

FAIM DE CHANGEMENT

PLAN D'ACTION CHIFFRÉ EN
HUIT ÉTAPES POUR LUTTER
CONTRE LA FAIM DES ENFANTS
DANS LE MONDE



Save the Children

Tous
ET
CHACUN

FAIM DE CHANGEMENT

PLAN D'ACTION CHIFFRÉ EN HUIT ÉTAPES
POUR LUTTER CONTRE LA FAIM DES
ENFANTS DANS LE MONDE

Nous sommes l'organisation mondiale indépendante de défense des droits des enfants. Nous sommes indignés que des millions d'enfants soient toujours privés de soins de santé, de nourriture, d'éducation et de protection élémentaires et nous sommes résolus à changer cette situation.

Save the Children UK est membre de l'Alliance internationale Save the Children, qui s'emploie à transformer la vie des enfants dans plus de 100 pays.

Publication :
Save the Children
1 St John's Lane
Londres EC1M 4AR
Royaume-Uni
+44 (0)20 7012 6400
savethechildren.org.uk

Première publication : 2009

© The Save the Children Fund 2009

Le Save the Children Fund est une organisation à but non lucratif enregistrée en Angleterre et au pays de Galles (213890) ainsi qu'en Écosse (SC039570). Société immatriculée sous le No. 178159

Cette publication est protégée par des droits d'auteur. Elle peut cependant faire l'objet d'une reproduction par quelque moyen que ce soit, gratuitement et sans autorisation préalable, à des fins pédagogiques mais non à des fins commerciales. Toute autre reproduction nécessitera l'accord écrit préalable de l'éditeur et pourra être payante.

Couverture : Dans sa maison de West Badawacha woreda, dans le sud de l'Éthiopie, Ayalech prépare pour ses trois enfants du *chumele*, un chou au goût salé qui pousse à l'état sauvage. Il n'y a pas d'autre nourriture disponible et la famille fait bouillir et mange du *chumele* trois fois par jour. Les enfants n'aiment pas ça et ont souvent la diarrhée. Souvent, le soir, ils en mangent très peu et se couchent affamés.
(Photo : Kelley Lynch)

Traduction : Françoise Comte
Révision : Patricia Sommer
Composition : Grasshopper Design Company

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iv
Résumé	v
Introduction	I
I Malnutrition : le problème	3
2 Le plan d'action contre la faim infantile	15
Élément n° 1 : Soutien et promotion de l'allaitement maternel	17
Élément n° 2 : Suppléments en micronutriments et traitement vermifuge	18
Élément n° 3 : Politiques d'agriculture et d'élevage favorables à la nutrition	19
Élément n° 4 : Filets de sécurité et transferts monétaires sociaux	21
Élément n° 5 : Aliments fortifiés	24
Élément n° 6 : Éducation sur la nutrition et les pratiques d'hygiène	24
Élément n° 7 : Réduction des risques, alerte précoce et intervention rapide	25
Élément n° 8 : Traitement de la malnutrition aiguë sévère	26
3 Le coût	28
4 Politiques et progrès	31
5 Priorités pour les gouvernements, l'ONU et la société civile	38
Notes	40

REMERCIEMENTS

Ce rapport représente le travail collectif de personnels de Save the Children et d'experts extérieurs à l'organisation. Nous adressons nos remerciements aux représentants des programmes de Save the Children suivants : Dr Qubad (Afghanistan) ; Dr Santhia Ireen et Dr Munir Ahmed (Bangladesh) ; Dedo Nortey, Dr Kalil Sagno et Dr Mohamed Cornier (République démocratique du Congo) ; Dr Pham Bich Ha (Vietnam) ; Abebe Alebachew, Matthew Hobson et Themba Nduna (Éthiopie) ; Shireen Miller, Alex George et Dr Anil Mishra (Inde) ; Fredrick Mukholi (Sud-Soudan) et Assumpta Ndumi (Kenya).

Tous les membres du service d'élaboration des politiques de Save the Children UK ont participé à la rédaction de ce rapport : Hélène Berton,

Rica Garde, Rosie Jackson, Frances Mason, Abigail Perry, Alex Rees, Victoria Sibson, Anna Taylor et Delphine Valette.

Save the Children UK a également eu la chance de bénéficier du concours précieux d'experts qui ont bien voulu nous éclairer de leurs analyses. Il s'agit de : Francisco Pozo-Martin, Carol Williams, Sanjeeva Godakandage, Felicity Savage-King, Bridget Fenn, Alison Donnelly, Annie Wesley et Evelyn Guindon.

Nous remercions également les personnes suivantes, qui ont participé au travail de relecture de ce rapport : Ellen Piwoz, Jeremy Shoham, Lawrence Haddad, Martin Bloem, Meera Shekar, David Mephram, Tim Ogborn, Kristi Tabaj, Karin Lapping, Paige Harrigan, Leslie Elder et Alison MacLaine.

La faim et la malnutrition infantiles sont des problèmes qui persistent dans le monde entier. En effet, un enfant sur trois souffre d'un retard de croissance dans les pays en développement, et la malnutrition y est la cause de 35 % des décès d'enfants chaque année. Les enfants qui survivent sont plus susceptibles de contracter une infection, n'atteignent pas leur taille potentielle, et présentent une déficience de leur développement cognitif. Par conséquent, ils ont de moins bons résultats à l'école, gagnent moins une fois arrivés à l'âge adulte, et contribuent dans une moindre mesure au fonctionnement de l'économie. Les femmes malnutries sont plus susceptibles d'accoucher de bébés souffrant d'insuffisance pondérale. Il existe une période cruciale pendant laquelle il est possible d'éviter la malnutrition, entre la conception d'un enfant et son deuxième anniversaire. Si rien n'est entrepris durant cette période, la malnutrition laissera des séquelles permanentes.

La malnutrition de la population réduit de 3 à 6 pour cent environ le produit intérieur brut (PIB) d'un pays et coûte des milliards de dollars en perte de productivité et en dépenses de santé. La malnutrition diminue également l'effet des investissements dans toutes les infrastructures de base, freinant les progrès réalisés dans l'éducation, la réduction de la mortalité et le traitement du VIH et du SIDA. Les investissements dans la nutrition se justifient largement, du fait des résultats à court terme, de l'impact économique à long terme, et des retombées positives sur la rentabilité des investissements dans d'autres domaines. Et pourtant, la nutrition est trop souvent confiée à une partie stratégiquement faible du ministère de la Santé. Il est rare qu'on la considère comme

une opportunité d'investir dans la croissance et la prospérité du pays.

Dans de nombreux pays, les enfants les plus pauvres sont beaucoup plus gravement touchés par la malnutrition que les autres. Pourtant, les plans nationaux d'action sur la nutrition s'attaquent rarement aux causes socio-économiques de ce problème. On part souvent du principe que la croissance économique permettra de résoudre le problème, mais bien souvent, force est de constater qu'elle n'entraîne pas une réduction de la pauvreté. Les causes économiques de la malnutrition sont amenées à s'aggraver : les prix des denrées alimentaires demeurent élevés dans de nombreux pays, et devraient connaître des fluctuations sans pour autant baisser ; la crise économique va plonger des millions de personnes supplémentaires dans la pauvreté et le changement climatique est à l'origine d'un nombre croissant de catastrophes naturelles qui détruisent les moyens de subsistance et conduisent les populations à la misère.

Quatre-vingt pour cent des enfants souffrant d'un retard de croissance vivent dans vingt pays seulement. Sur ces vingt pays, quatorze risquent de ne pas réaliser le premier objectif du millénaire pour le développement de l'ONU (OMD n° 1), et neuf se trouvent en Afrique. Un tiers des enfants souffrant d'un retard de croissance vit en Inde. Au niveau mondial, on a assisté à une diminution très progressive de la malnutrition (mais à un rythme beaucoup trop lent pour permettre d'atteindre l'OMD n° 1), mais cette tendance est aujourd'hui compromise par l'augmentation des prix des produits alimentaires et par la crise économique.

Face à ces nouveaux risques mondiaux et à leur impact sur la nutrition, le moment est venu pour les États de revoir leurs plans nationaux et de s'interroger sur leur capacité à réduire rapidement les taux de malnutrition et à atteindre ainsi les objectifs n° 1 et 4 du millénaire pour le développement. La flambée des prix des denrées alimentaires en 2008 a placé le problème de la sécurité alimentaire au cœur des préoccupations internationales. L'heure est venue pour les leaders politiques d'agir. Dans ce rapport, nous proposons, pour examen par les gouvernements, un programme de huit interventions dont l'objectif est d'améliorer l'alimentation des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans, permettant ainsi de prévenir la faim et la malnutrition. Le programme proposé s'appuie sur des actions qui marchent, et s'attaque à la fois aux causes immédiates et profondes de la malnutrition. Pour que de véritables progrès soient réalisés, il faut une approche interministérielle et un leadership au plus haut niveau politique.

Nous chiffrons le coût de ce programme à 8,8 milliards de dollars US par an pour les huit pays comptant la moitié des enfants malnutris dans le monde. Ce rapport se concentre sur ces huit pays. On investit d'ores et déjà dans des mesures visant les causes immédiates et profondes de la malnutrition, dont certaines seront plus efficaces que d'autres. Il est possible d'aller plus loin pour renforcer l'impact de ces investissements, et augmenter ceux aux résultats immédiats prouvés. Par ailleurs, l'élan créé par la crise mondiale des prix alimentaires partout dans le monde doit être utilisé par les organisations internationales pour permettre de garantir de nouveaux investissements et pour faire en sorte que le problème de la nutrition devienne une priorité politique beaucoup plus importante pour tous les dirigeants de la planète.

Il nous reste six ans avant de nous prononcer de façon définitive sur la réalisation ou non de l'OMD n° 1. Nous savons ce qu'il faut faire, et les coûts sont abordables, même en période de difficultés financières. Pour cela :

1. Les gouvernements des 36 pays qui supportent le fardeau de la malnutrition le plus lourd doivent prendre leurs responsabilités concernant la survie des enfants et la réduction de la faim, en confier la responsabilité à des dirigeants politiques du plus haut niveau, et veiller à ce qu'il existe une coordination des efforts entre les ministères compétents. La réduction de la malnutrition, de l'ampleur et dans les délais prévus, ne deviendra jamais réalité si elle est seulement considérée comme l'affaire du ministère de la Santé. Les gouvernements des pays donateurs et des pays aux taux élevés de malnutrition doivent soutenir l'élaboration de déclarations d'engagement propres à chaque pays sur l'éradication de la faim et de la malnutrition d'ici 2025.
2. Les citoyens des 36 pays connaissant les taux les plus élevés de malnutrition doivent constituer un mouvement de pression beaucoup plus puissant et efficace et exiger des mesures plus rapides et prouvées. Ils doivent participer à une campagne collective et internationale de la société civile pour éradiquer la faim et la malnutrition et demander des comptes à leur gouvernement. Les bailleurs de fonds devront le cas échéant financer cet effort.
3. La Banque mondiale et les agences onusiennes qui travaillent sur la problématique de la nutrition doivent accepter de coordonner leurs efforts et d'utiliser au maximum les avantages comparatifs de chaque institution. À l'heure actuelle, le secteur de la nutrition est encombré par une pléthore d'initiatives dont aucune ne parvient à faire de la nutrition une priorité politique. Ces initiatives doivent être complémentaires et accroître leur impact au lieu de se faire concurrence. À l'échelle nationale, les organisations internationales doivent se rallier derrière un plan gouvernemental unique.
4. La réduction de la malnutrition doit être une priorité pour le Partenariat International pour la Santé (International Health Partnership – IHP), pour les futurs partenariats sur l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition, et pour tous

nouveaux fonds ayant pour but de renforcer les filets de sécurité et les systèmes de protection sociale. Ces initiatives et ces fonds doivent se traduire par une action efficace et coordonnée au niveau des pays. Le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale, en particulier chez les populations pauvres, doit représenter un indicateur primordial des progrès réalisés.

5. Les systèmes nationaux et internationaux de suivi de la sécurité alimentaire et nutritionnelle doivent être améliorés. Nous devons savoir de quelle façon le régime alimentaire et l'état nutritionnel des jeunes enfants sont affectés par les événements mondiaux pour pouvoir agir rapidement, plutôt que des années après la crise.
6. Le secteur privé a un rôle crucial à jouer pour soutenir l'élaboration de produits riches en nutriments qui permettent de soigner et de prévenir la malnutrition. Il est également appelé à coopérer avec les organismes du secteur public pour les rendre accessibles aux femmes

et aux enfants les plus démunis. Les acteurs du secteur privé doivent également veiller à ce que la promotion de leurs produits n'aggrave pas le problème du faible taux d'allaitement maternel, ou le double problème de la malnutrition et de l'obésité.

7. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux doivent donner la priorité aux financements destinés aux pays supportant le fardeau de la malnutrition le plus lourd, en accroître le montant et se concentrer sur les mesures durant la période critique de 33 mois, de la conception de l'enfant à son deuxième anniversaire. Ils doivent travailler de concert pour faire de la nutrition une priorité politique au plan international. Ils doivent veiller à ce qu'aucun programme national crédible de réduction de la malnutrition n'échoue faute de moyens financiers. Ils doivent également investir dans des mécanismes permettant de mieux évaluer scientifiquement les stratégies de lutte contre les retards de croissance.

INTRODUCTION

En mai 1919, une jeune femme du nom d'Eglantyne Jebb était arrêtée à Trafalgar Square, à Londres. Quelques jours plus tard, elle fut jugée et déclarée coupable d'avoir distribué des tracts intitulés « Lutter contre la famine » où elle décrivait la situation des enfants mourant de faim en Autriche. Elle ne fut condamnée qu'à une amende de cinq livres sterling, ce qui pour elle était, comme elle le dit à sa mère, « synonyme de victoire ! ». Après le procès, le Ministère public fit don de cinq livres symboliques en faveur de la cause qu'elle défendait – c'est ainsi que le Fonds Save the Children vit le jour. Beaucoup étaient sceptiques sur les informations faisant état de famine en Europe, mais Eglantyne Jebb était animée d'une conviction inébranlable, déclarant : « Il n'est pas possible que les êtres humains normaux que nous sommes regardent des enfants mourir de faim sans rien entreprendre pour les sauver ».

Quatre-vingt-dix ans se sont écoulés, et 3,1 millions d'enfants meurent tous les ans de causes liées à la malnutrition. La forme chronique de malnutrition, appelée retard de croissance, touche 178 millions d'enfants – soit un tiers de tous les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. Ces enfants sont des millions à mourir très jeunes, et les autres en garderont des séquelles physiques et mentales permanentes. En 1990, en adoptant le premier objectif du millénaire pour le développement (OMD n° 1), les gouvernements se sont engagés à réduire de moitié le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale.¹ À cette époque, cette catégorie représentait un quart environ des enfants des pays en développement. Or, très peu de progrès ont été réalisés, puisque près de vingt ans plus tard, un cinquième des

enfants des pays en développement souffre toujours d'insuffisance pondérale.

L'une des principales causes de la malnutrition est une mauvaise alimentation, autrement dit la faim. Les maladies sont aussi un facteur important, et il est clair que des investissements pour la santé ainsi que dans les systèmes d'eau et d'assainissement sont nécessaires afin de réduire le risque d'infections et de garantir la disponibilité des soins nécessaires. Si les jeunes enfants du monde entier souffrent de diverses maladies lors des premières années de leur vie, ceux bénéficiant d'une alimentation saine perdent moins de poids quand ils sont malades, et le reprennent par la suite. Ce n'est pas le cas des enfants mal nourris. Certains enfants naissent malnutris parce que leur mère était elle-même malnutrie durant leur enfance ou n'avait pas accès à une alimentation équilibrée pendant sa grossesse. Si l'on parvient à améliorer l'alimentation des mères et des enfants, on aura fait une grande partie du chemin pour prévenir ce problème persistant.

S'il est vrai que le problème est énorme et risque de s'accroître, les solutions apparaissent aussi désormais plus clairement. La période critique pendant laquelle des dégâts irréparables peuvent avoir lieu va de la conception au deuxième anniversaire de l'enfant. Si l'on arrive à protéger ces 33 premiers mois de la vie d'un enfant, des progrès énormes pourront être réalisés. De même, 90 % des enfants souffrant d'un retard de croissance vivent dans 36 pays, 80 % dans 20 pays et la moitié dans huit pays seulement. Si la lutte contre la malnutrition représentait une priorité politique majeure pour les gouvernements des pays concernés et pour leurs partenaires du

développement, la plus grande partie du problème serait résolue. Les preuves scientifiques ont été publiées dans la revue *The Lancet* qui dresse le menu des interventions « qui marchent ». La protection sociale, en particulier les transferts monétaires réguliers, qui sont considérés comme l'une des stratégies les plus prometteuses pour améliorer l'alimentation des femmes enceintes et des jeunes enfants, est enfin vue par certains gouvernements comme un service fondamental, au même titre que la santé et l'éducation.

Le problème est désormais bien cerné ; le moment est venu de s'y attaquer au niveau politique. La flambée des prix des denrées alimentaires en 2008 a placé la sécurité alimentaire au cœur des préoccupations internationales. Un débat politique intense a lieu à l'heure actuelle sur les meilleurs moyens d'augmenter la production agricole pour nourrir la population qui augmente au moment où les réserves en pétrole diminuent et où le changement climatique menace les terres cultivables et la production agricole. Le but politique d'assurer la sécurité alimentaire mondiale est certes louable, mais ne signifie pas grand-chose quand on pense qu'il existe aujourd'hui environ un milliard de personnes qui ont faim dans le monde. Il ne suffit pas de s'employer à produire assez pour nourrir tout le monde, il faut aussi s'assurer que tout le monde a accès à cette nourriture. Le sommet du G8 de 2009 s'est engagé à augmenter les investissements dans la sécurité alimentaire, allant même jusqu'à reconnaître que cela ne concerne pas seulement la production agricole, mais recouvre aussi la protection sociale et la nutrition.² Le moment est désormais venu de faire de l'enfant malnutri une priorité politique et de reconnaître

qu'éliminer la faim et la mort évitables des enfants est à notre portée.

Le chapitre 1 de ce rapport décrit le **problème de la malnutrition** : qui est particulièrement touché, dans quels pays, ses conséquences et les perspectives d'amélioration de la situation nutritionnelle à l'approche de la date butoir de 2015 pour les OMD. Dans ce chapitre nous donnons une analyse unique de l'impact des menaces mondiales actuelles – en particulier la récession mondiale, la crise alimentaire, et le changement climatique – sur la situation nutritionnelle des enfants. Au chapitre 2, nous présentons notre **programme en huit interventions**, qui selon des résultats prouvés, sont essentiels pour améliorer l'alimentation des femmes enceintes et des jeunes enfants. Ce programme n'est pas exhaustif, mais s'il était intensifié, il pourrait permettre de réduire de façon significative les taux de malnutrition. Le chapitre 3 évalue le **coût** de ces interventions, pour qu'elles bénéficient aux enfants durant la période critique de leur vie. Le chapitre 4 se concentre sur la **dimension politique** : plus précisément, il examine la raison pour laquelle la malnutrition doit se voir accorder une plus grande priorité politique, comment cela peut être réalisé, et comment tirer parti de ce qui a déjà été fait. Le chapitre 5 décrit les **priorités d'action** immédiates. Dans l'ensemble de ce rapport nous nous intéressons particulièrement à la situation prévalant dans les huit pays où vit la moitié des enfants malnutris du monde, et où Save the Children s'emploie à lutter contre ce problème : l'Afghanistan, le Bangladesh, la République démocratique du Congo (RDC), l'Éthiopie, l'Inde, le Kenya, le Soudan et le Vietnam.

MALNUTRITION : LE PROBLÈME

Il existe trois catégories de malnutrition des enfants :

- **les enfants souffrant de malnutrition chronique ou de retard de croissance** ont une taille inférieure à la moyenne pour leur âge.
- **les enfants souffrant de malnutrition aiguë ou émaciés** sont trop maigres – leur poids est insuffisant par rapport à leur taille.
- un enfant souffrant d'une **insuffisance pondérale** a un poids inférieur à la moyenne pour son âge ; il est susceptible de souffrir de malnutrition chronique et/ou aiguë.

Dans les trois catégories on rencontre des formes plus ou moins graves, chaque catégorie se subdivisant en forme légère, modérée et sévère. La faim et la malnutrition ne sont pas toujours visibles ; les carences en vitamines ou en minéraux (micronutriments) touchent des milliards de personnes de par le monde. On estime qu'un tiers des enfants des pays en développement souffre entre autres d'une carence en vitamine A.

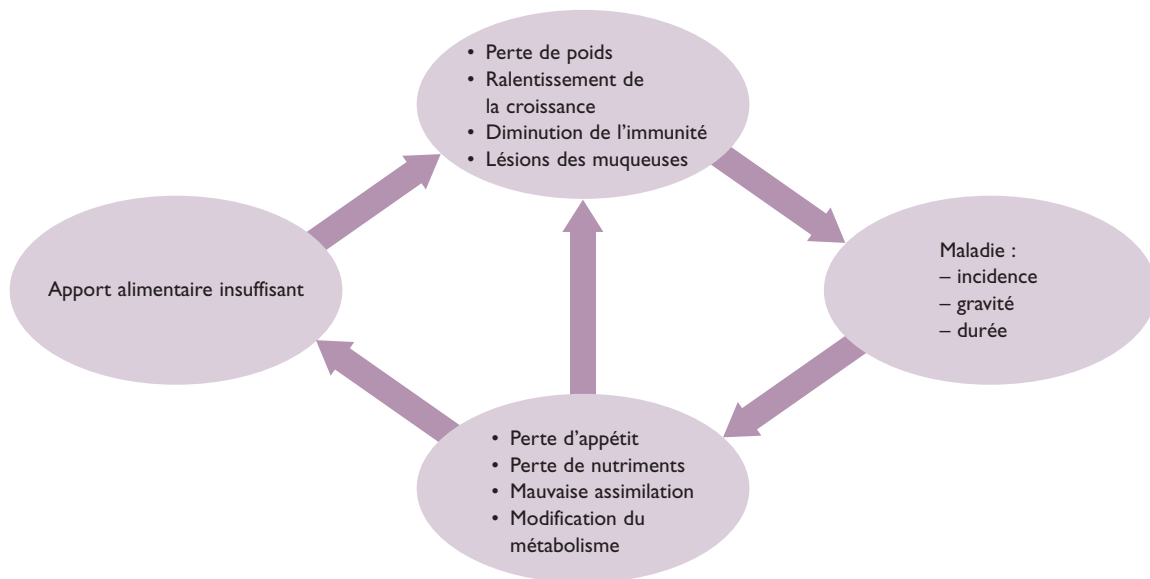
Le retard de croissance est un facteur contributif dans près de 15 % des décès d'enfants chaque année ; il en va de même pour l'émaciation. La malnutrition chronique est très fréquente mais moins souvent mortelle, alors que l'émaciation est moins fréquente, affectant quand même 10 % des enfants de moins de cinq ans, et très dangereuse – un enfant émacié a neuf fois plus de risques de mourir qu'un enfant bien nourri. La carence en vitamine A et en zinc est responsable de 6 % et 4 % respectivement des décès d'enfants de moins de cinq ans. L'anémie ferriprive pendant la grossesse est à l'origine d'un cinquième des

décès maternels. Les carences en micronutriments contribuent également au retard de croissance.³

Au risque accru de décès prématuré et de défaut de croissance s'ajoutent d'autres conséquences du retard de croissance. Il compromet également le développement du cerveau, et affecte les fonctions cognitives, motrices et comportementales. Une étude multi-pays a montré qu'une augmentation de 10 % de la prévalence du retard de croissance est associée à une diminution de 8 % du nombre d'enfants achevant leur scolarité.⁴ Pour les 40 pays où la proportion d'enfants touchés représente au moins 40 %, l'impact sur le niveau national d'instruction de la population est considérable.

