15 x	2 x	5 x	2 x	5 x	2,2	En bonne voie	9
Vanuatu	33	33	20 z	7 z	–	2 z	16	–	–	10
Venezuela										
(République bolivarienne du)	18	2 911	12 z	4 z	–	–	5	1,6	En bonne voie	9
Viet Nam	14	7 316	36 z	8 z	–	5 z	20	4,1	En bonne voie	7
Yémen	69	3 733	58	15	43	19	46	-3,6	Pas de progrès	32 x
Zambie	148	2 282	45	5	15	3	19	1,6	Progrès insuffisants	11
Zimbabwe	96	1 707	33	7	12	3	17	-1,7	Pas de progrès	11

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique ^(a)	132	151 830	40	10	21	7	25	1,0	Progrès insuffisants	14
Afrique subsaharienne ^(a)	144	134 534	42	10	23	8	27	1,1	Progrès insuffisants	15
Afrique de l'Est et australe	120	61 795	45	8	23	7	26	1,3	Progrès insuffisants	14
Afrique de l'Ouest et centrale	169	66 795	40	11	22	8	28	1,0	Progrès insuffisants	16
Moyen-Orient et Afrique du Nord	43	46 256	32	10	14	5	14	0,8	Progrès insuffisants	11
Asie	54	323 567	36	17	27	13	31	1,5	Progrès insuffisants	18
Asie du Sud	76	177 453	48	19	42	15	47	1,2	Progrès insuffisants	27
Asie de l'Est et Pacifique	28	146 114	22	–	11	–	12	3,7	En bonne voie	6
Amérique latine et Caraïbes	23	53 618	14	2	4	–	6	3,3	En bonne voie	9
ECO/CEI	23	26 561	–	–	–	–	5	8,8	En bonne voie	6
Pays industrialisés ^(b)	6	56 038	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement ^(b)	72	566 411	34	13	23	10	26	1,5	Progrès insuffisants	16
Pays les moins avancés ^(b)	129	122 674	45	11	28	9	33	1,6	Progrès insuffisants	17
Monde	65	634 631	34	13	23	10	26	1,5	Progrès insuffisants	16

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Retard de croissance (OMS) – Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l'âge médiane telle qu'elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Émaciation (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Insuffisance pondérale (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant. Grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de trois écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Insuffisance pondérale (NCHS/OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge de la population de référence du NCHS (National Center for Health Statistics)/OMS (Organisation mondiale de la Santé).

Taux annuel moyen de réduction de l'insuffisance pondérale – La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est l'indicateur utilisé pour mesurer les progrès accomplis vers la cible de l'OMD visant à réduire de moitié le nombre de personnes qui souffrent de la faim. Les progrès sont calculés en comparant le taux annuel moyen de réduction (TAMR), établi à partir de nombreuses données estimatives disponibles sur la période 1990-2008 avec le TAMR nécessaire pour parvenir à une réduction de 50 pour cent sur une période de 25 ans (1990-2015). Le taux de changement nécessaire pour atteindre ce but est une constante de 2,8 pour cent par an pour tous les pays.

Progrès vers la cible de l'OMD 1 – Les pays et régions sont classés en fonction des critères suivants : En bonne voie : le TAMR est de 2,6 pour cent ou plus, ou le les dernières estimations en matière d'insuffisance pondérale (de 2003 ou ultérieurement) est de 5 pour cent ou moins, quelque soit le TAMR. Progrès insuffisants : le TAMR est de 0,6 à 2,5 pour cent inclu. Pas de progrès : le TAMR est de 0,5 pour cent ou moins.

Insuffisance pondérale à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

SOURCES PRINCIPALES

Taux de mortalité des moins de cinq ans – Groupe interorganisations pour les estimations de la mortalité des enfants, UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Banque mondiale.

Population totale – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, UNICEF et OMS.

Insuffisance pondérale à la naissance – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, données de routine de systèmes d'information, UNICEF.

NOTES

(a) L'Afrique comprend l'Afrique subsaharienne, l'Algérie, l'Égypte, la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc et la Tunisie

(s) L'Afrique subsaharienne comprend Djibouti et le Soudan.

(t) Comprend des territoires au sein de chaque catégorie de pays ou de groupes régionaux.

– Données non disponibles.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

y Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

z Estimations sur la base de la population de référence NCHS/OMS. Se référer à l'estimation concernant l'insuffisance pondérale modérée et sévère (NCHS/OMS) pour les notes applicables. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

La liste complète des pays et territoires dans les régions et sous-régions se trouve en page 114.

