

Collection: La faim dans le monde (2007)

La faim et la santé



WFP

PAM

Nations Unies
Programme
Alimentaire
Mondial

earthscan

Collection: La faim dans le monde (2007)

La faim et la santé

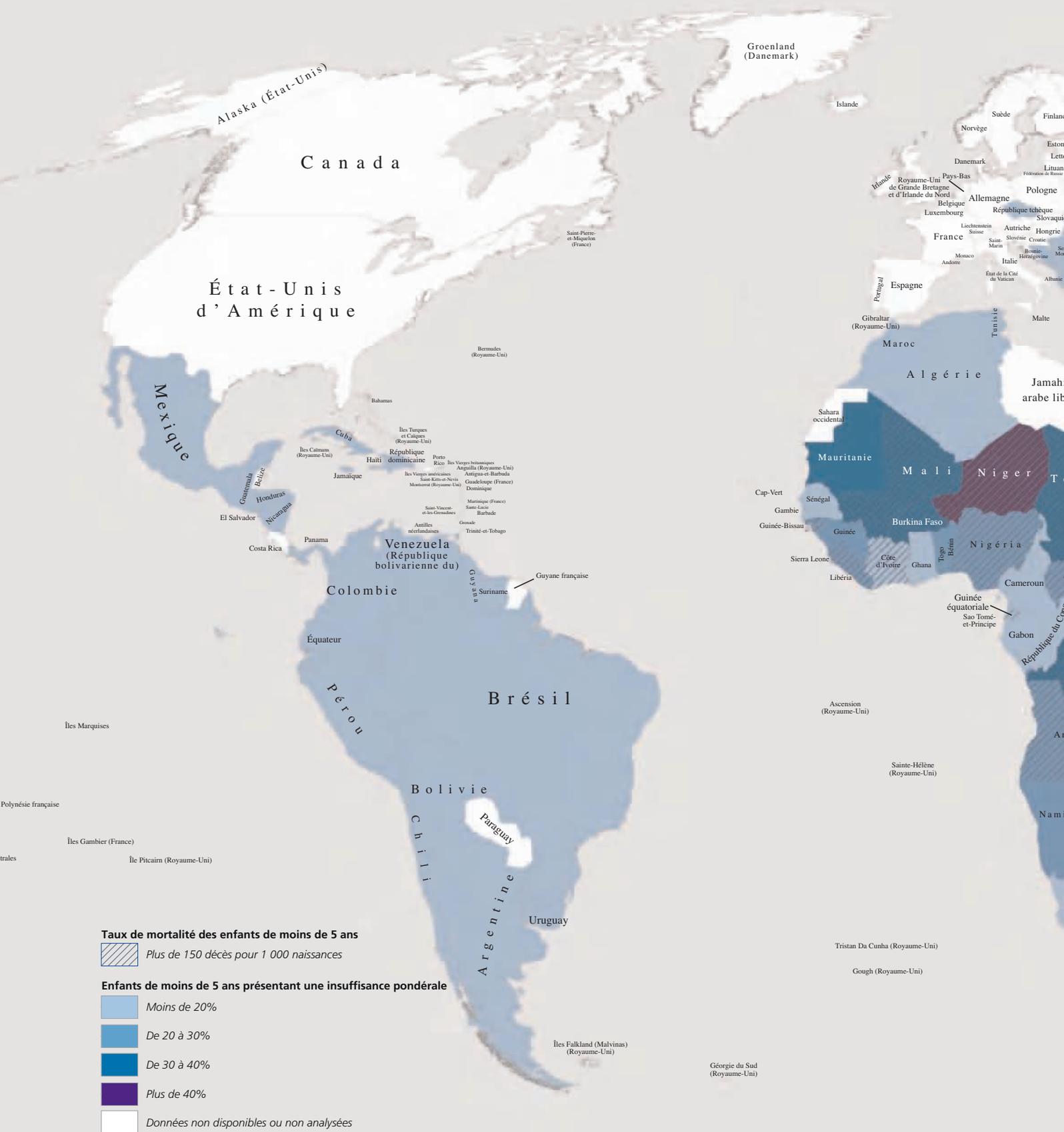


Nations Unies
Programme
Alimentaire
Mondial

Publication du Programme alimentaire mondial des Nations Unies, Rome

earthscan

Carte A – La faim et la santé dans le monde



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Source des données: OMS, 2007

Le Programme alimentaire mondial des Nations Unies

Fondé en 1963, le Programme alimentaire mondial (PAM) est la plus grande organisation humanitaire du monde et l'institution des Nations Unies qui se trouve en première ligne dans le combat contre la faim dans le monde. Le PAM utilise son aide alimentaire pour faire face à des besoins d'urgence et pour appuyer le développement économique et social.