La malnutrition des enfants résulte à la fois d'une mauvaise alimentation et d'infections (voir figure 1, page 4). Les enfants y sont particulièrement vulnérables parce qu'ils ont besoin d'un niveau relativement élevé de nutriments pour grandir et que leur système immunitaire n'a pas achevé son développement. De façon générale, lorsque l'organisme humain est sous-alimenté, il donne la priorité aux fonctions essentielles et distribue moins de nutriments aux fonctions de croissance, réparation et d'immunité, ce qui augmente le risque d'infection. Quand l'enfant tombe malade, il perd l'appétit ou perd des nutriments essentiels par la diarrhée, ce qui peut aggraver encore son état nutritionnel. Si l'enfant souffre d'une infection grave ou que son régime alimentaire se dégrade rapidement, il peut enregistrer une perte de poids brutale, ce qui peut déboucher sur l'émaciation. Si l'infection est moins grave ou que son régime alimentaire se dégrade plus progressivement, ou

Figure 1 : le cercle vicieux de l'apport alimentaire insuffisant et des infections⁵



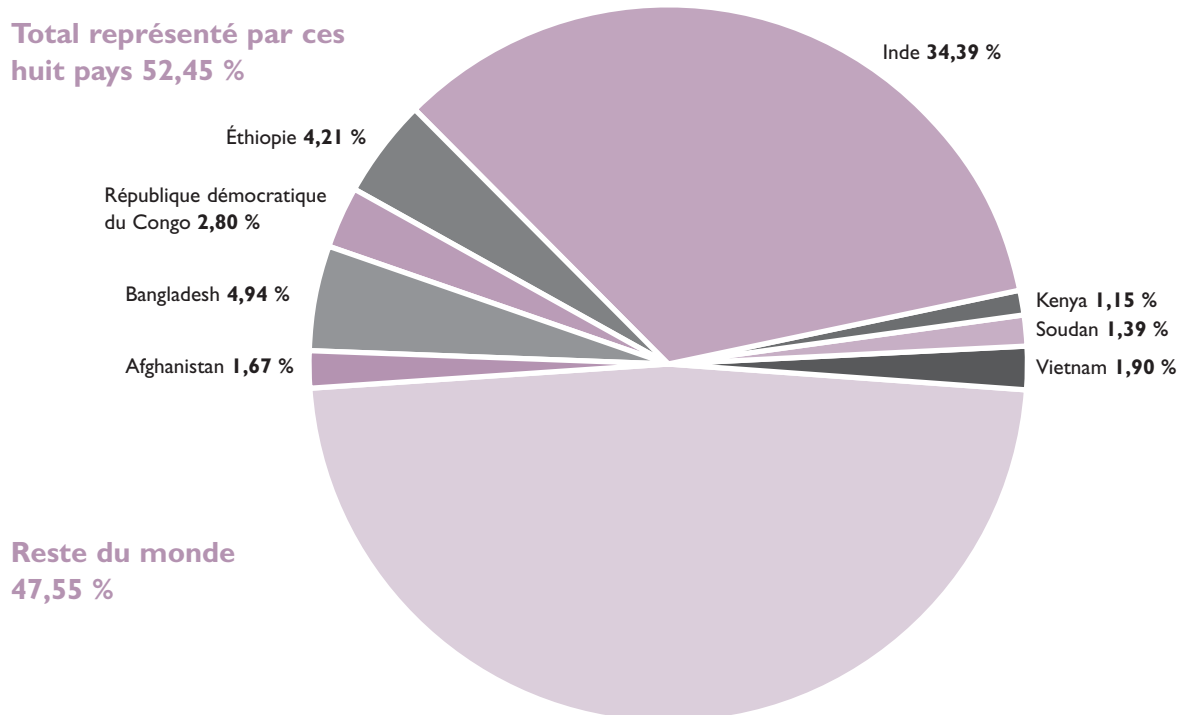
si l'enfant était petit à la naissance du fait d'une mauvaise alimentation maternelle, la conséquence peut être un retard de croissance. Environ 11 % des enfants nés dans les pays en développement souffriraient déjà d'un défaut de croissance avant même d'être nés.

DANS QUELS PAYS VIVENT LES ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE ?

En 2005, on estimait que 178 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance, et 55 millions d'émaciation, dans les pays en développement. Près des deux tiers des enfants souffrant d'un retard de croissance vivaient en Asie, un peu moins d'un tiers en Afrique. Quatre-vingt-dix pour cent des enfants souffrant d'un retard de croissance vivent dans seulement 36 pays, et 20 pays comptent 80 % de ces enfants. Chiffre plus frappant encore, la moitié des enfants souffrant d'un retard de croissance vit dans seulement huit pays. C'est sur ces huit pays que se concentre

tout particulièrement ce rapport. Il s'agit de l'Afghanistan, du Bangladesh, de la République démocratique du Congo (RDC), de l'Éthiopie, de l'Inde, du Kenya, du Soudan et du Vietnam (voir figure 2 à la page suivante).

Cependant, il faut savoir que derrière ces moyennes nationales se cachent des situations encore pires pour les enfants des familles les plus défavorisées de ces pays. Nous avons étudié les chiffres concernant les huit pays objet de l'étude. En Inde, au Kenya et au Vietnam, les enfants défavorisés ont environ trois fois plus de risques de souffrir d'insuffisance pondérale que les enfants de milieux plus aisés (tableau 1).^{6,7} Pour trois des huit pays (Éthiopie, Inde, Soudan), le nombre d'enfants pauvres souffrant d'insuffisance pondérale accuse un décalage de quinze ans par rapport aux enfants de milieux plus aisés. Les études réalisées par Save the Children parviennent aux mêmes conclusions. Une étude menée en 2008 dans un village au Bangladesh révèle que le retard de croissance touche 50 % des enfants dans le quartile le plus pauvre de la population, contre 17 % seulement dans le quartile le plus aisé.

Figure 2 : Pays où vivent les enfants avec retard de croissance**Tableau I : Ratio d'inégalité pour l'indicateur d'insuffisance pondérale dans les pays étudiés**

Pays	Année de l'étude	% d'insuffisance pondérale par quintile socio-économique					Ratio faible/élevé
		Inférieur	Deuxième	Intermédiaire	Quatrième	Supérieur	
Afghanistan	2004	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Bangladesh	2004	54,8	48,4	40,8	39,2	26,8	2,0
RDC	2007	23,5	26,1	24,4	21,6	13	1,8
Éthiopie	2005	38,7	39,4	34,3	31,1	26,1	1,5
Inde	2005/06	56,6	49,2	41,4	33,6	19,7	2,9
Kenya	2003	26,3	17,8	16,1	15,1	8	3,3
Soudan	2006	31,9	33,4	30,3	23,9	15,9	2,0
Vietnam	2006	25,3	22,2	15,2	13,8	9,1	2,8

Sources : Demographic and Health Surveys (DHS) [Enquêtes démographiques et sanitaires], Myanmar Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)2 [Enquête en grappe à indicateur multiple du Myanmar] (MIS)2, Soudan Household Survey [Enquête sur les ménages au Soudan], Vietnam MICS3

LA PÉRIODE CRITIQUE

La malnutrition intervient essentiellement durant les 33 mois allant de la conception au deuxième anniversaire de l'enfant. Cette période brève est critique puisque c'est à ce moment-là qu'on enregistre l'essentiel des retards de croissance et de développement (voir figure 1, page 4), et que jusqu'à l'âge de deux ans, les enfants peuvent encore rattraper leur retard, grâce à la grande plasticité du développement pendant cette phase. Au-delà de deux ans, il est beaucoup plus difficile d'éliminer les séquelles de la malnutrition chronique, en particulier son impact sur le développement du cerveau.

RISQUE PENDANT LA GROSSESSE

S'il est vrai que la malnutrition est le résultat d'une interaction funeste de l'alimentation et des infections, les conséquences des infections sur la croissance de l'enfant sont éphémères si le régime alimentaire est suffisant. Cela signifie que l'amélioration du régime alimentaire de la mère et de l'enfant est une composante essentielle de la solution au problème de la malnutrition. Le développement de l'enfant *in utero* est le premier stade où se font sentir les effets aussi bien immédiats qu'intergénérationnels d'une mauvaise alimentation. La taille du bébé est en effet déterminée au début de la grossesse et peut être le résultat d'une dénutrition de la mère avant et après la conception. La dénutrition de la mère est à son tour fonction de la taille, de l'âge, ainsi que de l'alimentation de cette dernière. La graisse chez le fœtus se dépose tardivement dans la grossesse, ce qui signifie qu'une mauvaise alimentation de la mère à cette étape peut conduire à l'émaciation du bébé dès sa naissance. Le tableau 2 en page 7 montre la situation alimentaire prévalant dans les huit pays étudiés. Il met en évidence la proportion importante de bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (ce qui peut couvrir aussi bien la malnutrition *in utero* que la prématurité). Ces chiffres sont susceptibles d'être inférieurs à la réalité, puisque 60 % des enfants dans le monde ne naissent pas dans des établissements hospitaliers ou médicaux, et ne peuvent donc être pesés ; or ce sont justement souvent des enfants de familles pauvres.

BESOINS ALIMENTAIRES DES BÉBÉS ET DES ENFANTS EN BAS ÂGE

Les bébés doivent être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie pour maximiser leurs chances de survie et de développement. Or, le tableau 2 montre que la proportion des enfants nourris exclusivement au sein ne dépasse jamais la moitié, quel que soit le pays. Au Kenya et au Vietnam, la proportion de bébés nourris exclusivement au sein ne représente que 13 % et 17 % respectivement. Cela peut entraîner la malnutrition dès le tout début de la vie. C'est en Inde et en Éthiopie que les taux d'allaitement maternel exclusif sont les plus élevés.

À l'âge de six mois, un bébé doit recevoir une alimentation variée complétant le lait maternel, pour que ses besoins en protéines, en graisses et en micronutriments essentiels soient satisfaits. Un très jeune enfant grandit vite, ce qui explique que ses besoins en nutriments sont élevés ; en dépit de sa petite taille, ses besoins sont proportionnellement bien supérieurs à ceux d'un adulte. Un enfant d'un an a des besoins deux à quatre fois plus élevés par kilogramme de poids corporel qu'un adulte moyen en termes d'énergie, de graisses et de protéines. L'estomac d'un jeune enfant est petit, ce qui fait qu'il lui faut des repas réguliers et nutritifs, conservés et servis dans de bonnes conditions d'hygiène pour éviter le risque d'infection. Enfin, il a besoin qu'on lui donne à manger en s'occupant de lui, plutôt que de manger tout seul, pour qu'il profite au maximum des aliments qu'on lui sert.⁸

Or en analysant les données des enquêtes nationales, on constate que dans les huit pays concernés, 30 % au moins des enfants âgés de 6 à 24 mois ne mangent pas suffisamment souvent (un minimum de deux repas par jour pour les enfants âgés de six à neuf mois, et de trois repas par jour pour les enfants âgés de 9 à 24 mois, est recommandé pour les enfants encore allaités). L'élément le plus consternant, cependant, est la diversité du contenu des repas des enfants. Plus de la moitié des enfants de tous les pays pour lesquels on dispose de données ont un régime alimentaire

Tableau 2 : Indicateurs alimentaires pour les huit pays étudiés⁹

	Taux de mortalité des moins de cinq ans	% des enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance	% de bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance	% de bébés de moins de six mois qui sont nourris exclusivement au sein	Alimentation appropriée pour les enfants de 6 à 24 mois ^{10, 11}		
					% d'enfants nourris suffisamment fréquemment	% d'enfants ayant une alimentation suffisamment variée	% d'enfants mangeant suffisamment souvent et une alimentation suffisamment variée
Afghanistan	257	54	s/o	–	s/o	s/o	s/o
Bangladesh	61	36	22	37	69,5	32,3–47,1	28,5–40,1
RDC	161	38	12	36	31,9	5,8–14,1	2,5–5,6
Éthiopie	119	47	20	49	57,5	5,2	6,2
Inde	72	48	28	46	48,8	16,3	12,0
Kenya	121	30	10	13	55,7	36,2–39,7	24,5–26,7
Soudan	109	43	31	16	s/o	s/o	s/o
Vietnam	15	36	7	17	s/o	s/o	s/o

Notes :

Les données relatives à la diversité et à la fréquence des repas se fondent sur l'analyse des données existantes des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et sur les données concernant l'allaitement maternel des études nationales, de l'enquête en grappes à indicateur multiple du Myanmar (MICS) et des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS). Notons que pour le Bangladesh, les chiffres concernant certains légumes riches en vitamines A (autres que les légumes verts à feuilles) ainsi que d'autres fruits et légumes consommés lors des dernières 24 heures n'étaient pas disponibles. Il se peut donc que les chiffres de la diversité alimentaire au Bangladesh soient inférieurs à la réalité.

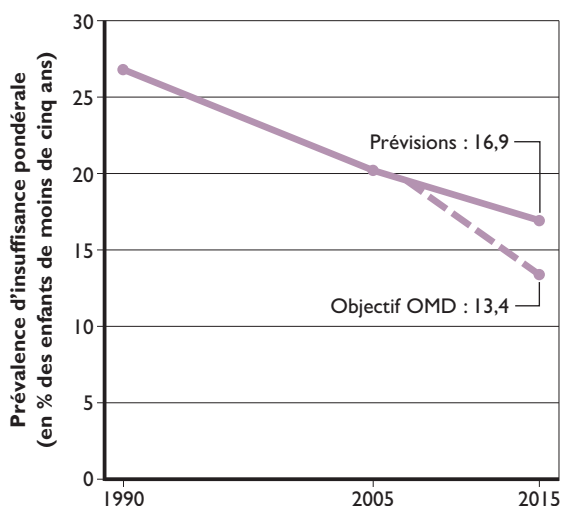
Les données relatives à l'allaitement maternel exclusif sont susceptibles d'être surestimées, du fait de la méthodologie utilisée, celle du rappel sur 24 heures.

quotidien composé de trois aliments seulement, voire moins : il s'agit généralement de l'aliment de base (par exemple riz ou farine de maïs), d'une légumineuse (pois ou lentilles par exemple) et d'un légume (légume vert souvent). La conjonction de tous ces facteurs : prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance liée à la mauvaise alimentation des mères, les taux bas d'allaitement maternel exclusif, la qualité insuffisante de l'alimentation des enfants, contribue à expliquer que les taux de malnutrition soient si élevés dans ces pays.

LENTEUR DES PROGRÈS POUR ATTEINDRE L'OMD N° 1

Malgré l'existence du premier objectif du millénaire pour le développement (OMD n° 1), qui est de diminuer de moitié la proportion des enfants souffrant d'insuffisance pondérale entre 1990 et 2015, la réduction de la malnutrition ne progresse que fort lentement. Jusqu'en 2005, le niveau de malnutrition diminuait d'environ 1,4 % par an au plan mondial¹² – ce qui ne permettrait d'atteindre qu'une réduction de 37 % de la malnutrition entre 1990 et 2015, et non l'objectif d'une réduction de 50 % (voir figure 3 ci-dessous).

Figure 3 : Proportion des enfants souffrant d'insuffisance pondérale dans le monde¹³



Nous appuyant sur les tendances jusqu'à l'année 2005, nous avons établi des prévisions de taux d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale et de retard de croissance en 2015 dans les vingt pays qui comptaient 80 % des enfants présentant un retard de croissance en 2005. Les résultats sont indiqués au tableau 3, page 9. Ce tableau montre que seuls six pays sont en bonne voie pour réaliser l'objectif 1 des OMD sur l'insuffisance pondérale. Les pays les plus mal placés sont la RDC, l'Afrique du Sud et le Yémen. Les mieux placés sont l'Égypte et le Vietnam. Dans la moitié des pays, le taux d'enfants souffrant d'un retard de croissance dépassera les 40 % en 2015.

Pourquoi les progrès ont-ils été aussi lents et la malnutrition est-elle restée aussi répandue ? On peut trouver une partie de la réponse dans la comparaison des taux de mortalité et de malnutrition. L'Indice de Développement des Enfants (Child Development Index) de Save the Children montre que dans 90 % des 137 pays couverts, la réduction de la mortalité a été supérieure à la réduction de la malnutrition depuis 1990.¹⁴ Cela témoigne d'un progrès dans la lutte contre les causes les plus courantes de mortalité infantile, grâce aux interventions ciblées dans le domaine de la santé. Mais cela montre également la nécessité d'agir rapidement pour que les investissements dans le secteur de la santé fournissent des services essentiels de nutrition aux femmes et aux enfants. Cela met également en évidence la nécessité de réaliser de façon prioritaire des investissements en dehors du secteur de santé pour améliorer l'accès des populations pauvres à l'alimentation, la position des femmes et leur capacité de gérer leurs ressources, et la salubrité de l'environnement.

Aujourd'hui plus que jamais, il est important de comprendre que les investissements réalisés exclusivement dans le domaine de la santé ne suffisent pas à lutter contre la malnutrition. En effet les causes économiques de la malnutrition risquent de devenir un facteur de plus en plus important de la mortalité infantile. Les données présentées en page 5 montrent que la malnutrition est concentrée sur les familles pauvres, et que la piètre qualité de

Tableau 3 : Les premiers et les derniers : bilan de la malnutrition en 2015 dans les 20 pays comptant 80 % des enfants présentant un retard de croissance dans le monde

Pays	Indicateurs positifs
Égypte	   
Vietnam	   
Bangladesh	   
Myanmar	   
Philippines	  
Tanzanie	  
Afghanistan	 
Éthiopie	 
Inde	 
Indonésie	 
Népal	 
Nigeria	 
Pakistan	 
Kenya	
Madagascar	
Soudan	
Ouganda	
RDC	
Afrique du Sud	
Yémen	

Légende :

-  En bonne voie pour atteindre l'ODD n° 1 (indicateur c)
-  Nombre d'enfants avec insuffisance pondérale inférieur en 2015 au chiffre pour 2005
-  Retard de croissance attendu inférieur à 40 % en 2015
-  Nombre d'enfants présentant un retard de croissance inférieur en 2015 au chiffre de 2005

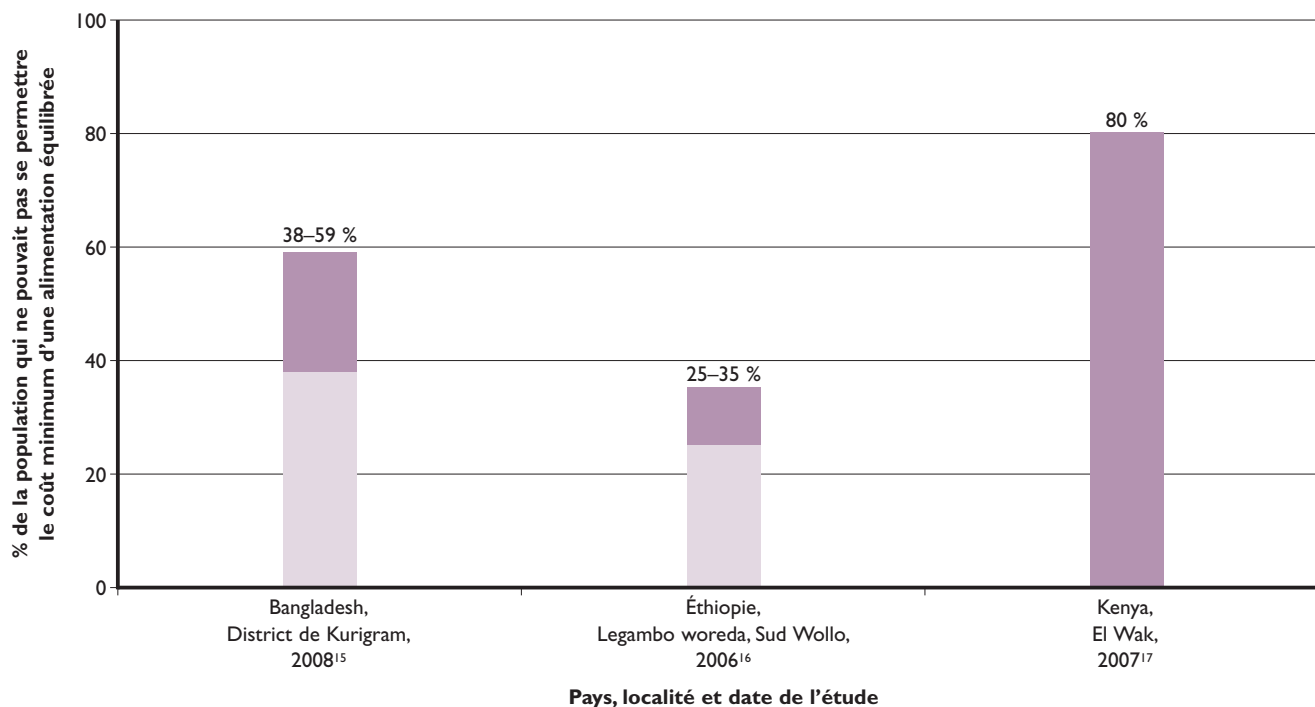
Pour plus de détails se reporter à l'annexe méthodologique à l'adresse suivante : www.savethechildren.org.uk/hungryforchange

l'alimentation des enfants et des mères est un élément majeur à cet égard.