Tableau 3. Pratiques d'alimentation du nourrisson et indicateurs relatifs aux micronutriments

Pays et territoires	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2008	Initiation précoce à l'allaitement (%) 2003-2008	% d'enfants (2003-2008*) qui sont :			Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2008 couverture complète (%)	% de ménages consommant du sel iodé 2003-2008*
			nourris exclusivement au sein (<6 mois)	nourris au sein avec alimentation complémentaire (6-9 mois)	encore nourris au sein (20-23 mois)		
Afghanistan	1 269	–	–	29	54	96	28 y
Afrique du Sud	1 091	61	8	49	31	39	62 x
Albanie	46	38	40	69	22	–	60
Algérie	714	50	7	39	22	–	61
Allemagne	666	–	–	–	–	–	–
Andorre	1	–	–	–	–	–	–
Angola	774	55	11 x	77 x	37 x	82	45
Antigua-et-Barbuda	1	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	591	–	31 x	60 x	30 x	–	–
Argentine	689	–	–	–	28	–	90 x
Arménie	47	28	33	57	15	–	97
Australie	267	–	–	–	–	–	–
Autriche	76	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	166	32	12	44	16	90 w	54
Bahamas	6	–	–	–	–	–	–
Bahrein	14	–	34 x	65 x	41 x	–	–
Bangladesh	3 430	43	43	74	91	97	84 y
Barbade	3	–	–	–	–	–	–
Bélarus	96	21	9	38	4	–	55 y
Belgique	119	–	–	–	–	–	–
Belize	7	51	10	–	27	–	90 x
Bénin	342	54	43	72	57	52	55
Bhoutan	15	–	–	–	–	–	96 x
Bolivie (État plurinational de)	263	61	60	81	40	45	88 y
Bosnie-Herzégovine	34	57	18	29	10	–	62 y
Botswana	47	–	34 x	57 x	11 x	–	66 x
Brésil	3 105	43	40	70	25 y	–	96 y
Brunei Darussalam	8	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	73	–	–	–	–	–	100
Burkina Faso	721	20	7	50	85	100	34
Burundi	278	–	45	88	–	80	98 y
Cambodge	361	35	60	82	54	88	73 y
Cameroun	704	20	21	64	21	–	49 y
Canada	353	–	–	–	–	–	–
Cap-Vert	12	73	60	80	13	–	0 x
Chili	251	–	–	–	–	–	100 x
Chine	18 134	–	–	32	15	–	95 y
Chypre	10	–	–	–	–	–	–
Colombie	918	49	47	65	32	–	92 x
Comores	21	25 x	21 x	34 x	45 x	20	82 x
Congo	125	39	19	78	21	10	82
Costa Rica	75	–	15	–	49	–	92 x
Côte d'Ivoire	722	25	4	54	37	90	84 y
Croatie	42	–	23 x	–	–	–	90 x
Cuba	118	70	26	47	16	–	88
Danemark	62	–	–	–	–	–	–
Djibouti	24	55	1	23	18	86	0
Dominique	1	–	–	–	–	–	–
Égypte	2 015	56	53	66	35 y	68 w	79
El Salvador	124	33	31	–	–	–	62 x
Émirats arabes unis	63	–	34 x	52 x	29 x	–	–
Équateur	281	–	40	77	23	–	99 x
Érythrée	182	78 x	52 x	43 x	62 x	49	68 x
Espagne	491	–	–	–	–	–	–
Estonie	16	–	–	–	–	–	–
États-Unis d'Amérique	4 399	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	3 093	69	49	54	88 y	88	20
Fédération de Russie	1 545	–	–	–	–	–	35 y
Fidji	18	57	40	–	–	–	31 x
Finlande	59	–	–	–	–	–	–
France	752	–	–	–	–	–	–
Gabon	40	71 x	6 x	62 x	9 x	0	36 x
Gambie	61	48	41	44	53	28	7
Géorgie	52	37	11	35	20	–	87
Ghana	757	35	63	75	44	24	32
Grèce	107	–	–	–	–	–	–
Grenade	2	–	39 x	–	–	–	–
Guatemala	453	60 x	51 x	67 x	47 x	20	76
Guinée	392	35	48	32	–	94	41
Guinée équatoriale	25	–	24 x	–	–	–	33 x
Guinée-Bissau	65	23	16	35	61	66	1
Guyana	14	43	21	34	48	–	–

(suite)