Opérationnel dans 77 pays, le PAM est exclusivement tributaire de dons. En étroite collaboration avec les autres membres de la famille des Nations Unies, les gouvernements et les organisations non gouvernementales, le PAM s'emploie à maintenir la lutte contre la faim au centre des préoccupations internationales, en encourageant l'adoption de politiques, de stratégies et d'initiatives expressément conçues en faveur des pauvres qui souffrent de la faim.

Remerciements

Toute une équipe du Programme alimentaire mondial (PAM) des Nations Unies a contribué à la préparation de ce tout dernier rapport de la collection *La faim dans le monde – La faim et la santé*.

Stanlake Samkange, Directeur de la Division des politiques, des stratégies et de l'appui aux programmes, a supervisé les travaux. Deborah Hines, principal auteur, a assuré les fonctions de chef d'équipe. L'équipe responsable de la collecte et de l'analyse des données pour la *Collection: La faim dans le monde* se composait de Federica Carfagna, Bruce Crawshaw, Peter Gray, Tomoko Horii, Rebecca Lamade, Kartini Oppusunggu, Robert Palmer, Livia Paoluzzi et Elena Vuolo, qui ont tous apporté une contribution précieuse au rapport.

De nombreux spécialistes ont généreusement apporté des contributions techniques importantes. Le PAM tient notamment à remercier: Steve Collins, Lorraine Cordeiro, Camila Corvalan, Paul Farmer, Wafaie Fawzi, Fernando Fernholz, Rosemary Fernholz, Stuart Gillespie, Carlos Guevara Man, Jean-Pierre Habicht, Alistar Hallam, Joan Holmes, Channa Jayasekera, Gina Kennedy, Richard Longhurst, Nkosinathi Mbuya, Saurabh Mehta, Gretel Pelto, Fabiola Pueda, Kate Sadler, Anna Taylor, Andrew Thorne-Lyman, Melody Tondeur, Patrick Webb et Stanley Zlotkin.

Le PAM remercie également de sa contribution l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des Nations

Unies, qui a fourni des données actualisées ainsi qu'un soutien technique. Le PAM tient tout particulièrement à exprimer sa gratitude à Zoe Brillantes, Valentina Buj, Quazi Monirul Islam, Dermot Maher, Aayid Munim, Mercedes de Onis, Tikki Elka Pang, Randa Saadeh, Akihiro Seita et Kenji Shibuya.

Plusieurs personnes ont fourni une aide et des observations utiles: Carlos Acosta, Claudia AhPoe, Robert Black, Martin Bloem, Henk-Jan Brinkman, Marco Cavalcante, Gyorgy Dallos, Agnes Dhur, Francisco Espejo, Kul Gautam, Aulo Gelli, Ugo Gentilini, Paul Howe, Michael Hutak, Robin Jackson, Dan Lewis, Saskia de Pee, Roman Rollnick, Joseph Scalise, Ann Strauss, Judith Thimke, Tina Van Den Briel et Steven Were Omamo.

Des remerciements particuliers sont dus à l'Unité de l'analyse et de la cartographie de la vulnérabilité du PAM, responsable de la conception et de l'élaboration des cartes: Joyce Luma, George Mu'Ammar et Paola de Salvo.

Ce rapport a été produit avec l'assistance de Cristina Ascone, Caroline Hurford, Francis Mwanza et Anthea Webb de la Division de la communication du PAM, et de Mark Menhinick et Marie-Françoise Perez Simon de l'Unité de la traduction et de la documentation.

Nous disposons des moyens de triompher de la faim de notre vivant. Il existe des technologies, des connaissances et des ressources permettant de satisfaire aux besoins de ceux qui souffrent de la faim. Il faut maintenant pour cela que les dirigeants fassent les bons choix politiques afin que les images d'enfants dénutris soient reléguées parmi les problèmes du passé et cessent d'être la honte du présent.