Nous nous sommes demandé dans quelle mesure la pauvreté constitue un obstacle à une alimentation

saine dans trois pays. Cela nous a amenés à comparer le revenu familial au coût minimum d'une alimentation équilibrée, en utilisant la méthode de Save the Children du « Coût d'un Régime Alimentaire » (Cost of the Diet).

Figure 4 : Proportion de la population ne pouvant se permettre un régime alimentaire nutritif à coût réduit



Pour plus de détails se reporter à l'annexe méthodologique à l'adresse suivante : www.savethechildren.org.uk/hungryforchange

La figure 4 ci-dessus montre qu'une proportion importante de la population ne pouvait pas se permettre le coût d'une telle alimentation pour les membres de sa famille, même si l'intégralité de ses revenus était consacrée aux dépenses alimentaires. Seule la moitié des ménages objets de notre étude au Bangladesh en 2008 disposait de revenus lui permettant d'acheter les aliments d'un régime alimentaire équilibré à coût minimum ; un nombre bien plus important n'aurait pu s'acheter les autres produits nécessaires à la vie quotidienne.¹⁸ Les études réalisées au Kenya montrent qu'à certaines périodes de l'année, qu'ils soient ou non abordables, les aliments contenant les niveaux nécessaires de micronutriments essentiels ne sont tout simplement pas en vente sur les marchés.¹⁹ Le coût des denrées alimentaires nécessaires à l'alimentation équilibrée d'un enfant ne représente qu'une petite partie du budget alimentaire total d'une famille. Mais dans les familles où le travail quotidien est un travail manuel épuisant, et où les repas sont irréguliers, de mauvaise qualité et monotones, il n'est pas toujours possible de faire bénéficier les femmes enceintes et les enfants de tous les aliments à valeur nutritive disponibles.

L'INCIDENCE DES PRIX ÉLEVÉS DES DENRÉES ALIMENTAIRES

Les prix élevés des denrées alimentaires ainsi que la récession économique et le changement climatique ont un impact considérable sur les populations pauvres et ne font qu'aggraver les obstacles permanents à une alimentation saine de nature financière, évoqués précédemment. Ainsi les causes économiques de la malnutrition sont désormais plus importantes que jamais.

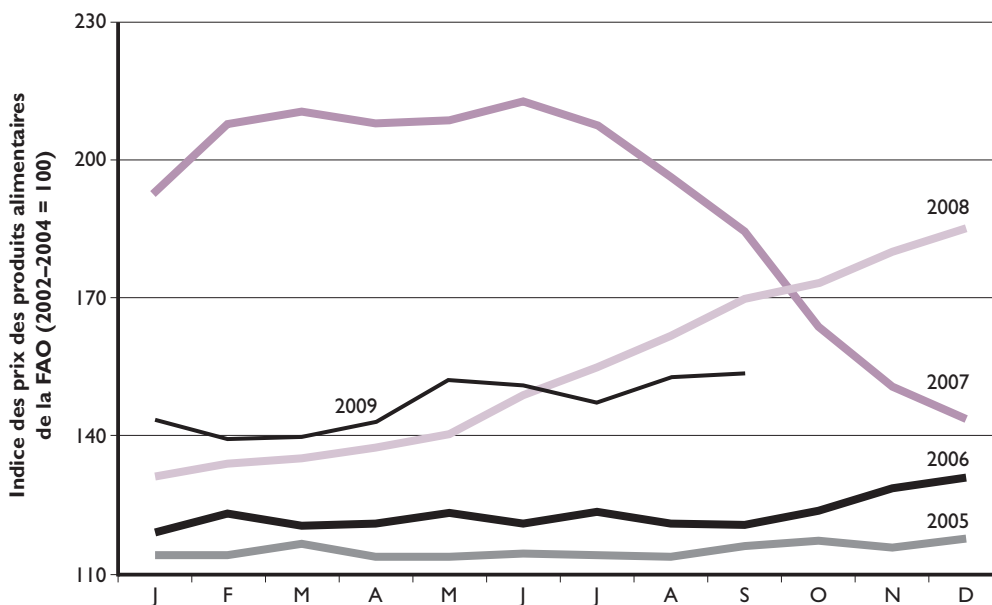
Les prix des produits alimentaires ont augmenté régulièrement depuis 2005 et ont atteint leur maximum en 2008 (voir figure 5 en page 11). En 2009, ils ont retrouvé des niveaux proches de ceux de 2007, mais devraient continuer à dépasser de 35 à 60 % en moyenne les prix prévalant pendant la période 1997–2007.²⁰ De plus, dans de nombreux pays, les prix n'ont pas diminué depuis les niveaux records de 2008. En avril 2009, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), étudiant les prix intérieurs des produits alimentaires dans 58 pays en développement, a

constaté que les prix avaient augmenté au cours des douze derniers mois dans environ 80 % des cas et au cours des trois derniers mois dans 40 % des cas. Dans 17 % des pays, les prix les plus récents relevés pour les produits alimentaires étaient les plus élevés de l'histoire.²¹ L'évolution des prix alimentaires mondiaux se transmet aux marchés nationaux et locaux à des degrés différents selon un certain nombre de facteurs : la dépendance du pays par rapport aux importations, l'existence de réserves en devises étrangères, le fonctionnement des marchés nationaux de produits alimentaires et leur intégration aux marchés mondiaux. Les principales causes du niveau élevé des prix des denrées alimentaires restent cependant valables. (On peut citer parmi ces causes l'impact des bouleversements climatiques sur la production, les objectifs gouvernementaux en termes d'aliments utilisés comme biocarburants assortis d'incitations financières, la transition en termes d'alimentation, caractérisée par une consommation accrue de viande et de produits laitiers dans les économies à croissance rapide.) De plus, les prix des combustibles se remettent déjà à augmenter. Il y a donc de bonnes raisons de penser que les prix des produits alimentaires resteront élevés et continueront à faire l'objet de fluctuations dans les années à venir.²²

Les populations les plus touchées par l'augmentation des prix des denrées alimentaires sont celles qui doivent s'acheter à manger et y consacrent la quasi-totalité de leurs revenus, à savoir les pauvres, dans les villes et en milieu rural. Au Royaume-Uni, les familles consacrent en moyenne 9 % de leurs revenus aux achats alimentaires,²³ mais les familles rurales pauvres dans les pays aux taux élevés de malnutrition doivent y consacrer au moins la moitié, voire parfois jusqu'à 80 %, selon la saison. Ainsi, les moindres fluctuations de prix peuvent avoir des résultats catastrophiques. La figure 6 en page 12 montre la proportion du revenu consacrée aux dépenses alimentaires et non alimentaires (frais de scolarité, santé, combustible pour faire la cuisine, habillement, etc.) par des familles en Éthiopie, au Kenya et au Royaume-Uni.

En 2008, nous avons réalisé une étude dans un village au Bangladesh, où nous nous sommes intéressés à l'impact de l'augmentation des prix des produits alimentaires sur la nutrition des enfants.²⁴ Elle a mis en évidence que les 30 à 50 % des familles les plus pauvres dans la localité disposaient d'un revenu disponible inférieur à ce qu'il était trois ans auparavant, alors que les revenus des ménages plus aisés avaient augmenté.

Figure 5 : Indice des prix des produits alimentaires entre 2005 et 2009



Source : <http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en/>

Figure 6 : Dépenses des ménages dans trois pays**Notes:**

Il existe d'énormes variations saisonnières dans les dépenses quotidiennes des ménages en Éthiopie et au Kenya. Nous avons donc pris le total annuel de ces dépenses en Éthiopie et au Kenya et nous l'avons divisé par 365 pour obtenir ce chiffre.

Pour en savoir plus sur l'approche fondée sur l'économie des ménages [Household Economy Approach], se reporter à l'annexe méthodologique à l'adresse suivante : www.savethechildren.org.uk/hungryforchange

Trois ans auparavant, la plupart des habitants avaient de quoi s'acheter suffisamment à manger pour absorber l'énergie nécessaire en kilocalories, mais les familles pauvres ne pouvaient se permettre une alimentation variée, ce qui avait des conséquences catastrophiques pour leurs jeunes enfants. Maintenant, beaucoup de pauvres ne peuvent même pas se permettre d'acheter les kilocalories nécessaires, et sont donc contraints à réduire, non plus seulement la qualité, mais également la quantité, de leurs repas quotidiens. Comme nous l'expliquons au chapitre 4, le Bangladesh a fait de gros progrès dans la lutte contre la malnutrition. Notre étude révèle que sans cette flambée des prix, le nombre d'enfants de moins de deux ans souffrant d'un retard de croissance aurait diminué de 7 % au cours des trois dernières années dans cette localité. Or ce nombre est resté inchangé. Une

nouvelle génération d'enfants en très bas âge a connu les mêmes taux de malnutrition qu'il y a trois ans, avec des conséquences qui risquent d'être irréversibles.

À l'exception d'enquêtes d'ampleur modeste comme celle-ci, l'impact de la flambée des prix de 2008 n'est pas encore connu. Les enquêtes nationales nécessaires à l'obtention des chiffres ne sont en effet pas réalisées à une fréquence suffisante. Sur la base des tendances concernant les personnes qui ont faim et les enfants mal nourris,^{25, 26} et des chiffres fournis par la Banque mondiale, nous estimons qu'en 2008 seulement, au moins 4,3 millions d'enfants de plus – et peut-être jusqu'à 10,4 millions – sont devenus malnutris dans les pays en développement²⁷ du fait de l'augmentation des prix des produits alimentaires.

LA CRISE ÉCONOMIQUE

La flambée des prix alimentaires en 2008 a plongé le monde dans la récession. On ne connaît pas encore toutes les conséquences que cela a eu sur les populations pauvres, mais elles seront sans doute catastrophiques. Selon la Banque mondiale, le nombre de pauvres dans le monde augmentera d'environ 46 millions pour la seule année 2009.²⁸ Le Fonds monétaire international (FMI) prévoit un ralentissement de la croissance économique dans les pays en développement, de 6,3 % en 2008 à 3,3 % en 2009.²⁹ La conjonction de plusieurs facteurs : faible demande en exportations, baisse des investissements étrangers dans les pays, hausse du chômage, diminution des recettes fiscales, diminution des envois d'argent par les émigrés et de l'aide publique au développement et très faible couverture des programmes de protection sociale, signifie que la pauvreté est appelée à augmenter et que les États auront encore plus de difficultés à protéger les pauvres de l'impact de la crise.

La conséquence de la grave crise économique qu'a traversée l'Indonésie en 1997 a été que les femmes ont diminué leur apport énergétique pour protéger leurs enfants. La conséquence en a été une augmentation de 20 % de l'incidence de l'émaciation chez les mères. Tous les membres de la famille ont ressenti les effets du déclin de la qualité de leur alimentation ; chez les enfants et les femmes, le nombre de personnes atteintes d'anémie ferriprive a augmenté substantiellement. Les bébés conçus pendant cette période et les enfants de moins de dix-huit mois ont été les plus touchés par la crise.³⁰ Il a été démontré qu'un ralentissement économique a des conséquences négatives rapides en termes de développement humain, alors que la reprise économique n'est pas suivie d'une reprise aussi rapide dans ce domaine. Cela signifie que les conséquences de la crise économique risquent d'être prolongées et profondes.³¹

CHANGEMENT CLIMATIQUE

Aux effets de la flambée des prix des denrées alimentaires et de la récession, s'ajoutent les risques que représente le changement climatique pour les familles pauvres. Celles vivant dans des régions périphériques en ressentent d'ores et déjà les effets. Ainsi, les populations pratiquant le pastoralisme en Éthiopie s'aperçoivent que l'environnement ne peut plus nourrir leurs troupeaux, ce qui contraint beaucoup d'entre elles à aller s'installer en ville. Une des conséquences en est la diminution du lait disponible pour les enfants pauvres, avec un impact immédiat sur leur état nutritionnel. À long terme, l'augmentation des températures du fait du réchauffement de la planète est susceptible de déboucher sur l'augmentation de la production agricole dans les latitudes élevées et moyennes. La même augmentation de la température aura des conséquences inverses sur les faibles latitudes, où l'on assistera à une diminution de la production agricole ; de ce fait, de nombreux pays en développement deviendront encore plus dépendants des importations alimentaires et encore plus tributaires des fluctuations sur les marchés internationaux.³² De plus, des moyens de subsistance côtiers seront détruits par l'augmentation du niveau des mers. Le paludisme et les maladies transmises par l'eau comme la diarrhée, sont susceptibles de se répandre avec l'inondation des zones côtières. Dans les régions où l'eau manque, elle deviendra encore plus rare, augmentant encore le risque de maladies.³³

Le changement climatique a également comme conséquence des phénomènes météorologiques extrêmes qui ont un impact sur la stabilité de l'approvisionnement en nourriture. Les petits agriculteurs, qui ne possèdent que peu de terres et d'équipements, sont les plus vulnérables à de tels phénomènes. La disparition des activités et les mouvements migratoires en résultant peuvent avoir une incidence brutale et grave sur la nutrition des enfants. Les sources habituelles de revenus sont souvent perturbées ; les provisions alimentaires peuvent être anéanties. Lorsque les familles sont contraintes de quitter leur foyer, cela peut être

préjudiciable à l'allaitement maternel et rendre les jeunes enfants vulnérables à toute une série d'infections mortelles, ayant pour conséquence des niveaux élevés de malnutrition aiguë.

On estime que 45 millions de personnes souffrent aujourd'hui de la faim du fait du changement climatique,³⁴ et ce chiffre pourrait atteindre entre 80 et 210 millions au cours des décennies à venir.³⁵ Le scénario le plus pessimiste prévoit qu'en 2080 il pourrait y avoir 1,3 milliards de personnes souffrant de la faim dans le monde, dont 550 millions du fait du changement climatique, et 480 millions vivraient en Afrique.³⁶

UNE TRIPLE MENACE

L'impact de cette triple menace que représentent les prix des produits alimentaires, la récession et le changement climatique, sur les pays où les enfants souffrent d'un retard de croissance, risque d'être profond, et d'aggraver une situation

déjà extrêmement grave pour les enfants pauvres. Sur les huit pays étudiés, cinq ont connu une détérioration des termes de l'échange du fait des fluctuations récentes des prix des produits alimentaires (le Bangladesh, la RDC, l'Éthiopie, l'Inde, le Kenya),³⁷ trois ont été classés par le FMI comme extrêmement vulnérables aux conséquences de la crise financière (RDC, Soudan et Vietnam)³⁸ et tous sont confrontés aux conséquences de plus en plus sensibles du changement climatique. Au Bangladesh, en Inde et au Vietnam, les précipitations et les changements de la mousson auront un impact sur les ressources hydrologiques, le niveau des mers et la biodiversité, et provoqueront l'augmentation de phénomènes tels que les crues soudaines, les cyclones, les ouragans et la sécheresse. Au Kenya, en Éthiopie et au Soudan, les changements durables dans les températures et les précipitations sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur la production agricole et les moyens de subsistance, et de provoquer une augmentation de la fréquence des sécheresses.³⁹

LA MALNUTRITION EN QUELQUES MOTS (CHIFFRES DE 2005)

Retard de croissance – la malnutrition chronique touche 178 millions d'enfants dans le monde, soit 32 % des enfants de moins de cinq ans.

Émaciation – la malnutrition aiguë touche 55 millions d'enfants dans le monde, soit 10 % des enfants de moins de cinq ans.

Insuffisance pondérale – Conjonction d'émaciation et de retard de croissance. Il s'agit de l'indicateur le plus souvent utilisé par les États ; c'est également l'un des indicateurs de l'OMD n° 1. Elle touche 112 millions d'enfants de par le monde, soit 20 % des enfants de moins de cinq ans.

14,5 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un retard de croissance.

14,6 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à l'émaciation.

6,5 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à une carence en vitamine A.

4,4 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à une déficience en zinc.

11 % d'enfants naissent avec une restriction de croissance intra-utérine.

Source : R Black et al, 'Maternal and Child Undernutrition : global and regional exposures and health consequences' [Dénutrition maternelle et infantile : vulnérabilités mondiale et régionale et conséquences pour la santé], *The Lancet*, 371 : 243–60

LE PLAN D'ACTION CONTRE LA FAIM INFANTILE

La malnutrition conduit à la mort évitable d'enfants ; elle provoque également une déficience permanente des fonctions cognitives. Elle concerne tout particulièrement les enfants vivant dans 36 pays et les populations pauvres de ces pays, et ses effets sont particulièrement graves pendant la période de 33 mois allant de la conception au deuxième anniversaire de l'enfant. Il a fallu si longtemps pour diminuer l'incidence de la malnutrition, qu'elle risque de devenir une cause de plus en plus importante de mortalité infantile. La pauvreté devient par ailleurs une cause encore plus importante de la malnutrition, au fur et à mesure que se fait sentir la conjonction des prix élevés des produits alimentaires, de la récession et des phénomènes météorologiques extrêmes. Or les obstacles économiques à une alimentation saine ont souvent été négligés dans les stratégies portant sur la nutrition : on partait généralement du principe que la croissance économique ferait disparaître ces obstacles. Or la croissance économique, trop souvent, n'entraîne pas de diminution de la pauvreté. Les États doivent reconsidérer leurs approches de lutte contre la malnutrition en tenant compte de ces facteurs économiques, pour être suffisamment préparés aux menaces actuelles pesant sur une bonne nutrition.

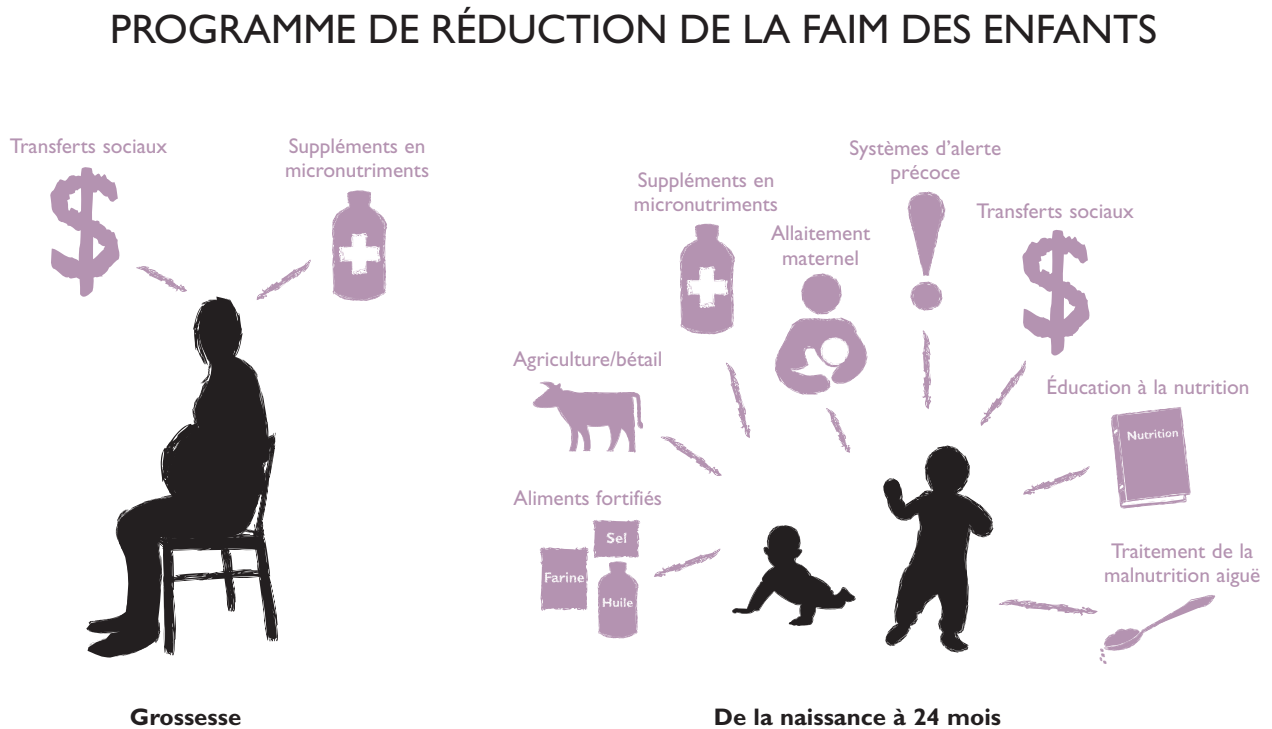
Nous proposons au cours des pages suivantes un programme de huit interventions qui ont le potentiel d'améliorer considérablement l'alimentation des femmes enceintes et des enfants durant la période critique des 33 mois, et par conséquent, de réduire la faim et la malnutrition. Nous sommes également convaincus que ce programme donnera aux gouvernements les moyens de prendre les mesures nécessaires face

à la triple menace que représentent les prix élevés des produits alimentaires, la récession et le changement climatique.

Cependant, il est tout d'abord important de se demander précisément de quelle façon l'alimentation des enfants pourra être améliorée. Ce sont les mères qui s'assurent que les enfants mangent. Elles participent souvent à la production des aliments ou à l'obtention des revenus nécessaires à l'achat de la nourriture, et ce sont presque toujours les mères qui font la cuisine et donnent à manger à leurs enfants. Dans les cas de prévalence élevée de VIH et de SIDA, les enfants orphelins de mère sont parfois nourris par quelqu'un d'autre, qui la plupart du temps est aussi de sexe féminin. C'est la raison pour laquelle toute stratégie visant à améliorer l'alimentation des enfants doit lutter contre la discrimination de genre et donner aux femmes les moyens de s'acquitter de cette tâche si importante.⁴⁰ En l'absence de tels efforts, l'impact et la rentabilité des mesures prises en seront diminués.

Avant de passer à la description des différents éléments du programme contre la faim infantile, il est important de préciser le contexte dans lequel il s'inscrit.

- Premièrement, ce programme s'appuie sur des constatations scientifiques. En 2008, la revue médicale *The Lancet* publiait une étude complète des résultats des interventions de lutte contre la sous-nutrition des mères et des enfants.⁴¹ Elle révélait que si toutes les interventions étaient menées jusqu'au bout, elles permettraient de réduire les retards de croissance de 36 % et la mortalité de 25 %. Toutes les interventions

Figure 7 : Les 33 mois qui comptent

recommandées par *The Lancet* et ayant une incidence directe sur le régime alimentaire des enfants et leur statut nutritionnel *in utero* sont examinées dans ce rapport (notamment les suppléments en micronutriments, le traitement vermifuge, la fortification, l'aide à l'allaitement maternel, le traitement de la malnutrition aiguë sévère, l'éducation en matière de nutrition et d'hygiène, les transferts monétaires conditionnels). Les autres interventions (traitement contre le paludisme, moustiquaires) ne sont pas étudiées ici. Elles sont certes essentielles, mais l'objet de cette étude est d'examiner les interventions liées à l'amélioration de l'alimentation et à la réduction de la faim.