Pays et territoires	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2008	Initiation précoce à l'allaitement (%) 2003-2008	% d'enfants (2003-2008*) qui sont :			Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2008 couverture complète (%)	% de ménages consommant du sel iodé 2003-2008*
			nourris exclusivement au sein (<6 mois)	nourris au sein avec alimentation complémentaire (6-9 mois)	encore nourris au sein (20-23 mois)		
Haïti	273	44	41	87	35	-	3
Honduras	202	79	30	69	48	-	80 x
Hongrie	99	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	0	-	19 x	-	-	-	-
Îles Marshall	1	73	31	77	53	-	-
Îles Salomon	16	75	74	81	67	-	-
Inde	26 913	25	46	57	77	53	51
Indonésie	4 220	39	32	75	50	86	62 y
Iran (République islamique d')	1 388	56	23	68	58	-	99 y
Iraq	944	31	25	51	36	-	28
Irlande	69	-	-	-	-	-	-
Islande	5	-	-	-	-	-	-
Israël	140	-	-	-	-	-	-
Italie	546	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	147	-	-	-	23 x	-	90 x
Jamaïque	52	62	15	36	24	-	100 x
Japon	1 034	-	-	-	-	-	-
Jordanie	157	39	22	66	11	-	88 x
Kazakhstan	304	64	17	39	16	-	92
Kenya	1 506	52	13	84	57	27	91 x
Kirghizistan	120	65	32	49	26	99	76
Kiribati	2	-	80 x	-	-	-	-
Koweït	52	-	12 x	26 x	9 x	-	-
Lesotho	59	63	36	79	60	-	91
Lettonie	23	-	-	-	-	-	-
L'ex-République yougoslave de Macédoine	22	-	37 x	8 x	10 x	-	94 y
Liban	66	-	27 x	35 x	11 x	-	92
Libéria	145	67	29	62	47	-	-
Liechtenstein	0	-	-	-	-	-	-
Lituanie	31	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	5	-	-	-	-	-	-
Madagascar	687	62	67	78	64	97	75
Malaisie	551	-	29 x	-	12 x	-	-
Malawi	599	58	57	89	72	95	50
Maldives	6	-	10 x	85 x	-	-	44 x
Mali	542	46	38	30	56	97	79
Malte	4	-	-	-	-	-	-
Maroc	646	52	31	66	15	-	21
Maurice	18	-	21 x	-	-	-	0 x
Mauritanie	108	60	16	72	-	87	2
Mexique	2 049	-	38 x	36 x	21 x	-	91
Micronésie (États fédérés de)	3	-	60 x	-	-	-	-
Monaco	0	-	-	-	-	-	-
Mongolie	50	78	57	57	65	-	83 y
Monténégro	115	25	19	35	13	-	71 x
Mozambique	876	63	37	84	54	83	25
Myanmar	1 020	-	15	66	67	94	93
Namibie	59	71	24	72	28	-	63 x
Nauru	0	76	67	65	65 y	-	-
Népal	732	35	53	75	95	93	63 x
Nicaragua	140	54	31	76	43	-	97
Niger	791	38	4	66	-	92	46
Nigéria	6 028	32	13	75	32	74	97
Nioué	0	-	-	-	-	-	-
Norvège	58	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	58	-	-	-	-	-	83 x
Oman	61	85 x	-	91 x	73 x	-	69 x
Ouganda	1 466	42	60	80	54	67	96
Ouzbékistan	553	67	26	45	38	38	53
Pakistan	5 337	29	37	36	55	97	17 x
Palaos	0	-	59 x	-	-	-	-
Panama	70	-	25 x	38 x	21 x	-	95 x
Papouasie-Nouvelle-Guinée	207	-	56	76	72	-	92
Paraguay	154	21 x	22	60	-	-	94 y
Pays-Bas	185	-	-	-	-	-	-
Pérou	609	48	69	-	-	-	91
Philippines	2 236	54	34	58	34	86	45
Pologne	372	-	-	-	-	-	-
Portugal	105	-	-	-	-	-	-
Qatar	15	-	12 x	48 x	21 x	-	-
République arabe syrienne	590	32	29	37	16	-	79
République centrafricaine	154	39	23	55	47	68	62

Tableau 3. (suite)