Ce rapport de la *Collection: La faim dans le monde* porte sur l'un des choix les plus critiques: agir pour s'attaquer conjointement aux problèmes de la faim et de la santé. Pour ceux qui souffrent de maladie, l'assouvissement de la faim représente souvent une condition nécessaire au traitement et à la guérison. L'alimentation accélère le rétablissement et protège contre les infections.

L'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* recense des solutions éprouvées permettant d'assurer que les travaux de recherche, les politiques et les programmes mis en œuvre réduisent la faim et améliorent la santé de tous les peuples. Par exemple, elle montre que la combinaison d'interventions intégrées axées sur l'alimentation et la santé est souvent préférable à une approche centrée sur une maladie particulière. Elle fait également observer l'existence de certains stades critiques auxquels les bienfaits de la réduction de la faim et de l'amélioration de la santé sont beaucoup plus durables. Par exemple, on dispose de données de plus en plus nombreuses montrant que lorsque les femmes enceintes, et surtout les adolescentes dont c'est le premier enfant, souffrent

de la faim, le bien-être des générations futures est compromis.

Ce rapport souligne également la nécessité de mieux concerter les efforts afin de s'attaquer plus efficacement aux problèmes de la faim et de la maladie. Les cadres nationaux, les politiques, les arrangements institutionnels, le renforcement des capacités et la recherche doivent tous tendre vers le même objectif dans le cadre d'une stratégie cohérente, en aidant les pays à créer une population libérée de la faim, plus productive et jouissant de meilleures capacités d'apprendre.

De plus, c'est important, ces actions sont économiquement rationnelles. Les solutions sont rentables et bénéfiques à long terme pour les individus, les familles, les communautés et les nations. Toutefois, nous ne devons pas agir uniquement pour des raisons économiques – l'élimination de la faim est une obligation morale. Il nous reste à choisir. Les dirigeants se doivent aujourd'hui de faire les bons choix, afin que les générations futures n'aient pas à souffrir de la faim.



Josette Sheeran

Directrice exécutive

Programme alimentaire mondial des Nations Unies

Table des matières

Le Programme alimentaire mondial des Nations Unies	4
Remerciements	5
Avant-propos	6
Note d'introduction	10
Préface	11
APERÇU GÉNÉRAL	12
PREMIÈRE PARTIE: LA FAIM ET LA SANTÉ DANS LE MONDE	19
Introduction	21
1.1 La faim, la santé et le bien-être	23
<i>Intermezzo 1: Description générale des carences en micronutriments</i>	26
1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?	34
<i>Intermezzo 2: Les femmes et l'élimination de la faim – un lien inextricable</i>	42
1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé	44
1.4 Accélérer les progrès en faisant les bons choix	53
<i>Intermezzo 3: La faim et la maladie dans les situations de crise</i>	56
DEUXIÈME PARTIE: LA DÉNUTRITION ET LA MALADIE – LEURS EFFETS TOUT AU LONG DU CYCLE DE LA VIE	61
2.1 La dénutrition et la maladie: un lien étroit	63
2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie	66
<i>Intermezzo 4: Le sida et la faim – enjeux et actions</i>	76
<i>Intermezzo 5: L'aide alimentaire et le traitement de la tuberculose</i>	80
<i>Intermezzo 6: La transition nutritionnelle en Amérique latine – l'expérience du Programme du Conseil national chilien des jardins d'enfants</i>	85
2.3 Menaces émergentes	87
TROISIÈME PARTIE: LE DÉVELOPPEMENT NATIONAL – ENGAGEMENTS ET CHOIX POLITIQUES	93
3.1 La faim nuit au développement humain	95
3.2 Des solutions efficaces	98
<i>Intermezzo 7: Les Sprinkles – un moyen novateur et économiquement efficace de fournir des micronutriments aux enfants</i>	108
3.3 Les bons choix politiques	112
<i>Intermezzo 8: Partenariats visant à éradiquer la dénutrition infantile en Amérique latine et aux Caraïbes</i>	118
<i>Intermezzo 9: De la recherche à l'action</i>	123
QUATRIÈME PARTIE: LA MARCHÉ À SUIVRE – VERS UN MONDE LIBÉRÉ DE LA FAIM	127
4.1 La marche à suivre: dix actions clés	129
<i>Intermezzo 10: Priorité à la nutrition en Thaïlande</i>	135
CINQUIÈME PARTIE: RECUEIL DE RÉFÉRENCES	139
Aperçu - notes techniques	141
Tableau 1 – À quoi ressemble un monde en proie à la faim?	143
Tableau 2 – Combien de personnes souffrent de la faim tout au long de leur vie?	147
Tableau 3 – À quoi ressemble un monde en proie à la maladie?	151
Tableau 4 – Combien de personnes souffrent de la maladie durant leur vie?	155