- Deuxièmement, nous allons au-delà des résultats scientifiques publiés dans les revues médicales. *The Lancet* déclare : « Pour éliminer le retard de croissance à long terme, les interventions citées dans la série du *Lancet* consacrée à la sous-nutrition des mères et des enfants doivent être complétées par une amélioration des éléments participant à la dénutrition : pauvreté, faible niveau scolaire, prévalence des maladies, manque de moyens donnés aux femmes ».

Constatant que les interventions proposées par *The Lancet* ne peuvent permettre de réduire le retard de croissance que d'un tiers, force nous est de constater qu'il est impératif d'élargir le champ des interventions. C'est pourquoi la liste de *The Lancet* constitue pour nous le point de départ. Dans ce programme de huit éléments nous proposons des interventions qui prennent en compte les déterminants économiques de la malnutrition (notamment les transferts monétaires) et nous nous appuyons sur les preuves que nous avons de leur efficacité. Notre programme reprend et développe celui proposé par l'initiative REACH.⁴² Cette initiative est à l'origine de matériel de haute qualité permettant aux gouvernements de réaliser certaines des interventions décrites ci-dessous, et devrait être un point de référence clé lorsque l'on envisage des interventions.

- Troisièmement, ce programme ne constitue pas un modèle à appliquer tel quel et sans discernement dans tous les pays. Nous pensons plutôt qu'il doit permettre d'entamer un débat entre différents ministères compétents en la matière afin de renforcer les stratégies nationales

existant en matière de nutrition. Il pourrait également inciter à examiner dans quelle mesure les obstacles de nature financière à une alimentation nutritive ont été suffisamment pris en compte dans ces stratégies de nutrition. Toute stratégie pour la nutrition doit partir des causes de la malnutrition dans un endroit donné ; les arbitrages nécessaires sur la part des différents investissements au titre des différentes interventions doivent se faire en fonction de ces causes précises.

ÉLÉMENT N° 1 : SOUTIEN ET PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Augmenter le nombre de bébés nourris au sein dans des conditions optimales pourrait permettre de réduire de façon substantielle la mortalité infantile. Trois objectifs ont été définis en matière d'allaitement maternel sur la base des bienfaits démontrés de cette pratique :

1. Tous les bébés doivent être mis au sein immédiatement après la naissance (ce qu'on qualifie d'initiation précoce). Cela permet au bébé d'absorber le colostrum ou premier lait, ce qui renforce considérablement ses défenses immunitaires.
2. Pendant les six premiers mois, les bébés ne doivent être nourris qu'au lait maternel, à l'exclusion d'autres liquides ou aliments (eau y comprise) – c'est ce qu'on appelle l'allaitement exclusif.
3. Les enfants en bas âge doivent continuer à être nourris au sein jusqu'à l'âge de deux ans au moins.

Même dans les situations de prévalence élevée de VIH, l'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de six mois, à moins qu'il existe d'autres options acceptables, possibles, abordables financièrement, durables et sans danger.⁴³

L'allaitement maternel pourrait réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'au moins 12 %, voire de 20 %.^{44, 45, 46, 47} L'impact de l'allaitement maternel est particulièrement grand sur la prévention

de la mortalité durant les six premiers mois de la vie, mais près d'un décès sur quatre attribué à des pratiques sous-optimales d'allaitement maternel est en fait dû à l'absence de l'allaitement maternel chez les enfants âgés de 6 à 24 mois.⁴⁸ L'allaitement maternel rend également les enfants plus robustes et a un impact important sur le taux de maladies,⁴⁹ aidant ainsi les enfants à bien se développer. Du fait de ses bienfaits énormes pour la santé et de son coût relativement modique, encourager l'allaitement maternel est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et rentables qu'on puisse mener aujourd'hui.

La très grande majorité des femmes et des bébés sont capables physiologiquement de pratiquer l'allaitement, même si certaines femmes peuvent rencontrer des difficultés. Les bébés sont dotés du réflexe inné de succion et le lait maternel est produit selon le principe simple de l'offre et de la demande, les hormones jouant le rôle de messagers. Le système est conçu de telle sorte que c'est l'enfant qui détermine la quantité et la fréquence de la production de lait. Ainsi, la quasi-totalité des femmes de par le monde sont théoriquement à même d'allaiter leur enfant en respectant les trois recommandations énoncées ci-dessus. Il existe des raisons complexes pour lesquelles les femmes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas suivre ces recommandations, et ces raisons varient selon l'environnement dans lequel elles vivent.

Cependant, un certain nombre d'initiatives peuvent faciliter l'allaitement maternel. Apporter aux femmes un soutien individuel aux moments critiques que sont la période avant et juste après l'accouchement, et par la suite, permet d'augmenter de façon sensible le taux de femmes allaitant leur enfant. Plus on soutient les mères, mieux elles parviendront à adopter les pratiques recommandées.⁵⁰ Selon les observations faites, l'idéal est qu'il y ait sept visites au moins entre la période anténatale et le moment où le bébé a deux mois.⁵¹ Les approches diffèrent selon les pays : l'aide peut être apportée par des sages-femmes, des infirmières de quartier, du personnel non médical faisant des visites à domicile, des groupes de soutien aux mères, des mères éducatrices, formées en allaitement maternel, même si plusieurs études indiquent que l'éducation

dispensée par des mères aux mères est le mécanisme le plus rentable.^{52, 53, 54} Les meilleurs résultats sont atteints lorsque les pères sont également associés. Pour les femmes accouchant dans une structure médicalisée, il est important que le personnel ait reçu une formation d'aide à l'allaitement. Les campagnes de promotion de l'allaitement maternel sur différents supports se sont révélées utiles pour compléter le soutien individuel direct.

Parallèlement au soutien direct qu'ils peuvent apporter, les gouvernements peuvent prendre différentes mesures pour que l'environnement au sens large soit propice à l'allaitement maternel. Il est tout d'abord nécessaire d'adopter des lois fondées sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981) en empêchant la promotion commerciale des substituts au lait maternel, des biberons et des tétines. Si les mères sont confrontées à des messages publicitaires leur donnant le sentiment que le lait industriel est aussi bon pour l'enfant que le lait maternel, ou que la profession médicale soutient ce type d'alimentation, le taux d'allaitement maternel n'augmentera pas. La législation doit être appliquée et son application contrôlée. La législation relative à la maternité, permettant aux femmes d'allaiter en exerçant une activité professionnelle, est également un élément important.^{55, 56} L'Organisation internationale du travail (OIT) recommande un congé de maternité de 14 semaines avec indemnités équivalant au moins aux deux tiers du salaire, ainsi que des aménagements spécifiques pour faciliter l'allaitement. Même dans les cas où de nombreuses femmes travaillent dans le secteur informel et ne bénéficient pas forcément de la législation de protection des droits de maternité, la législation nationale n'en représente pas moins un message clair de la part de l'État. Par ailleurs, il risque d'être difficile aux professionnelles de la santé de promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois si leurs propres conditions de travail ne leur permettent pas de suivre elles-mêmes cette pratique. Enfin, Save the Children a constaté que dans une situation d'urgence, les femmes s'inquiètent souvent de leur capacité à continuer à allaiter et qu'il est

donc particulièrement nécessaire de les soutenir et de les rassurer au moment où il est spécialement important que leur enfant soit allaité. Par ailleurs, les dons spontanés de lait industriel par les organisations humanitaires peuvent rendre beaucoup plus difficile le soutien de l'allaitement maternel. Pour ces raisons, il est important que soit établi un plan national de préparation à l'urgence énumérant les mesures nécessaires pour favoriser l'allaitement maternel en cas d'urgence.

Au Ghana, le gouvernement a pris certaines de ces mesures, y compris avec une législation⁵⁷ sur la commercialisation des substituts au lait maternel, l'organisation de campagnes dans les médias, et la formation du personnel de santé. Ces efforts ont permis de faire passer le taux de l'allaitement maternel exclusif de 7 à 54 % en dix ans.

ÉLÉMENT N° 2 : SUPPLÉMENTS EN MICRONUTRIMENTS ET TRAITEMENT VERMIFUGE

Dix pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans de par le monde sont dus à des carences en micronutriments, vitamine A et zinc pour l'essentiel. Les suppléments en vitamine A sont plus efficaces pour réduire la mortalité que les retards de croissance, mais le traitement avec supplément en zinc chez les enfants atteints de diarrhée réduit le retard de croissance d'un taux pouvant aller jusqu'à 17 %, et peut réduire le taux de mortalité due à la diarrhée de 50 %. Combiné avec des sels de réhydratation orale (SRO), il peut permettre d'éviter jusqu'à trois quarts des décès dus à la diarrhée.⁵⁸ L'anémie est la condition la plus prévalente liée à une carence en micronutriments : on estime qu'elle touche 54 % des femmes enceintes dans les pays en développement. La moitié au moins de tous les cas d'anémie durant la grossesse sont dus à une carence en fer et en acide folique,⁵⁹ ce qui représente un facteur d'augmentation du risque de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'hémorragie et de septicémie, qui sont tous des phénomènes associés à l'augmentation du taux de mortalité maternel et des nourrissons.^{60, 61, 62} Les suppléments

en fer et en acide folique peuvent permettre de réduire la mortalité maternelle de 23 %.⁶³

Dans un certain nombre de pays à faible revenus, les infections aux parasites intestinaux contribuent aux carences en nutriments essentiels en modifiant l'assimilation intestinale et l'appétit. Elles affectent également la capacité de l'organisme de se défendre contre les infections.⁶⁴ On a pu constater que dispenser des médicaments vermifuges à tous les enfants, même si l'on n'est pas certain qu'ils ont des vers, permet d'améliorer leur état nutritionnel et de réduire l'anémie. On a constaté un impact analogue des interventions contre les vers chez les femmes enceintes.⁶⁵ Jusqu'à présent les traitements vermifuges se sont essentiellement concentrés sur les enfants d'âge préscolaire (3–5-ans) et scolaire (qui présentent le risque le plus élevé de parasites intestinaux).⁶⁶ De plus, la réduction des infections parasitaires intestinales chez les enfants d'âge scolaire peut permettre de réduire le risque d'infection pour l'ensemble de la population. Il faut cependant noter que « l'on ne peut attendre des programmes vermifuges des améliorations immédiates de l'état nutritionnel et de la croissance en l'absence d'un bon régime alimentaire sur le plan quantitatif comme qualitatif ». ⁶⁷ Il existe relativement peu d'études consacrées à l'impact du traitement vermifuge chez le jeune enfant, mais on recommande désormais que les médicaments vermifuges soient administrés à tous les enfants de plus d'un an, ainsi qu'aux femmes enceintes de plus de trois mois, dans les pays où les infections parasitaires intestinales sont prévalentes.⁶⁸

L'apport régulier de micronutriments et de programmes vermifuges suppose le bon fonctionnement du système de santé, ainsi que l'existence, comme pour tous les systèmes de sécurité sociale, de personnels qualifiés et rémunérés. Il peut être particulièrement difficile d'arriver à accéder aux familles les plus pauvres.⁶⁹ Ces deux catégories d'interventions sont généralement d'autant plus efficaces qu'elles sont réalisées en conjonction avec d'autres services. Ainsi, les Journées nationales pour la vaccination ou les Journées pour la santé des enfants peuvent être le moment idéal pour procéder à la distribution de comprimés de

vitamine A, de fer et d'acide folique, ainsi que de médicaments vermifuges. Les campagnes dans les médias ont un rôle important à jouer, particulièrement pour ce qui est du zinc et de l'acide folique. Le zinc n'est pas une substance dont l'utilisation est autorisée dans tous les pays et son coût est parfois prohibitif. Des efforts sont déployés actuellement pour transférer sa production à des fabricants locaux, ce qui en réduirait le coût ; il faut explorer de toute urgence les possibilités existantes et faire enregistrer le zinc pour permettre son utilisation dans tous les pays.⁷⁰

ÉLÉMENT N° 3 : POLITIQUES D'AGRICULTURE ET D'ÉLEVAGE FAVORABLES À LA NUTRITION

Dans la mesure où l'agriculture, l'agropastoralisme et le pastoralisme représentent l'élément fondateur de l'économie rurale dans nos huit pays, il peut être surprenant de constater que les pauvres ne bénéficient que de façon limitée de leur propre production agricole. Le tableau 4 de la page 20 présente les conclusions des évaluations détaillées de Save the Children sur la base de l'approche de l'économie des ménages, dans cinq des huit pays considérés. On constate que dans aucun des pays considérés les pauvres ne parviennent à satisfaire plus de 40 à 50 % de leurs besoins énergétiques alimentaires par leur propre production. De même, les données de la FAO portant sur 12 pays montrent qu'en moyenne, seuls 31 % des ménages des régions rurales sont des vendeurs nets de produits agricoles.⁷¹ Bien au contraire, les pauvres achètent la plupart des aliments qu'ils consomment avec le salaire obtenu du travail qu'ils font pour d'autres (c'est-à-dire un travail informel). Les raisons en sont l'absence de terres, d'accès aux intrants agricoles (crédits, engrais, etc.) et la difficulté de s'installer à son compte. Dans la majorité des pays considérés, les familles les plus pauvres ne possèdent pas de terres, et ne peuvent par conséquent rien produire. Les familles pauvres qui peuvent utiliser de petites parcelles connaissent souvent des difficultés financières à certaines périodes de l'année. Cela les oblige à cultiver les terres des autres plutôt que les leurs (avec un

Tableau 4 : Proportion des besoins alimentaires couverts par la production familiale dans cinq pays*

	Éthiopie	Bangladesh	Kenya	RDC	Soudan
Lieu et date de l'évaluation s'appuyant sur l'approche d'économie des ménages (HEA)	Shoa Nord Plateaux, ovins et orge, 2006	Zone métropolitaine de Kurigram, Bangladesh, 2000	Zone de prairies de Sud Wajir, Kenya, 2007	Commune de Massina (urbain), Kinshasa, RDC, 2000	Sud Soudan, zone occidentale de plaines inondables 1998–2002
Mode de vie/d'activité	Zone de plateaux, élevage (ovin) et culture	Zone agricole concentrée sur la production de riz et une importante population sans terres	Zone semi-aride dominée par des activités pastorales avec des exemples de petit commerce	Zone urbaine dominée par l'emploi informel	Activités agro-pastorales avec inondations saisonnières
% de la population considéré comme « très pauvre » ou « pauvre »	47,5 %	42 %	55 %	35 %	34 %
% des aliments provenant de la production familiale chez les populations considérées comme « très pauvres » ou « pauvres »	44-51 %	42 %	0 %	1 %	19 %
% des aliments provenant de l'élevage familial chez les populations considérées comme « très pauvres » ou « pauvres »	2 %	0 %	2-5 %	0 %	2 %

* Données provenant des évaluations d'approche d'économie des ménages de Save the Children

Pour en savoir plus sur les méthodes, se reporter à l'annexe méthodologique à l'adresse suivante : www.savethechildren.org.uk/hungryforchange

impact évident sur les rendements de leurs terres), afin d'assurer le quotidien et nourrir leur famille.

La crise des prix des produits alimentaires de 2008 a fait de la sécurité alimentaire une priorité politique majeure dans tous les pays du monde. Elle est à l'origine de changements de politiques qui conduiront à une augmentation importante des investissements pour stimuler la production agricole. Cependant, nous ne pouvons partir du principe que cet accroissement permettra de faire diminuer la malnutrition. L'augmentation de la production agricole au niveau national et mondial ne signifie pas forcément que la sécurité alimentaire des pauvres s'améliore ou qu'ils ont une alimentation équilibrée. En Afrique, la production agricole et les importations de produits alimentaires ont augmenté progressivement au cours des dix dernières années, et il y a désormais assez d'énergie d'origine alimentaire disponible pour que chaque personne en reçoive 2.500 kilocalories par jour.⁷² Pourtant il s'agit aussi du continent qui a le moins fait de progrès dans la lutte contre la malnutrition. La preuve décisive pour la pertinence d'un investissement agricole devrait être sa capacité à réduire le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale.

Les politiques agricoles doivent être conçues pour augmenter la disponibilité et diminuer le prix des aliments nutritifs – et non pas uniquement des produits de base ou des céréales. Ainsi au Mali, les enfants vivant dans des villages pratiquant l'horticulture ou l'irrigation sont moins susceptibles de souffrir d'un retard de croissance que ceux vivant dans des villages ne cultivant que le produit de base, le millet.⁷³ De même, on sait qu'augmenter la disponibilité et la qualité d'aliments plus nutritifs, comme la viande et le lait, dans les régions pastorales, permet d'améliorer l'alimentation des enfants.⁷⁴ Les politiques agricoles adoptées doivent être spécifiquement conçues pour permettre d'augmenter les revenus des groupes les plus pauvres de la société, tenant compte des difficultés qu'ils ont à obtenir terres, intrants agricoles et emploi. Il faudra déployer une vaste gamme de stratégies afin de garantir les droits fonciers, de diversifier les récoltes, de réguler suffisamment

les marchés de l'emploi informel, d'améliorer l'accès aux marchés et le cas échéant, de fournir un soutien économique pour l'acquisition d'intrants agricoles. Ces politiques doivent tenir compte du fait que la majorité des petits exploitants agricoles sont des femmes qui doivent concilier les impératifs de leur vie familiale et de leur activité agricole. Des politiques agricoles consistant à éloigner les femmes de leurs enfants pendant de longues périodes risquent d'aller à l'encontre d'une meilleure nutrition de l'ensemble de la population.

ÉLÉMENT N° 4 : FILETS DE SÉCURITÉ ET TRANSFERTS MONÉTAIRES SOCIAUX

Si les investissements dans la production agricole peuvent augmenter la quantité d'aliments nutritifs disponibles, les filets de sécurité et les transferts monétaires sociaux sont très importants lorsqu'il s'agit d'aider les familles pauvres à s'offrir une alimentation nutritive pour leurs enfants. Les transferts monétaires sociaux doivent avoir pour but de bénéficier aux enfants dès le début de leur vie, et viser en priorité les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sous la forme d'allocations maternité et d'allocations familiales. Sur dix programmes de transferts monétaires sociaux destinés à lutter contre le retard de croissance, sept ont eu un impact positif net.^{75, 76, 77, 78} Il s'agit essentiellement des programmes de transferts monétaires sociaux conditionnels pratiqués en Amérique latine, mais également de programmes dépourvus de conditions, comme au Malawi⁷⁹ et en Afrique du Sud.⁸⁰ Une seule étude (menée en Colombie) s'est intéressée à l'impact des transferts monétaires sociaux sur le poids à la naissance ; elle a permis de constater une augmentation de 578 et 176 grammes respectivement dans les zones urbaines et rurales couvertes par le programme.⁸¹ Il est également prouvé que les transferts de produits alimentaires aux femmes enceintes permettent de réduire le retard de croissance intra-utérin de 32 % ;⁸² leur impact est d'autant plus net que la distribution de suppléments commence en début de grossesse.^{83, 84}

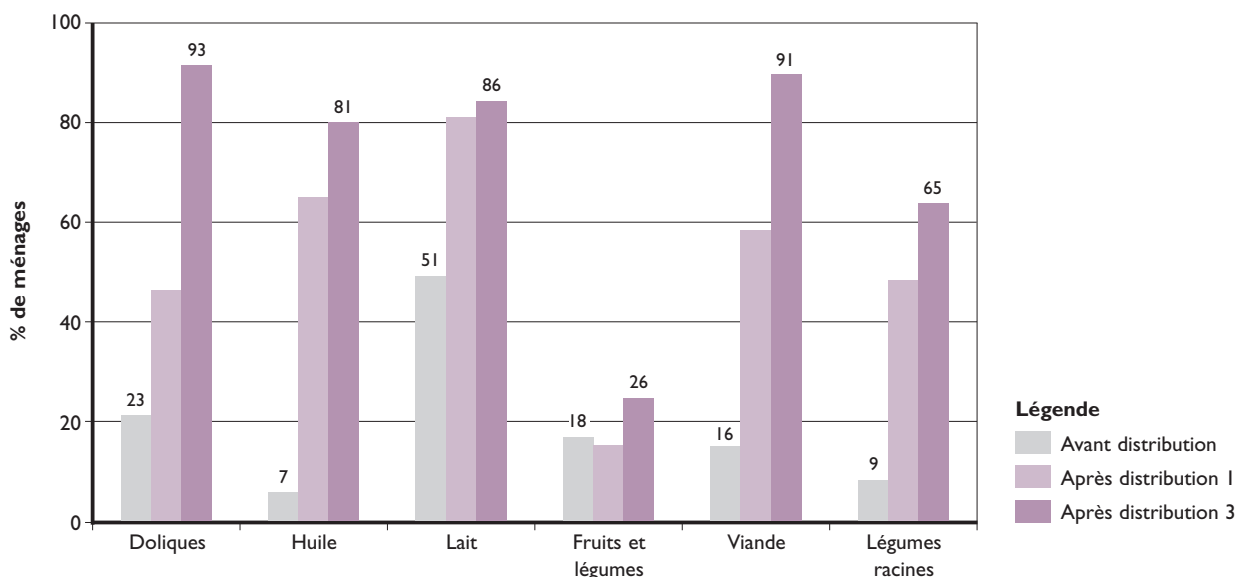
La recherche menée par Save the Children complète les résultats publiés ailleurs et montre l'impact important des transferts monétaires inconditionnels et des filets de sécurité sur l'alimentation des enfants.