Pays et territoires	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2008	Initiation précoce à l'allaitement (%) 2003-2008	% d'enfants (2003-2008*) qui sont :			Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2008 couverture complète (%)	% de ménages consommant du sel iodé 2003-2008*
			nourris exclusivement au sein (<6 mois)	nourris au sein avec alimentation complémentaire (6-9 mois)	encore nourris au sein (20-23 mois)		
République de Corée	452	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	45	65	46	18	2	–	60
République démocratique du Congo	2 886	48	36	82	64	85	79
République démocratique populaire lao	170	30	26	70	48	–	84 y
République dominicaine	224	74	9	62	21	–	19
République populaire démocratique de Corée	327	–	65	31	37	98	40 y
République tchèque	109	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	1 771	67	41	91	55	93	43
Roumanie	214	–	16	41	–	–	74
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	743	–	–	–	–	–	–
Rwanda	403	41	88	69	77	–	88
Sainte-Lucie	3	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	0	–	56 x	–	–	–	100 x
Saint-Marin	0	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	2	–	–	–	–	–	–
Samoa	4	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Príncipe	5	35	60	60	18	23	37
Sénégal	470	23	34	61	42	90	41
Serbie	8	17	15	39	8	–	73 x
Seychelles	3	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	223	33	11	73	50	12	45
Singapour	37	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	55	–	–	–	–	–	–
Slovénie	19	–	–	–	–	–	–
Somalie	395	26	9	15	35	100	1
Soudan	1 296	–	34	56	35	67	11
Sri Lanka	365	–	76	86	83	–	94 y
Suède	107	–	–	–	–	–	–
Suisse	73	–	–	–	–	–	–
Suriname	10	34	2	34	15	–	–
Swaziland	35	67	32	77	31	44	80
Tadjikistan	193	61	25	15	34	87	49
Tchad	498	34	2	77	65	0	56
Territoire palestinien occupé	148	–	27	–	–	–	86
Thaïlande	977	50	5	43	19	–	47
Timor-Leste	44	–	31	82	35	–	60
Togo	213	53	48	70	–	64	25
Tonga	3	–	62 x	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	20	41	13	43	22	–	28
Tunisie	164	87	6	61	15	–	97 x
Turkménistan	111	60	11	54	37	–	87
Turquie	1 348	52 x	40	71	26 y	–	69
Tuvalu	0	–	35	40	51 y	–	–
Ukraine	459	41	18	55	6	–	18
Uruguay	50	60	57	35	28	–	–
Vanuatu	7	72	40	62	32	–	23
Venezuela (République bolivarienne du)	599	–	7 x	50 x	31 x	–	90 x
Viet Nam	1 494	58	17	70	23	98 w	93
Yémen	846	30	12	76	–	–	30
Zambie	542	57	61	93	42	96	77 x
Zimbabwe	378	69	22	79	40 y	20	91 y
DONNÉES CONSOLIDÉES							
Afrique ^(a)	35 318	47	32	69	49	73	60
Afrique subsaharienne ^(s)	31 632	46	31	70	52	73	60
Afrique de l'Est et australe	14 283	59	42	72	61	73	48
Afrique de l'Ouest et centrale	16 029	36	22	70	45	73	73
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9 941	47	30	60	34	–	60
Asie	68 409	31 **	41	51	53	70 **	73
Asie du Sud	38 067	27	45	55	75	65	55
Asie de l'Est et Pacifique	30 342	46 **	–	45	26	89 **	86
Amérique latine et Caraïbes	10 768	48	41	69	28	–	89
ECO/CEI	5 593	–	27	53	23	–	51
Pays industrialisés ^(t)	11 218	–	–	–	–	–	–
Pays en développement ^(t)	122 474	39 **	37	58	50	71 **	72
Pays les moins avancés ^(t)	28 302	49	39	69	67	85	57
Monde	136 241	39 **	37	57	49	71 **	70

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Initiation précoce à l'allaitement – Pourcentage de nourrissons qui sont allaités une heure ou moins après leur naissance

Nourris au sein exclusivement (<6 mois) – Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont nourris au sein exclusivement.

Nourris au sein avec alimentation complémentaire (6–9 mois) – Pourcentage de nourrissons de 6–9 mois qui sont nourris au sein avec une alimentation complémentaire.

Encore nourris au sein – Pourcentage d'enfants de 20–23 mois qui sont nourris au sein actuellement.

Supplémentation en vitamine A (couverture complète) – Estimation du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu 2 doses de supplémentation en vitamine A en 2008. La couverture complète en supplémentation en vitamine A est déclarée comme le plus bas des deux points de couverture annuels, c'est-à-dire le point le plus bas entre la tournée 1 (janvier-juin) et la tournée 2 (juillet-décembre) de 2008.

Consommation de sel iodé – Pourcentage de foyers consommant une quantité adéquate de sel iodé (15 parties par millions ou plus).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Naissances – Division de la population des Nations Unies.

Allaitement au sein – EDS, MICS, autres enquêtes sur les ménages et UNICEF.

Vitamine A – UNICEF.

Iodisation du sel – EDS, MICS, autres enquêtes sur les ménages et UNICEF.

NOTES

(a) L'Afrique comprend l'Afrique subsaharienne, l'Algérie, l'Égypte, la Jamahiriya arabe libyenne, le Maroc et la Tunisie.

(s) L'Afrique subsaharienne comprend Djibouti et le Soudan

(t) Comprend des territoires au sein de chaque catégorie de pays ou de groupes régionaux.