- On constate une plus grande diversité alimentaire chez les jeunes enfants au Swaziland, où nous sommes intervenus à la suite de la sécheresse de 2007/2008 sous la forme d'un programme de transferts en espèces de six mois. Chacun des 6.500 ménages concernés a reçu un versement représentant la moitié de la valeur commerciale d'une ration d'aide alimentaire, ainsi que la moitié d'une ration d'aide alimentaire. L'évaluation a mis en évidence une amélioration sensible de la diversité alimentaire chez les ménages recevant l'aide en espèces et en nature. Cette diversité était présente chez 33 % des enfants au début du projet, et chez 80 % d'entre eux six mois plus tard. Cela représente 22 % de plus que chez les ménages bénéficiant uniquement de l'aide alimentaire.⁸⁵
- En 2008, Save the Children a mis en œuvre un programme monétaire d'urgence de filets de sécurité au Niger pendant la saison maigre. Il était destiné au tiers le plus pauvre de la population dans la région de Maradi. Il a eu un impact immédiat sur les dépenses effectuées par les familles pour l'achat d'aliments de meilleure qualité (voir figure 8).⁸⁶

Les résultats des travaux connus nous font penser que l'efficacité des transferts sociaux dans la lutte contre la malnutrition est d'autant plus grande que les enfants en bénéficient dès leur plus jeune âge. Il peut être difficile de sélectionner les populations bénéficiaires, et il existe le risque réel que les très pauvres en soient exclus. Retenir le critère de l'âge plutôt que les critères socio-économiques pour déterminer le droit à bénéficier d'un transfert peut permettre de surmonter cette difficulté. Cela peut permettre également de réduire les coûts administratifs, dans la mesure où l'évaluation des revenus peut être un exercice coûteux à grande échelle. Un système d'allocations familiales pour tous les enfants de moins de deux ans, et des allocations maternité pour toutes les femmes enceintes durant le deuxième et le troisième trimestre permettrait d'orienter ces ressources sur les familles aux moments critiques pour la promotion d'une alimentation saine.⁸⁷

Étant donné le rôle essentiel des femmes dans la nutrition de leurs enfants, les transferts doivent dans la mesure du possible être conçus de façon à leur permettre de pouvoir mieux décider de l'utilisation des ressources familiales. Le résultat de certains travaux montre que cela permet de renforcer grandement l'impact des transferts sur la nutrition des enfants.⁸⁸ Cela corrobore également les résultats d'autres travaux menés en Asie du Sud,

Figure 8 : Impact des transferts en espèces pendant la saison maigre sur les dépenses des ménages consacrées aux aliments nutritifs



montrant que la capacité des femmes à décider de l'utilisation des ressources joue un rôle déterminant dans une bonne nutrition. Les conditions imposées pour bénéficier des transferts (comme le fait de fréquenter un dispensaire) sont à éviter dans les pays à faible revenu où les services manquent fréquemment, et en l'absence de preuve que ces conditions ont un effet bénéfique. Un système d'« étiquetage » qui explique clairement aux bénéficiaires le but du transfert peut être aussi efficace que d'imposer des conditions, en coûtant beaucoup moins cher en frais administratifs.⁸⁹

Le transfert doit être suffisamment élevé pour avoir un impact sur l'état nutritionnel des enfants. D'après les études réalisées, il doit représenter environ 30 % de la consommation des ménages. Les transferts doivent être effectués régulièrement (par exemple sur une base mensuelle) et indexés sur les prix locaux qui feront l'objet d'un suivi régulier. Dans l'idéal, le programme devrait comporter un mécanisme permettant d'augmenter le montant et la fréquence du transfert en situation d'urgence. L'impact nutritionnel des transferts monétaires pourrait être encore renforcé par la distribution de bons pour des produits alimentaires particulièrement nutritifs, avec l'argent et par la création de liens formels avec d'autres services nécessaires pour la bonne santé et la bonne alimentation des femmes et des enfants.

De nombreux pays africains se mettent désormais à investir dans des programmes de protection sociale comportant un volet de transfert en espèces. Mais ces engagements s'inscrivent dans des contextes politiques différents. Dans certains pays où les

situations d'urgence sont fréquentes et où la faim et la malnutrition revêtent une dimension politique importante, les gouvernements envisagent de mettre en place des filets de sécurité permettant l'acheminement de l'aide humanitaire fournie par les agences humanitaires sur une base annuelle. Cela peut permettre une plus grande prédictibilité de l'aide pour les populations et contribue à dépasser le stade de l'aide en nature uniquement. Dans certains pays il peut être opportun de mettre en place un programme temporaire de filets de sécurité qui est ciblé sur les pauvres et les malnutris, et qui peut ensuite être utilisé comme point de départ pour élaborer un système universel d'allocations maternité et familiales. En Éthiopie, un programme de ce type a été mis en place. Il bénéficie à 8,3 millions de personnes (soit 11 % de la population), c'est le PSNP (programme de filets de sécurité productifs). Il consiste en transferts en espèces ou en nature pendant la saison maigre, par l'intermédiaire d'un programme de grands travaux, mais 20 % des bénéficiaires reçoivent un transfert sans obligation de travailler, n'étant pas à même de le faire. Ce programme comporte également un fonds d'urgence représentant 20 % du budget total, et destiné précisément à répondre aux situations d'urgence. Ce programme coûte environ 230 millions de dollars des États-Unis par an. Le PSNP a contribué à une accumulation lente mais régulière d'actifs par les ménages et les populations bénéficiaires. Cependant, si l'on veut que les ménages puissent avoir accès à une alimentation nutritive, il est nécessaire d'augmenter les transferts et de les indexer au prix des produits alimentaires de base. La sélection des bénéficiaires doit également être plus précise et la distribution des transferts plus rapide.

QUE SONT LES TRANSFERTS MONÉTAIRES SOCIAUX ET LES FILETS DE SÉCURITÉ ?

Les filets de sécurité d'urgence à court terme, ou ceux saisonniers, assurent la sécurité alimentaire des ménages et leur évitent d'avoir à vendre ce qui est essentiel à leur activité.

Les transferts monétaires sociaux sont habituellement effectués par les États de façon régulière dans le but de réduire la pauvreté et la vulnérabilité.⁹⁰

ÉLÉMENT N° 5 : ALIMENTS FORTIFIÉS

Une alimentation saine peut être chère. Même dans les cas où les familles bénéficient de transferts en espèces, elles ne sont pas forcément à même de se permettre une alimentation répondant à tous les besoins en nutriments de jeunes enfants. Les suppléments en micronutriments (disponibles par le système de santé) donnent des nutriments (sous la forme de comprimés ou de gélules) à des périodes critiques de la grossesse et du développement de l'enfant, mais ne sont pas conçus pour couvrir l'ensemble des besoins en micronutriments pour une croissance et une santé optimales. Incorporer à l'alimentation des aliments fortifiés en micronutriments permet aux femmes et aux enfants de consommer régulièrement et sur une longue période une variété plus grande de nutriments. Il existe trois façons de le faire : la fortification à grande échelle des aliments de base utilisés par le plus grand nombre (comme la farine ou le sucre) ; l'introduction de produits fortifiants à employer par les ménages, comme des comprimés solubles dans l'eau ou à écraser, ou des pâtes à étaler (les micronutriments sont ajoutés en petite quantité aux repas), ou encore en les ajoutant aux produits alimentaires (de fabrication industrielle ou mélangés) conçus spécifiquement pour les femmes enceintes ou les jeunes enfants.

L'équilibre trouvé entre ces différentes options dans une stratégie nationale dépendra de facteurs tels que la nature et la répartition des carences en micronutriments, le degré de pauvreté, la facilité d'accès des populations visées, et la composition de l'alimentation traditionnelle. Le secteur privé joue un rôle crucial en élaborant la technologie nécessaire à la fortification des aliments ; de nouveaux produits font leur apparition, ce qui augmente le nombre d'interventions possibles. Le défi essentiel est de trouver un mécanisme permettant d'atteindre les ménages les plus pauvres de façon *pérenne*. Cela suppose d'aller au-delà des programmes d'alimentation traditionnels (à base de compléments) limités dans le temps et financés par l'aide internationale, pour passer au stade où des aliments riches en micronutriments sont incorporés de façon permanente au régime alimentaire

des femmes et des enfants afin de prévenir la malnutrition. Les stratégies suivies pour y parvenir seront très différentes d'un pays à l'autre ; ainsi la stratégie préférable pour un pays comme le Vietnam sera très différente de celle pour le Soudan. On peut envisager de lier le droit à bénéficier de ces produits aux programmes de transferts en espèces ou de bons, pour être certains qu'ils bénéficient aux populations les plus pauvres.

Si la fortification des aliments, industrielle ou effectuée par les ménages, ne risque pas de perturber les alimentations traditionnelles et leurs aspects positifs – puisqu'il ne s'agit que de les enrichir de nutriments essentiels, il n'en est pas de même pour l'introduction de nouveaux aliments, qui peuvent poser problème. Il importe de veiller à ce que ces aliments ne remplacent pas l'allaitement maternel, ne remplacent pas les aliments ou les pratiques culinaires traditionnels, et ne débouchent pas sur une dépendance à l'égard des aliments industriels. Ce dernier élément pourrait en effet être nuisible à la santé publique sur le long terme, et être porteur d'un double problème : celui de la malnutrition des enfants et celui de l'obésité des adultes.

À la suite d'essais expérimentaux réussis, le gouvernement bolivien a introduit en 2007 un produit de micronutriments multiples en poudre dans le cadre de sa stratégie nationale de nutrition. Ce produit a été proposé gratuitement à environ 750.000 enfants.⁹¹

ÉLÉMENT N° 6 : ÉDUCATION SUR LA NUTRITION ET LES PRATIQUES D'HYGIÈNE

Les cinq premières interventions décrites ci-dessus vont déjà loin dans l'amélioration de l'accès à une nourriture équilibrée des femmes enceintes et des jeunes enfants. Il reste néanmoins crucial de faire en sorte que les familles reçoivent des informations en matière de nutrition, notamment sur la façon de préparer les aliments et de savoir bien se nourrir et nourrir leurs enfants en minimisant les risques. Dans de nombreux pays, les informations relatives à la nutrition et à l'hygiène sont insuffisantes ;

on voit persister des pratiques qui ne peuvent être expliquées par les faibles revenus des ménages.^{92, 93} Les raisons qui font qu'il est difficile d'améliorer la façon dont les familles préparent les repas et nourrissent leurs enfants incluent : les pressions sociales, le manque de réseaux de soutien, et l'existence de convictions ou de perceptions sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.⁹⁴ Dans le cas de l'hygiène, un autre obstacle majeur est la difficulté d'avoir de l'eau propre. Comme nous l'indiquons plus haut, l'investissement dans les systèmes d'approvisionnement d'eau est essentiel, même s'il ne fait pas partie de ce « plan d'actions contre la faim infantile ».⁹⁵

On a pu constater que l'éducation spécifique en matière de nutrition a un impact modeste sur la malnutrition des enfants et qu'elle a tendance à être efficace surtout auprès des populations dont la sécurité alimentaire est assurée, ou si elle fait partie d'un ensemble de mesures, particulièrement si les familles bénéficient aussi de transferts en espèces ou en produits alimentaires.⁹⁶ Une bonne éducation sur la nutrition doit être plus importante que le processus plus lourd que représentent le suivi et la promotion de croissance (GMP), et dont la conséquence est souvent de négliger la partie complexe des messages éducatifs efficaces.⁹⁷ Une enquête réalisée récemment révèle que l'éducation sur l'importance de se laver les mains peut permettre de réduire de 30 % le risque de diarrhée.⁹⁸ Une bonne préparation et conservation des aliments (ce qui comprend le fait de se laver les mains) est d'ailleurs l'un des principes fondamentaux de l'alimentation des jeunes enfants et devrait donc faire partie, si nécessaire, de l'éducation sur la nutrition.⁹⁹

Pour être utile, un programme d'éducation sur la nutrition et l'hygiène doit comporter trois éléments. Premièrement, ses messages doivent être simples, conçus spécifiquement en vue du public ciblé, et reposer sur une bonne connaissance des obstacles au changement dans le contexte concerné.^{100, 101} Il faut pour cela que les populations visées soient pleinement associées à ce processus. Deuxièmement, l'éducation doit être dispensée par des supports multiples, et les messages devenir omniprésents.¹⁰² Troisièmement, le principal vecteur de la communication de messages relatifs à la

nutrition et à l'hygiène doit être les professionnels de santé, mais dans les cas où le système de santé est débordé, les éducateurs de quartiers peuvent jouer un rôle utile, à condition qu'ils soient dûment formés et motivés et aient des liens avec les structures formelles.^{103, 104}

ÉLÉMENT N° 7 : RÉDUCTION DES RISQUES, ALERTE PRÉCOCE ET INTERVENTION RAPIDE

Les urgences causées par des phénomènes climatiques, les fluctuations du marché ou des conflits sont de plus en plus fréquentes ; inévitablement les enfants deviennent alors encore plus vulnérables à la malnutrition, en particulier la malnutrition aiguë. Ainsi, les gouvernements doivent disposer de systèmes d'information qui leur permettent de conduire des analyses de vulnérabilité, de localiser géographiquement les risques courus par les différentes populations, de prédire à quel moment les crises sont susceptibles de se produire et de déclencher les interventions appropriées. Ces systèmes d'information doivent permettre de réaliser la préparation à long terme (conception de filets de sécurité, stratégies interministérielles de réduction des risques et de préparation aux urgences) et d'être en mesure de réagir rapidement en situation d'urgence. Ainsi, le manque de préparation et d'alerte précoce parmi les populations avant l'arrivée du cyclone Nangis en mai 2008 a aggravé les dégâts matériels et les pertes humaines dans le Delta de Myanmar, et ses conséquences économiques se font encore sentir aujourd'hui.

En intervenant rapidement en situation d'urgence, on peut empêcher l'augmentation de la malnutrition aiguë et économiser beaucoup d'argent. Ainsi en 2005, au Niger, on aurait pu empêcher la malnutrition aiguë des enfants pour 1 dollar par enfant et par jour, si l'on avait tenu compte des informations d'alerte précoce. Au lieu de cela, en juillet 2006, le coût du sauvetage d'un enfant malnutri dans le cadre d'une opération d'intervention d'urgence était de 80 dollars.¹⁰⁵ De nombreux pays sont dotés de systèmes

d'analyse de vulnérabilité sous une forme ou sous une autre, mais ils sont souvent moins performants qu'ils ne devraient l'être pour communiquer les types d'informations nécessaires, au bon moment et de façon appropriée pour atteindre des résultats.¹⁰⁶ Les obstacles principaux sont les suivants : a) les décideurs reçoivent des analyses de situation et des recommandations d'intervention contradictoires de la part des différents organismes ; b) les décideurs ne disposent pas des ressources ou de la motivation nécessaires pour intervenir, en dépit des informations reçues ; c) la nature des ressources disponibles limite la panoplie des interventions possibles.

Pour augmenter les chances d'interventions rapides, voire préventives, les informations données aux décideurs politiques doivent être pertinentes, communiquées clairement, prévoir les risques et la gravité futurs, tout en livrant une analyse de la situation actuelle. Les gouvernements doivent doter les systèmes d'analyse de vulnérabilité des ressources nécessaires et travailler efficacement en coordination avec les autres parties prenantes, afin de promouvoir la transparence, de rendre des comptes et d'encourager un consensus parmi les agences concernées, sur les mesures à prendre. Un exemple de cette approche est le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) qui regroupe un grand nombre des principaux acteurs humanitaires¹⁰⁷ participant à l'analyse et à la mise en œuvre de la sécurité alimentaire. Les cadres d'analyse doivent être fondés sur une bonne connaissance des moyens de subsistance, de la vulnérabilité et de la nutrition des populations concernées (comme par exemple le modèle de l'économie des ménages – HEA).

ÉLÉMENT N° 8 : TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

La dernière intervention de ce plan sera utilisée dans les cas où les mesures indiquées ci-dessus ne bénéficient pas aux enfants qui en ont besoin, et que leur malnutrition atteint un degré dangereux. Les protocoles de prise en charge de

la malnutrition aiguë sont maintenant bien connus ; leur élément principal est l'administration d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF). Ces protocoles sont désormais largement utilisés par les agences d'aide humanitaire, mais beaucoup plus rarement par les services de santé ordinaires, alors que la malnutrition aiguë se rencontre fréquemment en dehors des situations d'urgence.

Chaque année, près de 400.000 enfants de moins de cinq ans meurent des suites de malnutrition aiguë sévère.¹⁰⁸ Seuls 5 % environ des 19 millions d'enfants souffrant de ce type de malnutrition dans le monde sont soignés¹⁰⁹ alors que l'efficacité d'un modèle de soins dans une structure médicalisée et à domicile en situation d'urgence a largement été démontrée.^{110, 111} Sur les 23.511 enfants souffrant de malnutrition sévère soignés dans 21 centres thérapeutiques communautaires au Malawi, en Éthiopie et au Soudan entre 2001 et 2005, seuls 4,1 % sont morts, alors que 79,4 % se sont rétablis ; 11,0 % ont interrompu le programme avant la fin du traitement.^{112, 113} En Éthiopie, le gouvernement a intégré la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans son programme d'extension de services de santé (HEP), les protocoles ont été standardisés, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi sont désormais fabriqués sur place et figurent sur la liste de médicaments de première nécessité et un mécanisme de référence a été créé. En 2008, 24.500 visiteurs sanitaires avaient déjà été déployés et 3.200 superviseurs formés. Grâce à ces efforts, le renforcement de la prise en charge médicale a été beaucoup plus rapide et plus efficace lors de la crise alimentaire de la mi-2008, en particulier dans les cas où des organisations non gouvernementales (ONG) comme Save the Children ont fourni un appui logistique, technique et financier.

Étant donné l'énorme coût de la malnutrition aiguë et son rôle dans la mortalité infantile, son traitement doit être intégré aux services de santé essentiels, particulièrement dans les pays enregistrant des taux de prévalence élevés. La gestion locale de la malnutrition aiguë comporte quatre volets : 1) mobilisation des populations pour s'assurer qu'elles connaissent les services existants et la manière d'y avoir accès ; 2) traitement ambulatoire des patients à l'aide de protocoles

médicamenteux standardisés et des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ; 3) soins de stabilisation en milieu médicalisé dans une structure spécialisée pour les enfants souffrant de complications médicales ; 4) système de suivi et de référence, afin que le traitement s'adapte aux besoins de l'enfant au fur et à mesure que ceux-ci changent. Pour cela, il est nécessaire d'établir un protocole national et de définir un plan prévoyant l'augmentation des services en cas de crise humanitaire.

La malnutrition aiguë modérée représente de grosses difficultés dans de nombreuses situations

d'urgence ; son traitement a été traditionnellement assuré par des aliments mélangés et fortifiés. Des recherches importantes sont menées actuellement, visant à déterminer s'il existe d'autres traitements possibles plus efficaces. Les taux de malnutrition aiguë modérée peuvent également être élevés parmi les populations pauvres, même en dehors des situations d'urgence ; or étant donné le nombre d'enfants concernés, les structures de santé ont rarement la capacité de les prendre en charge. Le programme décrit ci-dessus se concentre sur la prévention plutôt que sur la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée dans des situations qui ne relèvent pas de l'urgence.

LE COÛT

La mise en œuvre de ce plan d'action contre la faim infantile nécessite à la fois des moyens financiers et un engagement politique. Dans ce chapitre, nous donnons nos estimations chiffrées du coût d'un tel programme. Dans le chapitre suivant nous développons les arguments en faveur d'un engagement politique accru.

D'après nos estimations, le coût de ce programme représenterait environ 127 dollars US (la fourchette allant de 62 à 239 dollars) par enfant de moins de deux ans, et 47 dollars (la fourchette allant de 17 à 105 dollars) par femme enceinte, par an (voir tableau 5 ci-dessous). Il ne s'agit pas là de coûts additionnels mais du coût total, sans la prise en

compte des dépenses actuelles et la couverture actuelle des éléments du programme. Cela dit, la couverture de nombreux éléments du programme est très insuffisante à l'heure actuelle, à l'exception des suppléments en vitamine A.¹¹⁴ Ces coûts doivent être considérés comme un investissement de départ dans la vie de l'enfant qui le prépare à sa vie future. Le retour sur cet investissement sera récupéré tout au long de la vie de l'enfant : moins de pression sur les services de santé, meilleurs résultats scolaires, meilleure productivité économique à l'âge adulte. Pour les huit pays étudiés, le coût total représente 8,8 milliards de dollars US. Cela représente en moyenne 1,63 % du PIB des huit pays étudiés, exception faite de la RDC (voir tableau 6 en page 29).

Tableau 5 : Coûts annuels du programme de nutrition par enfant de moins de deux ans et par femme enceinte

	Coût (US\$)	Fourchette de coût (US\$)	Sources des données
7 séances sur l'allaitement, médias et éducation nutritionnelle sur les compléments alimentaires	18,0	16–20	115, 116, 117, 118
Suppléments en micronutriments – vitamine A	0,6	0,5–0,75	119, 120, 121, 122
Suppléments en micronutriments – zinc thérapeutique	1,6	1,6–1,6	123, 124
Fortification en micronutriments (à domicile)	5,4	5,4–5,4	125
Allocations enfant	88	33–190	126
Traitement de la malnutrition aiguë sévère	13,4	5,7–21,1	127, 128, 129, 130
Coût total par enfant de moins de deux ans	127	62–239	
Suppléments en micronutriments – fer et acide folique	4	1,1–11	131, 132, 133, 134, 135
Allocations maternité (sur la base de la parité du pouvoir d'achat)	43	16–94	136
Coût total par femme enceinte	47	17–105	

Note : Les méthodes utilisées pour obtenir ces chiffres sont expliquées dans l'annexe des méthodes à l'adresse suivante : www.savethechildren.org.uk/hungryforchange

Tableau 6 : Coût total du programme de nutrition

	Coût annuel moyen du programme (2009–15) en millions de US\$	% PIB
Afghanistan	362	4,3
Bangladesh	648	0,9
RDC	963	10,8
Éthiopie	543	2,8
Inde	5.268	0,4
Kenya	430	1,8
Soudan	371	0,8
Vietnam	247	0,4
Total / moyenne	8.831	2,8

De nombreux gouvernements financent déjà directement certaines interventions du programme et souvent les mécanismes nécessaires à la réalisation de certains éléments. Le financement des bailleurs de fonds est ridiculement bas à l'heure actuelle pour ce qui est des interventions nutritionnelles directes ; il représenterait 2 dollars US par enfant de moins de deux ans dans les 20 pays les plus gravement touchés.¹³⁷ Cependant, les bailleurs de fonds investissent des moyens considérables dans les transferts monétaires sociaux, les systèmes d'alerte précoce et l'agriculture. Ces investissements ne sont pas forcément conçus pour réduire la malnutrition, mais pourraient avoir un impact considérable sur la nutrition, moyennant quelques modifications mineures.

Relevons ici que tous les coûts indiqués ne sont que des estimations très approximatives. Les coûts varient beaucoup d'un pays à l'autre et sont fonction des systèmes déjà en place pour assurer des services essentiels. Ainsi, dans les situations où les suppléments en micronutriments ont été prévus dans le budget et peuvent facilement être distribués par le truchement du système de santé, les coûts seront bien inférieurs à ce qu'ils seront lorsque les suppléments ne sont pas couverts par les budgets de santé et où des systèmes de distribution doivent être mis en place à cet effet. De plus, les méthodes d'évaluation des coûts diffèrent beaucoup dans la littérature publiée. Nous avons tenté de tenir

compte de ces variations en donnant une large fourchette en plus du chiffre de l'estimation. Pour la plupart des interventions du programme, les chiffres viennent de la littérature existante. Pour les coûts des allocations enfants et des indemnités de maternité, nous avons utilisé les chiffres établis par Save the Children.¹³⁸ Pour obtenir ces chiffres, nous partons de l'hypothèse d'un transfert par personne d'une valeur suffisante pour combler l'écart entre le niveau moyen de revenu des personnes dont le revenu se situe en dessous du seuil de pauvreté, et les 1,25 dollars par jour qui représentent le seuil de pauvreté et l'indicateur de pauvreté au titre de l'OMD n° 1. Ces estimations ont ensuite été ajustées pour donner des valeurs réelles. Pour quatre pays, en faisant l'hypothèse qu'il existe au moins deux bénéficiaires des transferts par ménage, ce niveau de bénéfice par transfert est suffisant pour arriver à la fourchette cible des 20–30 % du revenu des ménages (voir Élément n° 4). Pour les quatre pays restants (Bangladesh, Éthiopie, Inde, Vietnam), les transferts devront peut-être être un peu plus élevés. Nous faisons également l'hypothèse que l'aide à l'allaitement et l'éducation sur la nutrition seront assurées par le même système, donc nous ne les avons pas comptabilisées séparément.

Nos estimations du coût des éléments individuels du programme rejoignent celles faites récemment par la Banque mondiale.¹³⁹ Ce programme représente un coût de 29 dollars US par enfant

de moins de cinq ans ; notre estimation est par enfant de moins de deux ans. Il ne comprend pas le transfert en espèces que nous avons inclus dans le nôtre ; par contre il comprend des produits alimentaires pour la prévention et le traitement de la malnutrition modérée. Il existe également des différences méthodologiques, mais globalement nos estimations recoupent celles de la Banque mondiale.

Les trois éléments du programme dont nous n'avons pas évalué le coût sont l'amélioration de la qualité des investissements dans l'agriculture, les systèmes d'analyse de vulnérabilité et le coût des traitements vermifuges pour les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes. Pour le premier élément, nous prévoyons qu'il représentera un coût négligeable. Quant au deuxième, les systèmes d'information sont peu coûteux par rapport aux coûts des interventions humanitaires d'urgence. Ainsi le gouvernement éthiopien, en coopération étroite avec des partenaires de mise en œuvre tels Save the Children et FEG Consulting et avec le concours financier de USAID et d'autres bailleurs de fonds, a mis sur pied au cours des dernières

années un système d'alerte précoce pour l'ensemble du territoire national. L'Éthiopie est un pays vaste présentant de grandes variations climatiques et dans les moyens de subsistance. Il est nécessaire de connaître ces différences afin d'estimer l'impact que certains chocs sont susceptibles d'avoir sur une population d'environ 82,5 millions. Depuis quatre ans, des investissements de 1,8 million de dollars US par an ont été réalisés. Ils ont permis d'établir un nouveau système d'alerte précoce qui donne des informations au gouvernement et aux acteurs humanitaires. Ce chiffre représente un peu plus de deux cents dollars US par personne et par an, soit 0,04 % de l'ensemble de l'aide humanitaire seulement (sur la base de la moyenne de l'aide humanitaire pour les années 2003, 2005 et 2006). Les coûts de fonctionnement vont diminuer progressivement une fois les investissements initiaux dans les ressources humaines, la communication et les 150 activités de base réalisés. Enfin, il n'existe pas à l'heure actuelle de données sur les coûts opérationnels du traitement vermifuge des enfants de moins de deux ans et des femmes enceintes.¹⁴⁰

POLITIQUES ET PROGRÈS

Le programme proposé, s'il était mis en œuvre totalement, permettrait de réaliser des avancées considérables concernant le poids à la naissance, le taux d'allaitement maternel et la qualité de l'alimentation des jeunes enfants. La question est de savoir comment faire pour que cela se réalise. Quatre considérations font que la réduction de la malnutrition représente un impératif politique.

Tout d'abord les bénéfices économiques. Au plan mondial, on chiffre le coût direct de la faim et de la dénutrition des enfants à 20 à 30 milliards de dollars US par an.¹⁴¹ La malnutrition chronique compromet la croissance physique comme le développement du cerveau ; les individus souffrant d'un retard de croissance auraient un déficit annuel moyen de revenus de près de 20 % par rapport aux individus avec une croissance normale.¹⁴² L'impact économique de la dénutrition est également sensible au niveau national et représente un manque à gagner de 3 à 6 % de PIB,¹⁴³ causé par une productivité et des revenus inférieurs. Il est important de noter que l'élément le plus coûteux de notre programme – les transferts monétaires sociaux – est porteur d'un rendement sur investissement élevé. En Afrique du Sud, l'aide généreuse du gouvernement en faveur des enfants donne un taux de rendement supérieur de 160 à 230 % à son coût, grâce à l'augmentation des revenus des bénéficiaires.¹⁴⁴

Le consensus de Copenhague de 2008, qui représente le travail de huit des plus éminents économistes du monde, dont cinq Prix Nobel, a estimé que la lutte contre la malnutrition était le meilleur investissement dans le développement. Ses auteurs sont parvenus à cette conclusion après avoir examiné les investissements réalisés

dans dix domaines différents, dont le réchauffement climatique, l'éducation, la lutte contre les maladies et le commerce. Plus précisément, l'apport de vitamine A et de zinc thérapeutique à 80 % des 140 millions d'enfants de moins de deux ans des pays en développement ne coûterait que 60 millions de dollars US par an, et rapporterait des bénéfices annuels supérieurs à 1 milliard de dollars US. Cela signifie que « chaque dollar consacré à ce programme de micronutriments représenterait des gains (en termes de santé, de diminution du nombre de décès, de revenus futurs plus élevés etc.) de plus de 17 dollars ».¹⁴⁵

Deuxièmement, les engagements en matière de nutrition sont particulièrement rentables financièrement, ce qui est sage en période de récession. De nombreux investissements réalisés actuellement dans l'agriculture, la protection sociale, l'égalité des sexes, ou la santé, offrent un large potentiel, qui n'est peut-être pas réalisé par les gouvernements et les bailleurs de fonds, de réduire considérablement la malnutrition. Avec des ajustements mineurs dans leur conception les programmes pourraient donner des résultats, sans compromettre leurs objectifs initiaux. Dans le même temps, si les femmes et les enfants étaient mieux nourris, les progrès en vue de la réalisation des OMD seraient plus rapides. En ce sens, les investissements dans la nutrition peuvent être considérés comme une « fondation » pour le développement. Une meilleure nutrition permet en effet d'obtenir de meilleurs résultats scolaires, de réduire la mortalité infantile et maternelle, d'améliorer les effets des thérapies antirétrovirales pour les personnes vivant avec le VIH et le SIDA, ce qui augmente la rentabilité des investissements en vue des OMD n° 2, 3, 4, 5, 6. Donc cela crée un

cercle vertueux, où la réorientation à relativement faible coût des investissements pourrait renforcer leur impact sur la nutrition, et rendre les investissements dans les infrastructures ou services de base plus performants à long terme.

La troisième raison est que la bonne gouvernance attire l'aide étrangère. Des niveaux élevés de malnutrition chronique sont synonymes de mauvaise gouvernance.¹⁴⁶ Les taux de malnutrition ne sont pas seulement un indicateur objectif des progrès dans le développement qui reflètent des investissements dans différents secteurs. Ils montrent également si les familles les plus pauvres bénéficient des interventions et donc si une politique de développement équitable est menée. Les pays à bonne gouvernance sont choisis de préférence aux autres par l'aide bilatérale ou multilatérale ; ainsi des améliorations dans la nutrition pourraient entraîner un renforcement de l'aide internationale.

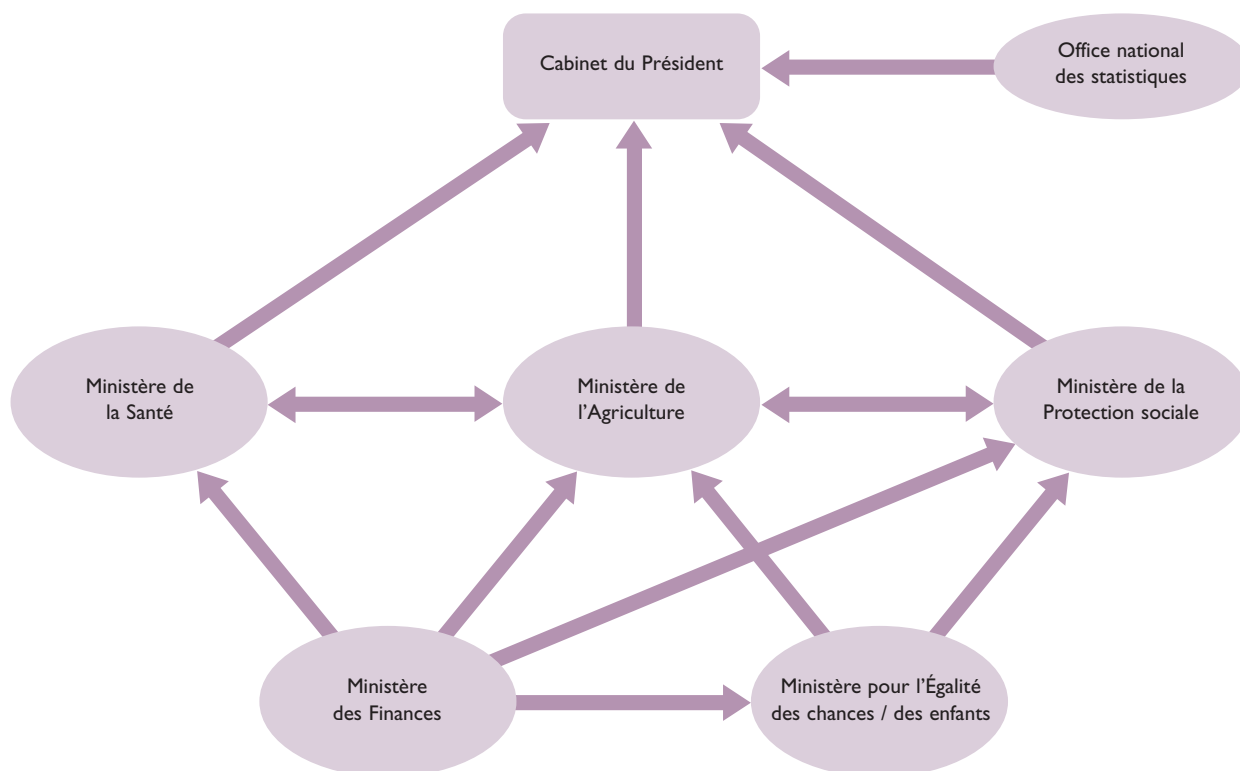
La quatrième raison de s'engager politiquement à réduire la malnutrition est liée à la stabilité politique et à la responsabilité de l'État. En 2008, la hausse des prix des produits alimentaires, devenus trop chers pour beaucoup, a déclenché des émeutes dans de nombreuses villes de par le monde. Ces soulèvements populaires ont mis en évidence l'incapacité des gouvernements en place à prendre les mesures nécessaires pour prévenir une crise provoquée par des actions humaines. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) ainsi que la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant (1989) ont inscrit le droit des peuples à ne pas souffrir de la faim et à avoir une alimentation saine. Or, les droits humains ne sont pas facultatifs. La ratification par les États des instruments des droits humains tels que le PIDESC, leur impose des obligations juridiques et les rend responsables du respect, de la protection et de l'accomplissement des droits humains inscrits dans ces instruments internationaux juridiques obligatoires. En décembre 2008, un protocole additionnel au PIDESC a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale de l'ONU. Si ce protocole est ratifié par 10 États, le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels sera à même d'entendre et d'examiner les communications de

victimes de violations des droits humains qui ne peuvent déposer un recours au sein de leur système juridique national. Il constituera donc une possibilité pour ces personnes d'obtenir réparation. Le droit à l'alimentation, dont le défenseur attitré est le rapporteur spécial de l'ONU pour le droit à l'alimentation, se voit accorder une importance croissante ; il est désormais un élément essentiel de la réponse politique à l'insécurité alimentaire.

L'absence d'action réelle de la part des gouvernements et leur incapacité à respecter leurs engagements ont incité les organisations de la société civile (OSC) à lancer une nouvelle campagne. Cette campagne vise à obliger les gouvernements à renforcer leurs engagements et leur obligation de rendre des comptes en matière de faim et de malnutrition. Elle appelle les gouvernements à signer individuellement une Déclaration d'Engagement nationale relative à l'élimination de la faim et de la malnutrition d'ici à 2025 au plus tard.

LES BONNES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES

Une fois qu'un gouvernement a décidé de faire de la réduction de la malnutrition une priorité absolue, il reste un autre obstacle à surmonter pour obtenir les résultats souhaités. Le programme présenté dans ce rapport serait habituellement mis en œuvre par différents ministères compétents. La malnutrition est trop souvent l'affaire de tous, mais la responsabilité de personne. Lorsque les responsabilités sont partagées entre plusieurs ministres, le risque existe que personne ne veille à ce que les choses avancent. Un modèle envisageable (figure 9 page 33) serait de confier la mise en œuvre du programme au cœur même du pouvoir politique, à savoir au sein du Cabinet présidentiel, avec des responsabilités claires au sein des différents ministères compétents. Un modèle de ce type a été adopté à Madagascar, où un Office national de nutrition a été établi pour coordonner les efforts de lutte contre la malnutrition. Cet Office est sous la tutelle d'un Conseil national de la nutrition présidé par le premier ministre.

Figure 9 : Modèle de pilotage et de coordination à haut niveau en matière de nutrition

Note :

Le cabinet du président coordonne les mesures et veille à ce que des progrès soient réalisés.

L'Office national des statistiques vérifie les résultats obtenus.

Le ministère de l'Agriculture est responsable des programmes agricoles qui maximisent l'impact nutritionnel, du système d'alerte précoce, de la fortification en micronutriments.

Le ministère de la Santé est responsable des suppléments en micronutriments, du soutien à l'allaitement maternel, de l'éducation à la nutrition, des politiques en faveur de l'allaitement maternel et du traitement de la malnutrition aiguë sévère.

Le ministère pour l'Égalité des chances et des enfants participe à la conception de programmes agricoles et d'aide sociale pour en maximiser l'impact positif sur les femmes et les enfants.

Il faut également des initiatives (financées par les gouvernements, les bailleurs de fonds et les OSC) qui créeront un élan politique national dans la lutte contre la faim et la malnutrition des enfants, afin d'établir un environnement où les changements institutionnels et la mobilisation des ressources sont possibles. Ces initiatives devraient être promues par des personnalités politiques au plus haut niveau, ainsi que par des alliances d'OSC et d'institutions de l'ONU, travaillant avec les gouvernements pour définir des priorités et œuvrer pour des progrès rapides.

S'il est important que les gouvernements mettent en place les structures nécessaires pour réduire rapidement la malnutrition, les agences internationales doivent faire de même. L'une des raisons pour lesquelles les progrès ont été si lents dans la réduction de la malnutrition est la nature fragmentée et dysfonctionnelle du système international. Certes il existe des initiatives qui pourraient faire mieux connaître l'importance de la nutrition au niveau national et au niveau mondial, mais il n'y a pas de mécanisme de coordination de toutes les agences onusiennes qui fonctionne

et ces initiatives n'ont pas jusqu'à présent retenu véritablement l'attention politique. Comme pour les structures gouvernementales au niveau national, il doit exister un mécanisme mondial pour que la nutrition devienne une priorité politique pour tous les gouvernements, et que l'aide internationale soit accordée en conformité avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Les priorités relatives à la nutrition doivent être bien intégrées aux efforts de lutte contre l'insécurité alimentaire et pour la santé.

LES RESSOURCES HUMAINES SONT ESSENTIELLES

La dernière difficulté pour traduire les engagements en changements réels dans la situation nutritionnelle des enfants est d'avoir les capacités humaines nécessaires à réaliser cette tâche. Ces capacités peuvent se trouver au sein même des populations locales, auprès des pouvoirs locaux, des personnels de santé, de protection sociale, du personnel des programmes d'ONG ou de l'ONU, ou de salariés du secteur privé. Cela dit, rares sont les personnes qui comprennent vraiment les enjeux et les menaces pesant sur une nutrition équilibrée et celles qui ont les capacités requises pour concevoir et mettre en œuvre les stratégies nécessaires pour les gérer. La moitié des 20 pays comptant 80 % des enfants souffrant d'un retard de croissance déclare que la formation de qualité en matière de nutrition dispensée dans les organismes nationaux est rare, voire totalement absente.¹⁴⁷ Cela dit, ce ne sont pas seulement les nutritionnistes qui font défaut : il faut aussi des agronomes, des travailleurs sociaux, des experts en politique sociale et des prestataires de santé qui puissent axer leur travail sur l'amélioration de la nutrition. Ce déficit doit être comblé de toute urgence par les institutions nationales et internationales si l'on veut parvenir à réaliser des progrès.

NOUS APPUYER SUR LES ACQUIS DANS LES HUIT PAYS CONCERNÉS

S'il est vrai que remettre la réduction de la malnutrition sur la bonne voie présente des difficultés considérables, nous ne partons pas de rien. Il existe de nombreux acquis sur lesquels nous pouvons nous appuyer.

Afghanistan

Il existe en Afghanistan des centres d'alimentation thérapeutique pour les enfants en situation de malnutrition aiguë dans la plupart des hôpitaux de provinces. Ceux-ci pourraient être utilisés comme point de départ pour élargir et développer le traitement de la malnutrition aiguë sur le terrain. Le Programme alimentaire mondial a entamé un programme expérimental de transfert en espèces destiné aux familles de Kaboul. Cela constituerait une excellente base pour élargir la couverture de filets de sécurité sous forme de transferts en espèces. Le très faible taux d'allaitement maternel exclusif est préoccupant et la malnutrition aiguë des enfants de moins de six mois n'est pas rare en Afghanistan. Dans un contexte de très grandes contraintes budgétaires, le renforcement du soutien à l'allaitement maternel pourrait être le meilleur moyen de commencer à s'attaquer au problème de la nutrition.

Bangladesh

Des progrès considérables ont été réalisés au Bangladesh en ce qui concerne l'accès aux suppléments en zinc grâce au programme SUZY. Ce pays a également réussi à atteindre un niveau extrêmement élevé de couverture de suppléments en vitamine A. Le Bangladesh est l'un des trois pays (avec l'Éthiopie et le Vietnam) où un programme financé par la fondation Gates ('Alive and Thrive') va concentrer ses investissements sur le renforcement du soutien à l'allaitement maternel et aux compléments alimentaires. Il existe par ailleurs au Bangladesh toute une série de programmes de filets de sécurité gérés par le gouvernement et les ONG, et des efforts

considérables sont déployés pour fournir des micronutriments en poudre. Sur la base de ces acquis, des mesures devraient être prises pour identifier et combler les lacunes des programmes de filets de sécurité en particulier pour l'alimentation des enfants de moins de 24 mois et les femmes enceintes, et pour veiller à ce que l'aide fournie par les filets de sécurité bénéficie effectivement aux familles les plus pauvres.

République démocratique du Congo

En RDC, le travail réalisé par ProNaNut, la branche du ministère de la Santé responsable de la nutrition, représente un point de départ idéal pour développer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère sur le terrain. Les relais communautaires pourraient jouer à cet égard un rôle important, ainsi que pour soutenir l'allaitement maternel, à condition que leurs personnels soient suffisamment formés et rémunérés. La couverture de vitamine A est faible. Des investissements visant essentiellement à augmenter cette couverture seraient très rentables.

Éthiopie

En Éthiopie, où existe le plus grand programme de filets de sécurité contre la faim en Afrique, beaucoup d'acquis précieux peuvent être utilisés. Étant donné le potentiel considérable du PSNP (programme de filets de sécurité productifs) pour aider les familles à s'offrir une alimentation de meilleure qualité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans, l'Éthiopie a déjà un système qui pourrait être exploité afin d'améliorer radicalement la fourniture des suppléments alimentaires tout en faisant figure d'exemple pour l'ensemble de la région. Pour ce faire, il faut prendre en compte la taille, le contenu et la population visée par les transferts PSNP, envisager des liens avec les services de nutrition complémentaires, de sorte à avoir l'impact nutritionnel maximal. La stratégie nationale de nutrition (NNS) est sous la tutelle du ministère fédéral de la Santé. Des progrès ont été réalisés depuis son démarrage l'année dernière, avec notamment la mise en place d'un Organisme national de coordination de la nutrition, qui comprend des représentants de différents ministères. Mais pour maintenir l'élan actuel,

il faut qu'il existe un « champion de la nutrition » au niveau politique le plus élevé. C'est également nécessaire pour assurer une bonne coordination et une bonne mise en œuvre du programme national de nutrition. Tous les principaux donateurs alimentaires en Éthiopie financent leurs propres programmes verticaux et certains financent également le NNS. Si l'on veut réduire substantiellement la malnutrition, il est essentiel que les ressources des bailleurs de fonds se rallient derrière un plan gouvernemental central plutôt que d'aborder le problème de façon fragmentée et sans coordination, ce qui comporte des risques de répétition et de concurrence.