– Données non disponibles.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

y Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays. Ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

w Signale les pays ayant des programmes de supplémentation en vitamine A nationaux visant une tranche d'âge réduite. Le chiffre de la couverture est déclaré comme visé.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

La liste complète des pays et territoires dans les régions et sous-régions se trouve en page 114.



ANNEXES

DONNÉES CONSOLIDÉES

Les moyennes présentées à la fin du tableau 2 page 106 et du tableau 3 page 110 sont calculées en utilisant les données des pays et territoires tels qu'ils sont classifiés ci-dessous.

Changements dans les classifications régionales et de pays de l'UNICEF

Outre les informations sur les pays données en fonction de ses classifications régionales normales, l'UNICEF présente maintenant des indicateurs statistiques pour l'Afrique et l'Asie.

L'Afrique comprend tous les pays et territoires de l'Afrique de l'Est et australe, de l'Afrique de l'Ouest et centrale et les pays suivants de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord : Algérie, Djibouti, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Soudan et Tunisie.

L'Afrique subsaharienne comprend Djibouti et le Soudan, ainsi que tous les pays et territoires de l'Afrique de l'Est et australe et de l'Afrique de l'Ouest et centrale. Conséquence de ces changements, les estimations régionales pour l'Afrique subsaharienne figurant dans les publications précédentes de l'UNICEF ne sont pas exactement comparables avec celles du présent rapport.

L'Asie comprend tous les pays et territoires d'Asie du Sud, et de l'Asie de l'Est et du Pacifique.

Les pays et territoires industrialisés sont définis comme ceux qui ne figurent dans aucune des classifications régionales standard de l'UNICEF.

Les pays et territoires en développement sont classifiés comme tels dans un but d'analyse statistique uniquement parce qu'il n'y a pas de convention établie pour la désignation de pays et zones « développés » et « en développement » au sein du système des Nations Unies.

Les pays et territoires les moins avancés sont ces pays et territoires classifiés comme tels par les Nations Unies.

Classification régionale de l'UNICEF

Afrique

Afrique subsaharienne; Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Soudan et Tunisie)

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et australe; Afrique de l'Ouest et centrale; Djibouti et Soudan

Afrique de l'Est et australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Burundi; Comores; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Namibie; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin; Burkina Faso; Cameroun; Cap-Vert; Congo; Côte d'Ivoire; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; République centrafricaine; République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Tchad; Togo

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Égypte; Émirats arabes unis; Iran (République islamique d'); Iraq;

Jamahiriya arabe libyenne; Jordanie; Koweït; Liban; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan; Territoire palestinien occupé; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie de l'Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République de Corée; République démocratique populaire lao; République populaire démocratique de Corée; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie (État plurinational de); Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Suriname; Trinité-et-Tobago; Uruguay; Venezuela (République bolivarienne du)

Europe centrale et orientale (ECO), Communauté d'États indépendants (CEI)

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie- Herzégovine; Bulgarie; Croatie; ex-République yougoslave de Macédoine; Fédération de Russie; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Moldova; Monténégro; Ouzbékistan; Roumanie; Serbie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine

Classification de pays de l'UNICEF

Pays/territoires industrialisés

Allemagne; Andorre; Australie; Autriche; Belgique; Canada; Chypre; Danemark; Espagne; Estonie; États-Unis; Finlande; France; Grèce; Hongrie; Irlande; Islande; Israël; Italie; Japon; Lettonie; Liechtenstein; Lituanie; Luxembourg; Malte; Monaco; Norvège; Nouvelle-Zélande; Pays-Bas; Pologne; Portugal; République tchèque; Royaume-Uni; Saint-Marin; Saint-Siège; Slovaquie; Slovénie; Suède; Suisse

Pays/territoires en développement

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Angola; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Arménie; Azerbaïdjan; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belize; Bénin; Bhoutan; Bolivie (État plurinational de); Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cameroun; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Comores; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominique; Égypte; El Salvador; Émirats arabes unis; Équateur; Érythrée; Éthiopie; Fidji; Gabon; Gambie; Géorgie; Ghana; Grenade; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Guyana; Haïti; Honduras; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Inde; Indonésie; Iran (République islamique d'); Iraq; Israël; Jamahiriya arabe libyenne; Jamaïque; Jordanie; Kazakhstan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Mozambique; Myanmar; Namibie; Nauru; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Nioué; Oman; Ouganda; Ouzbékistan; Pakistan; Palaos; Panama; Papouasie Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Qatar; République centrafricaine; République de Corée; République démocratique du Congo; République démocratique populaire lao; République dominicaine; République populaire démocratique de Corée; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Soudan; Sri Lanka; Suriname; Swaziland; République arabe syrienne; Tadjikistan; Tchad; Thaïlande; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turkménistan; Turquie; Tuvalu; Uruguay; Vanuatu; Venezuela (République bolivarienne du); Viet Nam; Yémen, Zambie; Zimbabwe