Inde

Il existe en Inde de nombreuses initiatives qui pourraient accélérer les progrès dans la lutte contre la malnutrition, si seulement leur potentiel pouvait être réalisé et se traduire par des actions concrètes au niveau local. Le Premier ministre a mis en place un Conseil de la nutrition et a accepté de doubler le financement du Service intégré pour le développement des enfants (ICDS). Le ministre des Finances, Pranab Mukherjee, a déclaré lors de son discours de présentation de la loi de finances 2009–2010 : « Tous les services offerts par ICDS seront développés en quantité et en qualité et offerts à tous les enfants de moins de six ans d'ici à mars 2012 ». En 2008, une Coalition pour la sécurité durable de la nutrition a été constituée, rassemblant des figures du secteur privé et public, demandant qu'on agisse plus vite pour lutter contre la malnutrition. L'État de Tamil Nadu a pris récemment une mesure très importante, en versant une somme d'argent aux femmes enceintes durant le troisième trimestre de leur grossesse ainsi que pour les aider durant les trois premiers mois suivant la naissance de leur enfant. Cette disposition a été ensuite incorporée au onzième plan fédéral quinquennal et sera vraisemblablement étendue à d'autres États fédérés. Cette expérience pourrait être très utile à d'autres pays connaissant des taux élevés d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale et de malnutrition. Parallèlement à tous ces nouveaux éléments, il existe déjà toute une série de programmes de filets de sécurité, qui pourraient contribuer à la réduction de la malnutrition

s'ils étaient menés dans leur intégralité et s'ils bénéficiaient aux plus pauvres. En Inde, l'obstacle essentiel aux progrès n'est pas forcément le manque de ressources ou de volonté politique au plus haut niveau, mais la mauvaise gouvernance en matière de nutrition au niveau local, fédéral et national, l'insuffisance de la coordination entre ministères et l'incapacité à traduire les politiques en changement réel dans la vie des enfants les plus pauvres.¹⁴⁸

Kenya

Au Kenya, comme en Éthiopie, les programmes de transferts sociaux de grande ampleur démarrent et ont le potentiel de réduire vraiment la malnutrition et de protéger les enfants des chocs saisonniers liés aux produits alimentaires. La stratégie gouvernementale de survie et de nutrition des enfants pour 2008 envisage des centres de prise en charge de l'allaitement dans cinq hôpitaux provinciaux. Cela pourrait constituer un point de départ et être développé beaucoup plus largement pour aider les femmes à allaiter. C'est particulièrement urgent étant donnés les taux très faibles d'allaitement maternel exclusif au Kenya.

Sud Soudan

Le ministère de la Santé du gouvernement du Sud-Soudan, soutenu par l'UNICEF et d'autres partenaires, a récemment présenté un programme de réduction de la mortalité infantile et maternelle utilisant l'initiative accélérée de survie des enfants (ACSI). Cette stratégie propose un ensemble intégré de mesures permettant de sauver des vies, telles la vaccination contre la polio et la rougeole, le traitement vermifuge, la fourniture de suppléments en vitamine A et de moustiquaires contre le paludisme, ainsi que la promotion de bonnes pratiques sanitaires, comme l'allaitement au sein et le lavage des mains, ce qui devrait permettre d'améliorer la situation des enfants de moins de cinq ans. Les situations d'urgence saisonnières et prévisibles sont fréquentes au Sud-Soudan et donnent lieu à une évaluation de la crise et à une intervention tardive. Il y a eu peu de progrès pour améliorer les stratégies d'intervention et aborder les problèmes prévisibles de façon systématique et

à un niveau structurel. La solution réside en partie dans la résolution des difficultés économiques rencontrées par les ménages pour avoir accès à une alimentation nutritive. Il est nécessaire d'adopter une approche plus complexe pour protéger les populations les plus pauvres et connaissant la plus grande insécurité alimentaire : on peut envisager des filets de sécurité sous la forme de transferts réguliers en espèces permettant d'augmenter la diversité et la consommation alimentaires. Save the Children a ainsi lancé un programme innovant de transferts en espèces dans le Nord, à Bahr el Ghazal, pour montrer que les interventions par transferts en espèces peuvent améliorer l'accès des populations à une alimentation nutritive. Les enseignements tirés de ce projet permettront de nourrir un débat sur les mesures et les politiques de protection sociale.

Vietnam

Au Vietnam, des progrès substantiels ont été réalisés au cours des vingt dernières années dans la réduction de la malnutrition aiguë et la fourniture de services essentiels, comme les suppléments en vitamine A. Le gouvernement accorde désormais la priorité aux taux élevés et persistants d'enfants souffrant d'un retard de croissance. Ainsi l'Institut national de nutrition finalise à l'heure actuelle le plan d'action en vue d'accélérer la lutte contre le retard de croissance (PAARS). Ce plan visera les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans et s'appuiera sur les recommandations faites par *The Lancet* dans ses séries sur la nutrition. La prévalence du retard de croissance est particulièrement grande au sein des populations les plus pauvres, et la qualité de l'alimentation laisse toujours à désirer. Ces efforts doivent être renforcés : il s'agit de réfléchir à la façon dont les mécanismes de protection sociale et les initiatives de production alimentaire peuvent être mieux orientés de manière à améliorer la nutrition, en particulier chez les pauvres. Si le PAARS fait état de l'importance de lier les questions transversales, comme la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la production alimentaire, l'organisation verticale des ministères compétents au Vietnam peut rendre difficile la mise en place de programmes intégrés. Il faudra ainsi améliorer la représentation et

la coordination de la nutrition entre différents ministères, en particulier au niveau des provinces. C'est de plus en plus à ce niveau-là que l'essentiel de la planification et de l'allocation budgétaire se fait ; ainsi c'est par le biais du processus de planification annuel provincial qu'on peut le mieux améliorer l'intégration intersectorielle. Un obstacle majeur, et qui n'a pas encore été surmonté au Vietnam, est

une meilleure réglementation de la promotion du lait industriel pour enfants. Si le Code international est devenu loi au Vietnam, celui-ci n'est pour l'instant pas appliqué et un soutien sera nécessaire pour y parvenir. Tant que cela ne sera pas le cas, les investissements pour la promotion de l'allaitement maternel seront grandement compromis.

PRIORITÉS POUR LES GOUVERNEMENTS, L'ONU ET LA SOCIÉTÉ CIVILE

La malnutrition est un phénomène courant qui touche un enfant sur trois dans les pays en développement. Les nutriments permettant de l'éviter se trouvent dans un grand nombre d'aliments largement disponibles, comme les œufs, le lait, le poisson, la viande ou l'huile. Cependant, des millions de femmes enceintes et d'enfants de moins de deux ans ne peuvent obtenir ces aliments en quantité nécessaire, ce qui leur laisse des séquelles permanentes sous la forme de dégradation des fonctions cognitives, de retard de croissance, voire de mort. La période critique de 33 mois pendant laquelle tout se joue du point de vue nutritionnel pour l'enfant peut être sa chance ou sa perte. Si l'essentiel n'est pas fait durant cette période, les enfants qui survivent constitueront une nouvelle génération d'adultes marqués à vie. Mais si l'on arrive à intervenir durant cette période, les résultats seront immédiats et les progrès seront rapides et facilement mesurables. Dans ce rapport, nous présentons un ensemble de mesures qui, si elles sont appliquées dans leur intégralité, pourraient avoir un impact considérable sur la capacité des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans à recevoir une alimentation nutritive. Seule la volonté politique fait défaut.

Il y a de très bonnes raisons d'investir dans la nutrition : de tels investissements donnent des résultats à court terme, avec un impact à long terme sur l'économie ; ils augmentent également la rentabilité des investissements réalisés dans d'autres secteurs. Et pourtant, la nutrition est généralement du ressort d'une section peu importante stratégiquement du ministère de la Santé. Elle est rarement considérée comme une possibilité

d'investissement dans la croissance et la prospérité du pays. Or de tels investissements permettent de « bâtir » une génération d'enfants qui survivront, qui auront de meilleurs résultats scolaires et deviendront des adultes qui seront des travailleurs productifs et de bons parents.

Il reste six ans avant qu'on ne se prononce de façon définitive pour savoir si l'OMD n° 1 a été atteint ou non. Une nouvelle énergie politique est là, grâce à la convergence de différents facteurs : la lutte contre la faim a acquis une priorité politique plus grande ; les éléments scientifiques et les solutions sont mieux connus. L'objectif de l'OMD n° 1 en termes de proportion d'enfants en insuffisance pondérale peut être atteint, ce qui transformerait la vie de trois générations d'enfants de deux ans.

Pour ce faire :

- I. Les gouvernements des 36 pays qui supportent le fardeau de la malnutrition le plus lourd doivent prendre leurs responsabilités concernant la survie des enfants et la réduction de la faim, en confier la responsabilité à des dirigeants politiques du plus haut niveau, et veiller à ce qu'il existe une coordination des efforts entre les ministères compétents. La réduction de la malnutrition, de l'ampleur et dans les délais prévus, ne deviendra jamais réalité si elle est seulement considérée comme l'affaire du ministère de la Santé. Les gouvernements des pays donateurs et des pays aux taux élevés de malnutrition doivent soutenir l'élaboration de déclarations d'engagement propres à chaque pays sur l'éradication de la faim et de la malnutrition d'ici 2025.

2. Les citoyens des 36 pays connaissant les taux les plus élevés de malnutrition doivent constituer un mouvement de pression beaucoup plus puissant et efficace et exiger des mesures plus rapides et prouvées. Ils doivent participer à une campagne collective et internationale de la société civile pour éradiquer la faim et la malnutrition et demander des comptes à leur gouvernement. Les bailleurs de fonds devront le cas échéant financer cet effort.
3. La Banque mondiale et les agences onusiennes qui travaillent sur la problématique de la nutrition doivent accepter de coordonner leurs efforts et d'utiliser au maximum les avantages comparatifs de chaque institution. À l'heure actuelle, le secteur de la nutrition est encombré par une pléthore d'initiatives dont aucune ne parvient à faire de la nutrition une priorité politique. Ces initiatives doivent être complémentaires et accroître leur impact au lieu de se faire concurrence. À l'échelle nationale, les organisations internationales doivent se rallier derrière un plan gouvernemental unique.
4. La réduction de la malnutrition doit être une priorité pour le Partenariat International pour la Santé (International Health Partnership – IHP), pour les futurs partenariats sur l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition, et pour tous nouveaux fonds ayant pour but de renforcer les filets de sécurité et les systèmes de protection sociale. Ces initiatives et ces fonds doivent se traduire par une action efficace et coordonnée au niveau des pays. Le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale, en particulier chez les populations pauvres, doit représenter un indicateur primordial des progrès réalisés.
5. Les systèmes nationaux et internationaux de suivi de la sécurité alimentaire et nutritionnelle doivent être améliorés. Nous devons savoir de quelle façon le régime alimentaire et l'état nutritionnel des jeunes enfants sont affectés par les événements mondiaux pour pouvoir agir rapidement, plutôt que des années après la crise.
6. Le secteur privé a un rôle crucial à jouer pour soutenir l'élaboration de produits riches en nutriments qui permettent de soigner et de prévenir la malnutrition. Il est également appelé à coopérer avec les organismes du secteur public pour les rendre accessibles aux femmes et aux enfants les plus démunis. Les acteurs du secteur privé doivent également veiller à ce que la promotion de leurs produits n'aggrave pas le problème du faible taux d'allaitement maternel, ou le double problème de la malnutrition et de l'obésité.
7. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux doivent donner la priorité aux financements destinés aux pays supportant le fardeau de la malnutrition le plus lourd, en accroître le montant et se concentrer sur les mesures durant la période critique de 33 mois, de la conception de l'enfant à son deuxième anniversaire. Ils doivent travailler de concert pour faire de la nutrition une priorité politique au plan international. Ils doivent veiller à ce qu'aucun programme national crédible de réduction de la malnutrition n'échoue faute de moyens financiers. Ils doivent également investir dans des mécanismes permettant de mieux évaluer scientifiquement les stratégies de lutte contre les retards de croissance.

Note générale de la traductrice : les ouvrages dont les noms sont cités en anglais avec une traduction entre crochets n'ont pas été publiés en français, la traduction du titre, sous-titre etc. est celle de la traductrice.

Introduction

¹ L'insuffisance pondérale n'est pas la même forme de malnutrition que le retard de croissance ; il s'agit d'une combinaison de retard de croissance et d'émaciation.

² Déclaration conjointe de l'Aquila sur la sécurité alimentaire mondiale. http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/LAquila_Joint_Statement_on_Global_Food_Security%5b1%5d,0.pdf

I Malnutrition : le problème

³ Investing in the Future: A united call to action on vitamin and mineral deficiencies. Micronutrient Initiative [Investir dans l'avenir : appel uni à l'action sur les carences en vitamines et en minéraux], 2009

⁴ S Grantham-McGregor, Y B Cheung, S Cueto, P Glewwe, L Richter, B Strupp, et groupe de pilotage international relatif au développement de l'enfant, 'Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries', [Potentiel de développement des cinq premières années chez l'enfant dans les pays en développement], *The Lancet* Vol 369, janvier 2007

⁵ A Tomkins, F Watson, 'Malnutrition and Infection', Comité administratif sur la coordination/sous-comité sur la nutrition (Nations Unies), 1989

⁶ Des analyses sur les inégalités ont été réalisées dans les huit pays concernés. Tous, à l'exception de l'Afghanistan, disposaient de données récentes sur les indicateurs d'inégalités de l'insuffisance pondérale.

⁷ S O Rutstein et K Johnson, Indice de richesse DHS, 2004. Accessible à l'adresse : www.measuredhs.com

⁸ Organisation panaméricaine pour la Santé, *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child* [Principes généraux concernant l'alimentation complémentaire de l'enfant nourri au sein], 2001

⁹ Source : www.childinfo.org

¹⁰ Les données utilisées pour produire les indicateurs de compléments alimentaires proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires les plus récentes : 2004 pour le Bangladesh, 2007 pour la RDC, 2005 pour l'Éthiopie, 2005/06 pour l'Inde, 2003 pour le Kenya. Elles s'appuient sur des références du NCHS.

¹¹ À chaque fois, les indicateurs de fréquence et de diversité de l'alimentation suivent les recommandations du rapport publié en 2008 et intitulé *Indicators For Assessing Infant And Young Child Feeding Practices* [Indicateurs d'évaluation des pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants], par l'USAID/FANTA, AED, UC-Davis, IFPRI, l'UNICEF et l'OMS :

- % des enfants de 6 à 23,9 mois (nourris au sein) nourris suffisamment fréquemment (deux fois par jour pour les nourrissons de 6 à 8,9 mois ; trois fois par jour pour les enfants âgés de 9 à 23,9 mois)
- % des enfants (nourris au sein) âgés de 6 à 23,9 mois et nourris avec des aliments faisant partie d'au moins quatre groupes différents
- % des enfants (nourris au sein) âgés de 6 à 23,9 mois et nourris avec la diversité et la fréquence minimales

¹² M de Onis, M Blossner, E Borghi, R Morris et E Frongillo, 'Methodology for estimating regional and global trends of child malnutrition' [Méthode d'évaluation des tendances régionales et mondiales de la malnutrition des enfants], *Int J Epidemiol*, 33, 1–11, 2004

¹³ À partir de Onis et al, 2004, 'Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015' [Estimations de la prévalence mondiale des enfants en situation d'insuffisance pondérale en 1990 et 2015], *JAMA*, 2 juin 2004–Vol 291, No. 21, 2004 avec ajustement en fonction des nouvelles normes de l'OMS. Le chiffre pour 2005 provient de Black et al 'Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences' [Dénutrition maternelle et infantile : vulnérabilités mondiale et régionale, et conséquences pour la santé], *The Lancet*, 371: 243–60, 2008

¹⁴ Save the Children, *Child Development Index: Holding governments to account on child wellbeing* [Indice de développement des enfants : demander des comptes aux États sur le bien-être des enfants], 2008

¹⁵ Save the Children UK, *The Food Crisis: An analysis of the impact of the food price crisis on a rural Bangladeshi community* [La crise alimentaire : analyse de l'impact de la flambée des prix alimentaires sur une population bangladaise en milieu rural], 2009

¹⁶ C Chastre, A Duffield, H Kindness, S LeJeune and A Taylor, *The minimum cost of a healthy diet* [Le coût minimum d'une alimentation saine], Save the Children, 2007

¹⁷ Le coût d'une étude sur l'alimentation est : Save the Children UK, 2007 – voir note 19. Les données HEA sont extraites de : *Vulnerability and Dependency in Four Livelihood Zones of North Eastern Province, Kenya*, [Vulnérabilité et dépendance dans quatre zones par mode de subsistance dans la province du Nord Est du Kenya], Save the Children, 2007

¹⁸ Save the Children UK, *The Food Crisis: An analysis of the impact of the food price crisis on a rural Bangladeshi community*, [La crise alimentaire : analyse de l'impact de la flambée des prix alimentaires sur une population bangladaise en milieu rural], 2009

¹⁹ Save the Children UK, *A causal analysis of malnutrition, including the minimum cost of a healthy diet, El Wak, North Eastern Province, Kenya*, [Analyse des causes de la malnutrition, définition du coût minimum d'une alimentation saine, El Wak, Province du Nord-Est, Kenya], 2007. Remarquons que cette étude ne tient pas compte des produits disponibles dans la nature qui ne sont pas vendus sur les marchés.

²⁰ OCDE, *Rising Agriculture Prices: Causes, consequences and responses*, [Augmentation des prix agricoles : causes, conséquences et réponses], note de stratégie, août 2008, Paris

²¹ <http://www.fao.org/news/story/en/item/12660/icode/>

²² A Evans, *The Feeding of the Nine Billion: Global food security for the 21st century*, [Nourrir les 9 milliards : la sécurité alimentaire mondiale pour le XXIème siècle], Chatham House Report, 2009

²³ Office for National Statistics, *Social Trends [Tendances sociales]*, 2009

²⁴ Save the Children, 2009, cf note 15

²⁵ De Onis et al, 2004 – cf note 12

²⁶ FAO, *Hunger on the rise: Soaring prices add 75 million people to global hunger rolls*, [La faim augmente : la flambée des prix alourdit la liste des victimes de la faim de 75 millions de personnes] note d'information, 2008

²⁷ Save the Children, *How many more malnourished children are there as a result of the food price crisis?* [Combien d'enfants malnutris de plus du fait de la crise des prix des denrées alimentaires ?] Rapport non publié, 2009

²⁸ Banque mondiale, *Swimming Against the Tide: How developing countries are coping with crisis*, [À contre-courant : comment les pays en développement se sortent de la crise] mars 2009

²⁹ FMI, *Perspectives de l'économie mondiale*, édition de janvier 2009

³⁰ S Block et al, 2004, *Macro shocks and micro outcomes : child nutrition during Indonesia's crisis* [Chocs macroéconomiques, résultats microéconomiques : la nutrition des enfants durant la crise en Indonésie]. *Economics and Human Biology* 2: 21–44

³¹ Banque mondiale, 2009 – cf note 29

³² GIEC, *Climate Change 2001 Synthesis Report: Summary for policymakers*, [Rapport de synthèse de 2001 sur le changement climatique : résumé à l'intention des décideurs] 2001

³³ GIEC, 2001 – cf note 32

³⁴ Global Humanitarian Forum, *The Anatomy of a Silent Crisis*, [Anatomie d'une crise silencieuse] 2009

³⁵ GIEC, 2001 – cf note 32

³⁶ GIEC, 2001 – cf note 32 et RWarren et al, *Understanding the Regional Impacts of Climate Change* [Comprendre les impacts régionaux du changement climatique]. Centre Tyndall sur la recherche sur le changement climatique, 2006

³⁷ Banque mondiale, *Rising Food and Fuel Prices: Addressing the risks to future generations*, [Augmentation des prix alimentaires et des combustibles : réduire les risques pour les générations futures], Réseau pour le développement humain, 2008

³⁸ FMI, *The implications of the global financial crisis for low income countries*, [Implications de la crise financière mondiale pour les pays à faibles revenus], 2009

³⁹ D Smith and V Janani, *Conflict and Climate Change* [Conflits et changement climatique] (Konflikter i klimatforandringens spar), International Alert, 2008; Boko et al, *Climate Change 2007: Impacts, adaptation and vulnerability*, [Changement climatique 2007 : impact, adaptation, vulnérabilité]. Contribution au quatrième rapport d'évaluation du groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat, 2007

2 Le plan d'action contre la faim infantile

⁴⁰ Food Policy Research Institute, *The Importance of Women's Status on Child Nutrition in Developing Countries*, [Importance de la position des femmes pour l'alimentation des enfants dans les pays en développement], 2003

⁴¹ Z A Bhutta et al, 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', [Ce qui marche : interventions en cas de dénutrition maternelle et infantile pour la survie], *The Lancet*, 371: 417–440, 2008

⁴² REACH est une initiative lancée en 2007 pour mettre fin à la faim et à la dénutrition des enfants. Son objectif est d'accélérer les progrès en vue de l'OMD de réduction de la dénutrition des enfants. Il s'agit d'une initiative conjointe entre l'ONU et des ONG consistant à coopérer avec les États pour élaborer des plans d'action, le but étant de renforcer les interventions dans cinq domaines prioritaires : allaitement maternel et aliments de complément, micronutriments, lutte vermifuge et contre la diarrhée, traitement de la malnutrition aiguë sévère, sécurité alimentaire des ménages. (www.reach-partnership.org).

⁴³ OMS/UNICEF/ONUSIDA/FNUAP (2007) *HIV and infant feeding update*. [Mise à jour sur le VIH et l'alimentation des jeunes enfants], OMS, Geneva.

⁴⁴ R Black et al 'Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences', [Dénutrition maternelle et infantile : vulnérabilités mondiale et régionale, conséquences pour la santé] *The Lancet*, 371: 243–60, 2008

⁴⁵ K M Edmond et al, 'Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality' [L'initiation retardée à l'allaitement maternel augmente le risque de mortalité néonatale], *Pediatrics* 117, 380–386, 2006

⁴⁶ J A Lauer et al, 'Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment', [Décès et années de vie perdues du fait d'un allaitement maternel sub-optimal chez les enfants du monde en développement : évaluation écologique mondiale] *Public Health Nutrition*, 9(6): 673–685, 2006

⁴⁷ Black et al font état dans la série du *Lancet* de 2008 de ce que l'allaitement maternel dans des conditions médiocres est responsable de 12 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. Cependant la série du *Lancet* ne tenait pas compte de l'impact de l'initiation tardive. Les travaux d'Edmonds et al montrent que 36 % des décès d'enfants de moins de cinq ans interviennent au stade néonatal, et que 22 % de ces décès pourraient être évités si les bébés étaient allaités dans l'heure qui suit la naissance. Cela semble indiquer qu'il est possible de sauver 20 % des vies des enfants de moins de cinq ans.