Pays/territoires les moins avancés

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cap-Vert; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldives; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République démocratique populaire lao; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan; Tchad; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie

NOTES GÉNÉRALES SUR LES DONNÉES

Les données présentées dans ce rapport sont extraites de bases de données mondiales de l'UNICEF, qui comprennent uniquement des données internationalement comparables et statistiquement valables. En outre, les données obtenues auprès de l'organisme des Nations Unies compétent ont été utilisées chaque fois que cela était possible. En l'absence d'estimations de ce type normalisées au niveau international, les profils des pays utilisent d'autres sources, notamment des données tirées d'enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Les données présentées reflètent les dernières estimations disponibles à la mi-2009. Des informations plus détaillées sur la méthodologie et les sources de données sont disponibles à <www.childinfo.org>.

Indicateurs en matière de nutrition

Vue d'ensemble de la population de référence internationale

La prévalence de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, est estimée en comparant les chiffres réels à une population internationale de référence standard. En avril 2006, l'Organisation mondiale de la Santé a publié de nouvelles Normes de croissance de l'enfant, pour remplacer l'échantillonnage limité d'enfants des États-Unis, établi par le National Center for Health Statistics (NCHS), qui était largement utilisé comme population de référence par l'OMS et le NCHS. Les nouvelles normes sont le résultat d'une grande étude qui a porté sur plus de 8 000 enfants dans les pays suivants : Brésil, États-Unis, Ghana, Inde, Norvège et Oman.

En éliminant les déficiences techniques et biologiques de l'ancienne population de référence, les nouvelles normes confirment que les enfants, quel que soit leur lieu de naissance, s'ils ont le meilleur départ possible dans la vie, ont le potentiel de se développer dans une même fourchette de taille et de poids, ce qui signifie que les différences de croissance jusqu'à l'âge de 5 ans, s'expliquent davantage par la nutrition, les pratiques alimentaires, l'environnement et les soins de santé que par des caractéristiques génétiques ou l'origine ethnique.

L'UNICEF est en train de convertir ses données de base mondiales sur l'état nutritionnel des enfants pour respecter les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Il convient de noter que, compte tenu des différences entre l'ancienne population de référence et les nouvelles normes, les estimations de prévalence concernant les indicateurs anthropométriques de l'enfant fondées sur ces deux références ne sont pas immédiatement comparables.

La population de référence utilisée dans ce rapport

Pour se conformer aux nouvelles directives internationales en matière de population de référence, les indicateurs relatifs à l'état nutritionnel sont calculés selon les nouvelles Normes de croissance de l'enfant de l'OMS chaque fois que cela est possible. Les estimations mondiales et régionales actuelles se fondent seulement sur les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Les tendances sont basées sur la population de référence NCHS pour s'assurer que les estimations se fondent sur le nombre maximal de points de données, le but étant de calculer plus précisément les progrès. En outre, pour éviter de manquer des données, les estimations actuelles au niveau des pays sont toujours présentées selon les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, sauf pour les pays et territoires suivants : Afrique du Sud, Arabie saoudite, Bahreïn, Bolivie (État plurinational de), Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Chili, Comores, Costa Rica, Croatie, Cuba, Émirats arabes unis, Équateur, Fédération de Russie, Îles Cook, Iran (République islamique d'), Jamahiriya arabe libyenne, Kenya, Kiribati, Koweït, Liban, Malaisie, Maurice, Micronésie (États fédérés de), Mozambique, Pakistan, Qatar, Tchad, Territoire palestinien occupé, Timor-Leste, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du) et Viet Nam.

Dates des estimations utilisées dans le présent rapport

Les estimations présentées tout au long de ce rapport sont de 2003 ou plus tard, sauf indication contraire. Dans les cartes sur le retard de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale qui présentent des données sur des pays ou territoires individuels, les estimations pour 96 pays et territoires proviennent d'enquêtes menées en 2003 ou plus tard. Les estimations pour les pays suivants sont tirées de données recueillies avant 2003 : Arabie saoudite, Bahreïn, Bhoutan, Botswana, Costa Rica, Croatie, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Érythrée, Fédération de Russie, Gabon, Guatemala, Guinée équatoriale, Îles Cook, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Kiribati, Koweït, Maldives, Maurice, Micronésie (États fédérés de), Oman, Pakistan, Panama, Qatar, Roumanie, Singapour, Trinité-et-Tobago, Ukraine, et Uruguay.

Sur la carte de l'allaitement maternel exclusif qui présente les données de chaque pays, les estimations pour 108 pays et territoires proviennent d'enquêtes menées en 2003 ou plus tard. Les estimations pour les pays suivants sont tirées de données recueillies avant 2003 : Angola, Arabie saoudite, Bahreïn, Botswana, Comores, Croatie, Émirats arabes unis, Érythrée, Gabon, Grenade, Guatemala, Guinée équatoriale, Îles Cook, Kiribati, Koweït, l'ex-République yougoslave de Macédoine, Liban, Malaisie, Maldives, Maurice, Mexique, Micronésie (États fédérés de), Palaos, Panama, Qatar, Saint-Kitts-et-Nevis, Tonga, et Venezuela (République bolivarienne du).

Calculs relatifs à l'état nutritionnel

On trouve tout au long du rapport des statistiques sur les enfants qui souffrent de retard de croissance, d'insuffisance pondérale ou d'émaciation. L'approche utilisée pour calculer ces chiffres consiste à multiplier le taux de prévalence pour une zone géographique déterminée par la population concernée pour la même zone. Les taux de prévalence sont généralement basés sur des données recueillies en 2003 ou plus tard. La même méthode a également été utilisée pour calculer le nombre de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale, le nombre de nouveau-nés qui ne sont pas pesés à la naissance et le nombre de nouveau-nés protégés contre les troubles dus aux carences en iode. Les estimations démographiques pour les enfants de moins de cinq ans et le nombre annuel des naissances proviennent de la Division des Nations Unies pour la population et se réfèrent à l'année 2008.

Insuffisance pondérale à la naissance

L'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance déclarée par les enquêtes sur les ménages dans les pays en développement est souvent biaisée car beaucoup de nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et ne sont pas compris dans le calcul. Par ailleurs, même lorsqu'on les pèse, les relevés de poids sont souvent regroupés en multiples de 500 grammes. Par conséquent, une partie des nourrissons dont le poids est noté comme étant de 2 500 grammes pèsent en fait moins de 2 500 grammes. L'UNICEF a analysé à nouveau les données des enquêtes sur les ménages pour tenir compte de la sous-déclaration et des informations erronées, en utilisant la méthodologie développée conjointement par l'UNICEF et l'OMS. L'incidence ajustée est généralement plus élevée que ce qui est rapporté par l'enquête.

Supplémentation en vitamine A

L'indicateur « couverture complète » est dérivé de la couverture déclarée pour la période allant de janvier à juin (tournée 1) et de juillet à décembre (tournée 2). La couverture complète est rapportée comme l'estimation la plus basse des tournées 1 et 2 dans une année donnée. Il s'agit d'une donnée indirecte sur la proportion d'enfants ayant reçu deux doses de vitamine A dans une année donnée, à environ six mois d'intervalle.

Tendances en matière de consommation de sel iodé

Les tendances des données relatives à la consommation de sel iodé par les ménages se fondent sur des estimations annuelles qui ont chacune des niveaux limites (exprimés en parties par million) différents et qui ne sont donc peut-être pas comparables. Ces données offrent un aperçu général de l'évolution du programme.

Données sur l'anémie

Les données sur l'anémie proviennent essentiellement des données de base mondiales de l'OMS sur l'anémie, qui se fondent sur les données des enquêtes sur les ménages, les EDS en particulier. Les données d'un pays ou territoire particulier peuvent avoir un numérateur ou un dénominateur différent de la définition donnée dans « Notes générales sur les données », p.117. Par exemple, les données sur l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire se réfèrent souvent à des enfants de 6 à 59 mois mais quelquefois elles se réfèrent à une catégorie d'âge différente, par exemple 0-59 mois. Pour de plus amples informations, consulter le site <www.who.int/vmnis/anaemia/data/en/index.html> et <www.measuredhs.com>.

Mortalité

Estimations en matière de mortalité de l'enfant

Les estimations sur la mortalité des enfants publiées dans le présent rapport (comme le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans) se fondent sur les travaux du Groupe interorganisations pour les estimations en matière de mortalité infantile, un groupe qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Division de la population (ONU). Le Groupe met à jour ces estimations chaque année, en révisant soigneusement toutes les nouvelles données disponibles. Cette révision se traduit quelquefois par l'ajustement de données publiées précédemment. La série complète pour tous les pays et territoires est publiée sur <www.childinfo.org> et <www.childmortality.org>, le site Internet du Groupe.

Estimations en matière de mortalité maternelle

Le présent rapport offre également des estimations en matière de mortalité maternelle. Les « estimations déclarées » sont celles qui proviennent directement des autorités nationales d'un pays. Les « estimations ajustées », qui se réfèrent à l'année 2005, se fondent sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité maternelle.