⁴⁸ Black et al, 2008 – cf note 44

- ⁴⁹ Z A Bhutta et al, 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival' [Ce qui marche : interventions en cas de dénutrition maternelle et infantile pour la survie], *The Lancet*, 371: 417–440, 2008
- ⁵⁰ Bland R et al, 'Intervention to promote exclusive breast-feeding for the first 6 months of life in a high HIV prevalence area' [Intervention visant à promouvoir l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie dans une région à prévalence de VIH élevée], *AIDS* 22: 883–891, 2008
- ⁵¹ OMS/UNICEF, Breastfeeding counselling: A training course, Revision, in preparation, [Conseils et aide à l'allaitement maternel : manuel de formation, édition révisée, en préparation] 2009
- ⁵² OMS/UNICEF/AED/USAID, Learning from large-scale community-based programs to improve breastfeeding practices, [Améliorer les pratiques d'allaitement maternel en tirant les enseignements des programmes à base communautaire de grande échelle] OMS, 2008
- ⁵³ C Britton, F M McCormick, M J Renfrew, A Wade, S E King, 'Support for breastfeeding mothers', [Soutien aux mères allaitantes], *Cochrane Database of Systematic Reviews* [2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3]
- ⁵⁴ C Desmond et al, 'Scaling-up exclusive breastfeeding support programmes: the example of KwaZulu-Natal', [Développer les programmes de soutien à l'allaitement maternel exclusif : l'exemple du KwaZulu-Natal] *PloS ONE* 2008; 3(6): e2454
- ⁵⁵ M Baker and K Milligan, 'Maternal employment, breastfeeding, and health: evidence from maternity leave mandates' [Emploi maternel, allaitement et santé : éléments d'analyse provenant des cas de congé maternité], *Journal of Health Economics* 27, 871–887, 2008
- ⁵⁶ S Guendelman et al, 'Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics' [Concilier activité professionnelle et allaitement : effets du congé maternité et caractéristiques professionnelles], *Pediatrics*, 123; e38–e46, 2009
- ⁵⁷ IBFAN, 'Ghana implements the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes' [Le Ghana promulgue le Code international de marketing des substituts au lait maternel], *Bulletin INFO*, novembre 2000 – Volume 2 No. 3
- ⁵⁸ G Jones et al, 'How many child deaths can we prevent this year?' [Combien de morts d'enfants pouvons-nous éviter cette année ?] *The Lancet*, 362: 65–71, 2003
- ⁵⁹ J L Beard, 'Effectiveness and strategies of iron supplementation in pregnancy' [Efficacité et stratégies des suppléments en fer pendant la grossesse] *American Journal of Clinical Nutrition*, 71 (suppl): 1288S–94S, 2000
- ⁶⁰ A Levy et al, 'Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery', [L'anémie maternelle durant la grossesse est un facteur de risque indépendant pour l'insuffisance pondérale et la prématurité] *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 122 182–186, 2005
- ⁶¹ Galloway et al, 'Women's perceptions of iron deficiency and anaemia prevention and control in eight developing countries' [Perceptions des femmes en matière de carence en fer et de prévention et de lutte contre l'anémie dans huit pays en développement], *Social Science and Medicine* 55: 529–544, 2002
- ⁶² OMS, 'Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers', [Anémie ferriprive : évaluation, prévention, lutte. Guide destiné aux responsables de programmes], OMS, 2001
- ⁶³ Z A Bhutta et al, 2008 – cf note 49
- ⁶⁴ A Hall and S Horton, *Deworming, Best Practice Paper: New Advice from Copenhagen Consensus* [Traitement vermifuge : Document de bonne pratique : nouveaux conseils du consensus de Copenhague], 08, Copenhagen Consensus Centre, 2009
- ⁶⁵ C G Victora et al, 'Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital', [Dénutrition maternelle et infantile : conséquences pour la santé des adultes et le capital humain] *The Lancet*, 2008
- ⁶⁶ A Hall et S Horton, 2009 – cf note 64
- ⁶⁷ A Hall et S Horton, 2009 – cf note 64
- ⁶⁸ C G Victora et al, 'Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital', [Dénutrition maternelle et infantile : conséquences pour la santé des adultes et le capital humain] *The Lancet*, 2008
- ⁶⁹ Micronutrient Initiative, [Initiative en micronutriments] 2009 – cf note 3
- ⁷⁰ MOST: The USAID Micronutrient Program, 'Zinc supplementation for the treatment of diarrhoea moving from Research to Practice', [MOST : le programme en micronutriments d'USAID : suppléments en zinc pour le traitement de la diarrhée, de la recherche à la pratique, 2005]
- ⁷¹ FAO, 'Soaring Food Prices: facts, perspectives, impacts and actions required', High level Conference on World Food Security: The challenges of bioenergy and climate change, [Flambée des prix alimentaires : faits, perspectives, impacts et actions nécessaires, Conférence de haut niveau sur la sécurité alimentaire mondiale : les défis de la bioénergie et du changement climatique, 2008]
- ⁷² S Wiggins et al, 'Current state of food security in Africa and the Africa-EU Partnership on the MDGs' [État actuel de la sécurité alimentaire en Afrique ; partenariat Afrique-UE sur les OMD] document destiné à la deuxième réunion conjointe d'experts, Afrique-UE Partenariat pour les OMD, Sous-groupe sur l'action prioritaire n° 2 : accélérer les objectifs de sécurité alimentaire des OMD, 24 mars 2009
- ⁷³ D Mariko and C Hughes, 'An exploratory analysis of child nutritional status in the Sahel, the Goundam Circle case study, Timbuktu Region, Mali', [Analyse exploratoire de l'état nutritionnel de l'enfant au Sahel, dans l'étude de cas du cercle de Goundam, région de Timbouctou, Mali], Bureau régional d'Afrique de l'Ouest de nourriture pour la paix, USAID/WEST AFRICA, Professional Paper
- ⁷⁴ K Sadler et al, *Milk Matters: A literature review of pastoralist nutrition and programming responses*, [L'importance du lait : examen de la documentation sur la nutrition pastoraliste et les interventions programmatiques], Save the Children, USAID, Feinstein International Centre and Tufts University, 2009
- ⁷⁵ D Sridhar and A Duffield, 'The Effect of Cash Transfer Programmes on Child Nutritional Status', [Effets des transferts en espèces sur l'état nutritionnel des enfants], Save the Children UK, novembre 2006
- ⁷⁶ C Miller, M Tsoka and K Reichert, 'Impact Evaluation Report, external evaluation of Mchinji Cash Transfer Pilot', [Rapport d'évaluation d'impact : évaluation externe du projet pilote de

transfert en espèces de Mchinji] USAID, Boston University, UNICEF, 2008

⁷⁷ J Agüero with M Carter and I Woolard, *The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant, Working Paper [Impact des transferts en espèces sans conditions sur la nutrition : la bourse de soutien aux enfants d'Afrique du Sud]*, document de travail, 39, Brasília, International Poverty Centre, 2007

⁷⁸ E Duflo, *Grandmothers and Granddaughters: Old age pension and intrahousehold allocation in South Africa, [Grands-mères et petites filles : pension de retraite, transferts intraménage en Afrique du Sud]*, MIT, Document de travail 00-05, 2000

⁷⁹ C Miller et al, 2008 – cf note 76

⁸⁰ J Agüero et al, 2007 – cf note 77

⁸¹ M Lagarde, A Haines and N Palmer, 'Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle income countries: a systematic review', [Transferts en espèces conditionnels pour améliorer les interventions sanitaires dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : étude systématique], *JAMA*, 16, 1900–10, 2007

⁸² Z A Bhutta et al, 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', [Ce qui marche : interventions en cas de dénutrition maternelle et infantile et pour la survie], *The Lancet*, 371: 417–440, 2008

⁸³ S M Ceesay et al, 'Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomised controlled trial', [Effets sur le poids à la naissance et la mortalité périnatale des suppléments alimentaires maternels en Gambie rurale : essai contrôlé randomisé sur cinq ans] ; *BMJ*, 315(7111): p. 786–90, 1997

⁸⁴ A M Prentice et al, 'Increased birthweight after prenatal dietary supplementation of rural African women', [Augmentation du poids à la naissance après apport de suppléments alimentaires chez les femmes africaines rurales], *Am J Clin Nutr*, 46(6): p. 912–25, 1987

⁸⁵ S Devereaux and P Jere, 'An evaluation of Save the Children Emergency Drought Project in Swaziland', [Évaluation du projet d'urgence contre la sécheresse de Save the Children au Swaziland], 2008

⁸⁶ Save the Children, *Comment les transferts d'argent liquide peuvent améliorer la nutrition des enfants les plus pauvres : évaluation d'un projet pilote de filet de sécurité dans le Sud du Niger*, 2009

⁸⁷ Dans l'idéal les allocations de grossesse devraient être versées plus tôt, mais il faudrait pour cela résoudre les problèmes de ciblage.

⁸⁸ E Duflo, 2000 – cf note 78

⁸⁹ P Kooreman, *The American Economic Review*, Vol. 90, No. 3, June 2000, pp. 571–583 and in 'Are cash transfers made to women spent like other sources of income?' [Les transferts en espèces versés aux femmes sont-ils dépensés de la même façon que les autres sources de revenus ?] Norbert Schady, José Rosero. *Economics Letters* 101 (2008) 246–248

⁹⁰ Save the Children, *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality, [Bénéfices durables : le rôle des transferts en espèces dans la lutte contre la mortalité infantile]*, 2009

⁹¹ Micronutrient Initiative [Initiative en matière de micronutriments], 2009 – cf note 3

⁹² P L Engle, M Bentley and G Pelto, 'The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda', [Le rôle des soins dans les programmes de nutrition : recherche actuelle et programme de recherche future], *Proc Nutr Soc*, 59, 25–35, 2000

⁹³ M Ruel and P Menon, 'Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America innovative uses of the Demographic and Health Surveys', [Les pratiques d'alimentation des enfants sont liées à l'état nutritionnel des enfants en Amérique latine : utilisation innovante des études démographiques et de santé], *J Nutr*, 2002

⁹⁴ G H Pelto, E Levitt and L Thairu, 'Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions', [Améliorer les pratiques de nutrition : pratiques actuelles, contraintes générales, conception d'interventions] *Food and Nutrition Bulletin*, 24, 45–82, 2003

⁹⁵ G Hutton and J Bartram, 'Global costs of attaining the Millennium Development Goal for water supply and sanitation', [Coûts mondiaux pour atteindre l'objectif du millénaire pour le développement en termes d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées], *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 86: 13–19, 2008

⁹⁶ K G Dewey and S Adu-Afarwah, 'Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries', [Étude systématique de l'efficacité et de l'efficience des interventions d'alimentation complémentaire dans les pays en développement], *Maternal and Child Nutrition*, 4, 24–85, 2008

⁹⁷ A Ashworth, R Shrimpton and K Jamil, 'Growth monitoring and promotion: review of evidence of impact', [Suivi et promotion de la croissance : étude des preuves d'impact], *Maternal and Child Nutrition*, 4, 86–117, 2008

⁹⁸ C G Victora et al, 'Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital', [Dénutrition maternelle et infantile : conséquences pour la santé des adultes et le capital humain] *The Lancet*, 2008

⁹⁹ PAHO, *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*, [Principes d'orientation de l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité], 2004

¹⁰⁰ K Dewey and K Brown, 'Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs', [Mise à jour des problèmes techniques concernant l'alimentation complémentaire des jeunes enfants dans les pays en développement ; implications pour les programmes d'intervention], *Food and Nutrition Bulletin*, 24(1), 5–28, 2003

¹⁰¹ OMS/UNICEF, 'Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6 to 23 months of age in nutrition and child health programmes', [Renforcer l'action pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des enfants de 6 à 23 mois dans les programmes d'alimentation et les programmes de santé des enfants], *Compte rendu des travaux*, 2008

¹⁰² OMS/UNICEF, 2008 – cf note 101

¹⁰³ S Ismail, M Immink, I Mazar and G Nantel, *Community-based Food and Nutrition Programmes: What makes them successful*, [Programmes d'alimentation et de nutrition à base communautaire : pourquoi ils sont efficaces], Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, 2003

¹⁰⁴ B Smith and S Smitasiri, 'A framework for nutrition education programmes', [Cadre de programmes d'éducation à la nutrition] dans l'ouvrage : *Nutrition Education for the Public: Discussion papers of the FAO Expert Consultation*, [Éducation à la nutrition pour le grand public : document de débat de la consultation d'experts de la FAO], document 62 de la FAO sur l'alimentation et la nutrition, 1995

¹⁰⁵ J Egeland, ancien Sous-secrétaire général des Nations Unies aux questions humanitaires, 'Timeline: How Niger's food crisis unfolded', [Calendrier : comment la crise alimentaire du Niger s'est développée], *Reuter's Alertnet*, 25 juillet 2005

¹⁰⁶ J Shoham 'Food Security Information Systems Supported by Save the Children UK: A Review', [Systèmes d'information sur la sécurité alimentaire soutenus par Save the Children UK : le point], Save the Children, 2005

¹⁰⁷ Ce partenariat comprend le PAM, la FAO, CARE International, Save the Children (UK/US), FEWS, Centre commun de recherche de la Commission européenne, Oxfam GB.

¹⁰⁸ Black et al (2008) Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences, [Dénutrition maternelle et infantile, vulnérabilité mondiale et régionale et conséquences pour la santé], *The Lancet*, 371: 243–60. Nombre de décès de moins de cinq ans: UNICEF, septembre 2009

¹⁰⁹ Données non publiées de MSF (2008), fondées sur les calculs de la production de RUTF au niveau national, régional et international.

¹¹⁰ Par exemple; S Collins and K Sadler, 'The Outpatient Treatment of Severe Malnutrition During Humanitarian Relief Programmes', [Prise en charge ambulatoire de la malnutrition sévère durant les programmes d'aide humanitaire], *The Lancet*, 360, 2002: 1824–30; Y Grellety, 'Nutrition Assessment, SCF Soudan, North East Darfur', [Évaluation nutritionnelle, SCF Soudan, Darfour du Nord Est], décembre 2001, non publié; ENN (2004), 'Community based therapeutic care, special supplement no.2', [Prise en charge et soins à base communautaire, rassemblé et produit par T Khara and S Collins, publié par et disponible auprès de l'ENN, <http://www.ennonline.net>

¹¹¹ S Collins/OMS, 'Community-based management of severe acute malnutrition: A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund', [Gestion à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère : déclaration commune par l'Organisation mondiale de la santé, le Programme alimentaire mondial, la Commission permanente des Nations Unies sur la nutrition et le Fonds des Nations Unies pour les enfants], mai 2007

¹¹² A Ashworth, 'Efficacy and effectiveness of community-based treatment of severe malnutrition', [Efficacité et efficacité de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition sévère], *Food Nutr Bull*, 27: 24–48, 2006

¹¹³ M A Ciliberto, H Sandige, M J Ndekha et al, 'Comparison of home-based therapy with ready to-use therapeutic food with standard therapy in the treatment of malnourished Malawian children: a controlled, clinical effectiveness trial', [Comparaison entre la thérapie maison, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et la thérapie standard dans la prise en charge des enfants mal nourris au Malawi : essai contrôlé sur l'efficacité clinique], *Am J Clin Nutr*, 81: 864–70, 2005

3 Le coût

¹¹⁴ UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009*

¹¹⁵ J Ross, 'Cost-Effectiveness of the Nutrition Communication Project in Mali', [Rentabilité du projet de communication sur la nutrition au Mali], [cité le 5 janvier 2009] ; disponible à l'adresse suivante : http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/75/Large_Scale_Applications_of_Nutrition_Behavior_Change_Approaches_-_pages_21-30.pdf

¹¹⁶ H Waters, M Penny, H Creed-Kanashiro, R Robert, J Willis, L Caulfield, et al, 'The cost-effectiveness of a child nutrition education program in Peru', [Rentabilité d'un programme d'éducation à la nutrition des enfants au Pérou], *Health Policy and Planning*, 21: 257–64, 2006

¹¹⁷ L Brown, B Rogers and M Zeitlin, 'Comparison of the costs of compliance with nutrition education messages to improve the diets of Bangladeshi breastfeeding mothers and weaning-age children', [Comparaison des coûts du respect des recommandations d'éducation à la nutrition afin d'améliorer les régimes alimentaires des mères allaitantes et des enfants en âge de sevrage au Bangladesh], *Ecology of Food and Nutrition*, 30: 99–126, 1993

¹¹⁸ S Horton, 'Unit costs, cost-effectiveness and financing of nutrition interventions', [Coûts unitaires, rentabilité et financement des interventions en nutrition], 1992 [cité le 5 janvier 2009]; disponible à l'adresse suivante: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/IV3P/IB/1992/08/01/000009265_3961003064921/Rendered/PDF/multi0page.pdf

¹¹⁹ J Fiedler, T Sanghvi and M Saunders, 'A review of the micronutrient intervention cost literature: program design and policy lessons', [Étude de la littérature sur les coûts des interventions en micronutriments : conception des programmes et enseignements stratégiques], in *J Health Plann Mgmt*, 23: 373–97, 2008

¹²⁰ L Caulfield, S Richard, J Rivera, P Musgrove and R Black, 'Stunting, wasting and micronutrient disorders', [Retard de croissance, émaciation, troubles liés aux micronutriments], 2004 [cité le 20 décembre 2008]; disponible à l'adresse suivante: <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>

¹²¹ Banque mondiale, 'Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action' [Repositionner la nutrition au centre du développement : stratégie pour une action de grande ampleur], [cité le 20 décembre 2008]; disponible à l'adresse suivante : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:20130392~menuPK:282516~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282511,00.html>

¹²² M Phillips, T Sanghvi, R Suarez, J McKigney and J Fiedler, 'The costs and effectiveness of 3 vitamin A interventions in Guatemala', [Coûts et efficacité de trois interventions à la vitamine A au Guatemala], *Soc Sci Med*, 42: 1661–8, 1996

¹²³ J Fiedler et al, 2008 – cf note 119

¹²⁴ B Robberstad, T Strand, R Black and H Sommerfelt, 'Cost-effectiveness of zinc as adjunct therapy for acute childhood diarrhoea in developing countries', [Rentabilité du zinc comme thérapie supplémentaire dans le traitement de la diarrhée aiguë dans les pays en développement], *Bulletin de l'OMS*, 82: 523–31, 2004

¹²⁵ S Zlotkin et al, 'Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia', [Pépites de micronutriments pour lutter contre l'anémie chez l'enfant], *Pub Lib Sci Medicine*, 2 (1): e1, 2005

¹²⁶ Save the Children, *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*, [Bénéfices durables : le rôle des transferts en espèces dans la lutte contre la mortalité infantile], 2009

¹²⁷ S Collins, K Sadler, N Dent, T Khara, S Guerrero, M Myatt, et al, 'Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition', [Principaux points dans la réussite de la gestion à base communautaire de la malnutrition sévère], *Food and Nutrition Bulletin*, 27(3 suppl): s49–s82, 2006

¹²⁸ A Ashworth et S Khanum, 'Cost-effective treatment for severely malnourished children: what is the best approach?', [Prise en charge financièrement efficace des enfants gravement malnutris : quelle est la meilleure approche ?] *Health Policy and Planning*, 12: 112–21, 1997

¹²⁹ T Ahmed, M Islam, B Nahar, M Azam, M Salam, A Ashworth, et al, 'Home-based nutritional rehabilitation of severely-malnourished children recovering from diarrhoea and other acute illnesses', [Réhabilitation nutritionnelle à domicile d'enfants gravement malnutris se remettant de diarrhée et d'autres maladies aiguës], Conférence de l'ICDDR, Dhaka, 2002

¹³⁰ R Cauldwell and A Hallam, 'The cost of selective feeding', Community-based therapeutic care ENN special supplement, [Le coût de l'alimentation sélective : prise en charge thérapeutique à base communautaire], ENN, supplément spécial, 2004

¹³¹ J Hunt, 'The potential impact of reducing global malnutrition on poverty reduction and economic development', [L'impact potentiel de la réduction de la malnutrition mondiale sur la réduction de la pauvreté et le développement économique], *Asia Pac J Clin Nutr*, 14: S10–S38, 2005

¹³² H Levin, E Pollitt, R Galloway and J McGuire, 'Micronutrient deficiency disorders', [Troubles liés aux carences en micronutriments], in Jamison D, Moseley W (eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, [Priorités de lutte contre les maladies contagieuses dans les pays en développement], OUP, 1993

¹³³ R Baltussen, C Knai and M Sharan, 'Iron fortification and iron supplementation are cost-effective interventions to reduce iron deficiency in four regions of the world', [La fortification en fer et les suppléments en fer sont des interventions rentables permettant de réduire la carence en fer dans quatre régions du monde], *Journal of Nutrition*, 134: 2678–84, 2004

¹³⁴ L Caulfield, S Richard, J Rivera, P Musgrove and R Black, 'Stunting, wasting and micronutrient disorders', [Retard de croissance, émaciation, troubles liés aux carences en micronutriments], 2004 [cité 20 décembre 2008] ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>

¹³⁵ J Mason, J Hunt, D Parker and U Jonsson, *Improving child nutrition in Asia*, [Améliorer la nutrition des enfants en Asie], Banque de développement asiatique, 2001

¹³⁶ Save the Children, *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*, [Bénéfices durables : le rôle des transferts en espèces dans la lutte contre la mortalité infantile], 2009

¹³⁷ S Morris et al, 2008, 'Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress', [Action internationale efficace contre la malnutrition : pourquoi elle a été si difficile et ce qu'on peut faire pour accélérer les progrès], *The Lancet*

¹³⁸ Save the Children, *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*, [Bénéfices durables : le rôle des transferts en espèces dans la lutte contre la mortalité infantile], 2009

¹³⁹ S Horton, M Shekar et A Mahal, *Scaling Up Nutrition: What will it cost?*, [Renforcer la malnutrition : quel en sera le coût ?] Banque mondiale, 2009, à venir

¹⁴⁰ A Hall and S Horton, 2009 – cf note 64

4 Politiques et progrès

¹⁴¹ Global Framework for Action, Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative, Initiating partners: [Cadre mondial d'action, initiative pour mettre fin à la faim et à la malnutrition des enfants, partenaires de démarrage : Programme alimentaire mondial et UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, décembre 2006]

¹⁴² S Grantham-McGregor, et al, 'Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries', [Potentiel de développement des cinq premières années des enfants dans les pays en développement], *The Lancet*, 369: 60–70, 2007

¹⁴³ L'étude réalisée par le Programme alimentaire mondial et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes a constaté que pour la seule année 2004, le coût moyen de la sous-nutrition des enfants pour la région représentait l'équivalent de 6,4 % du PIB.

¹⁴⁴ J Aguero et al, 2007 – cf note 77

¹⁴⁵ <http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=953>

¹⁴⁶ A Summers et al, 'Greater DFID and EC Leadership on Chronic Malnutrition: Opportunities and constraints', [Un plus grand rôle de la part du Ministère britannique du développement et de la Commission européenne en matière de malnutrition chronique : possibilités et contraintes], Institute of Development Studies, commandé par Save the Children UK, avril 2007

¹⁴⁷ J Bryce et al, 'Maternal and child undernutrition: effective action at national level', [Dénutrition maternelle et infantile, action efficace au niveau national] *The Lancet*, 2008

¹⁴⁸ L Haddad, 'Lifting the curse: overcoming persistent undernutrition in India', [Lever la malédiction : Surmonter la dénutrition persistante en Inde], *IDS Bulletin*, 40, 1–8, 2009