Le processus permet d'obtenir des estimations pour des pays qui ne disposent pas de données nationales et il ajuste les données de pays disponibles pour tenir compte des sous-déclarations et classifications erronées (pour de plus amples informations, lire *Maternal Mortality* in 2005 sur <www.childinfo.org/maternal_mortality.html>).

Autres indicateurs

Pourcentage de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar des É.-U. par jour

La Banque mondiale a annoncé récemment un nouveau seuil de pauvreté fondé sur des estimations révisées du niveau des prix au titre de la parité du pouvoir d'achat (PPA) de par le monde. Les tableaux du panorama sur la nutrition reflètent ce nouveau seuil de pauvreté et donnent donc des informations sur la proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour aux prix de 2005, ajustés en fonction de la PPA. Le nouveau seuil de pauvreté reflète les révisions apportées au taux de change de la PPA sur la base des résultats du Programme de comparaison international de 2005. Ces révisions permettent de constater que le coût de la vie dans les pays en développement est plus élevé que l'on ne pensait auparavant. Pour de plus amples informations sur la définition, la méthodologie et les sources de ces données, consulter le site <www.worldbank.org>.

Eau et assainissement

Les estimations de la couverture en matière d'eau potable et d'assainissement ont été faites par le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement. Il s'agit des estimations de l'ONU officielles pour mesurer les progrès obtenus vers les cibles des OMD concernant l'eau potable et l'assainissement et elles utilisent une classification standard de ce qui constitue la couverture. Le Programme commun ne présente pas les conclusions de la dernière enquête nationale sur les ménages ou du dernier recensement. Il estime la couverture en utilisant une ligne de régression linéaire qui se base sur des données de couverture obtenues auprès de toutes les enquêtes sur des échantillons de ménages et de tous les recensements. On peut trouver des données spécifiques à chaque pays sur les sites <www.childinfo.org> et <www.wssinfo.org>.

Taux nets de scolarisation/fréquentation dans le primaire

Les estimations présentées sont soit le taux net de scolarisation à l'école primaire (extrait de données administratives), soit le taux net de fréquentation de l'école primaire (extrait de données d'enquêtes sur les ménages). En général, si les deux indicateurs sont disponibles, on préfère le taux net de scolarisation à l'école primaire à moins que l'on ne considère que les données sur la fréquentation de l'école primaire sont de qualité supérieure.

REMERCIEMENTS

Rédaction et recherches

Wivina Belmonte, *Directrice par intérim, Division de la communication*; Catherine Langevin-Falcon, *Rédactrice*; David Anthony; Marilia Di Noia; Hirut Gebre-Egziabher; Nelly Ingraham; Maria Jonckheere; Natalie Leston; Charlotte Maitre; Meedan Mekonnen; Kristin Moehlmann; Baishalee Nayak; Catherine Rutgers; Anastasia Warpinski; Judith Yemane

Statistiques et suivi

Richard Morgan, *Directeur, Division des politiques et de la pratique*; Tessa Wardlaw, *Directrice associée, Section des statistiques et du suivi, Division des politiques et de la pratique*; Danielle Burke; Xiaodong Cai; Archana Dwivedi; Rouslan Karimov; Rolf Luyendijk; Nyein Nyein Lwin; Holly Newby; Kin Wityee Oo; Danzhen You

Orientation des programmes

Nicholas Alipui, *Directeur, Division des programmes*; Maniza Zaman, *Directrice adjointe, Division des programmes*; Werner Schultink, *Directeur associé, Section de la nutrition, Division des programmes*; Mandana Arabi; Anirban Chatterjee; David Clark; Nita Dalmiya; Ilka Esquivel; Tanya Khara; Julia Krasevec; Nune Mangasaryan; Christiane Rudert; Arnold Timmer; Juliawati Untoro

Panorama des pays

Groupe d'appui DevInfo <www.devinfo.org>

Production et distribution

Jaclyn Tierney, *Chef de la production, Division de la communication*; Germain Ake; Fanuel Endalew; Eki Kairupan; Farid Rashid; Elias Salem; Edward Ying Jr.

Traduction

Version française : Marc Chalamet

Version espagnole : Carlos Perellón

Maquette et production pré-publication

Green Communication Design inc., Montréal
www.greencom.ca

Crédits photos

Couverture : © UNICEF/BANA2007-00556/Siddique
Page 9: © UNICEF/NYHQ2004-0573/Ramos
Page 43: © UNICEF/NYHQ2009-0596/Noorani
Page 101: © UNICEF/NYHQ2006-2235/Pirozzi
Page 113: © UNICEF/NYHQ2005-2131/Pirozzi



Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

Site Internet : www.unicef.org/french
Courriel : pubdoc@unicef.org

ISBN 978-92-806-4483-8
Numéro de vente : F09.XX.25
Prix : 25 dollars É.-U.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2009