Table des matières

Tableau 5 – Qui est menacé par la faim et la maladie dans les situations de crise?	159
Tableau 6a – Combien de personnes souffrent de la faim invisible et de maladies infantiles?	163
Tableau 6b – Combien de personnes souffrent de maladies infectieuses?	167
Tableau 7 – Combien de personnes sont touchées par des catastrophes naturelles?	171
Tableau 8 – Quelles solutions existent-t-il pour lutter contre la faim et la maladie?	175
Tableau 9 – Quelles ressources sont consacrées à la réduction de la faim et de la maladie?	179
Tableau 10 – Progrès accomplis dans la réalisation des OMD d’ici 2015.	183
SIXIÈME PARTIE: ANNEXES	189
Sigles et abréviations	191
Glossaire	192
Bibliographie	196
Notes	208
Établissement des coûts des solutions essentielles	209
Méthodologie de cartographie	212

Figures

Figure 1 – Évolution de la stature moyenne et de l’espérance de vie.	23
Figure 2 – Consommation journalière par habitant	25
Figure 3 – Nombre de professionnels de la santé dans les pays en développement et en transition.	29
Figure 4 – Accès aux services de santé dans les pays en développement et en transition.	29
Figure 5 – Les déterminants de la faim et de la santé	30
Figure 6 – Les catastrophes naturelles dans le monde.	37
Figure 7 – Prévalence de l’insuffisance pondérale parmi les enfants dans les PFRDV, par région	46
Figure 8 – Prévalence de la sous-alimentation dans les PFRDV, par région	47
Figure 9 – Les indicateurs relatifs à la faim, par région	48
Figure 10 – Progrès en matière de réduction de l’insuffisance pondérale (OMD 1) pour les PFRDV en développement	51
Figure 11 – Progrès en matière de réduction de la sous-alimentation (OMD 1) pour les PFRDV en développement	51
Figure 12 – Progrès accomplis dans la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) pour les PFRDV en développement et en transition	52
Figure 13 – Progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle (OMD 5) pour les PFRDV en développement et en transition	52
Figure 14 – PIB, mortalité et insuffisance pondérale infantiles dans les pays en développement et en transition.	53
Figure 15 – Les déterminants de la dénutrition et de la maladie.	64
Figure 16 – Principales causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dans le monde	66
Figure 17 – La relation bidirectionnelle entre le paludisme et les carences en micronutriments	71
Figure 18 – Fardeau estimé de la tuberculose	78
Figure 19 – La malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans les PFRDV.	83
Figure 20 – Lien historique entre le prix des céréales et les volumes d’aide alimentaire	88
Figure 21 – Nombre de personnes vivant dans des bidonvilles	90
Figure 22 – Dénutrition et perte de productivité individuelle sur la vie entière	96
Figure 23 – Des solutions pratiques applicables à tous les stades de la vie	98
Figure 24 – Échantillons nationaux montrant la prévalence des troubles de croissance	104
Figure 25 – Solutions pratiques destinées aux femmes enceintes, aux mères allaitantes, aux nourrissons et aux jeunes enfants	105

Figure 26 – Solutions pratiques pour les enfants d’âge scolaire et les adolescents	106
Figure 27 – Dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage du PIB	114
Figure 28 – Dépenses publiques de santé.	115
Figure 29 – L’APD et l’aide alimentaire	121

Cartes

Carte A – La faim et la santé dans le monde	2
Carte 1 – La faim invisible dans le monde.	32
Carte 2 – La faim et les catastrophes naturelles	41
Carte 3 – L’inégalité de la faim dans le monde	55
Carte 4 – La charge de mortalité et les maladies infantiles	68
Carte 5 – Le fardeau du paludisme dans le monde.	72
Carte 6 – Mortalité due au VIH/sida parmi les enfants de moins de 5 ans	74
Carte 7 – Les inégalités devant la santé dans le monde	111
Cartes 8 – Les engagements nationaux en matière de santé	136
Carte B – La faim et la santé dans le monde.	214

Cette publication ne se contente pas de faire le point sur l'état des connaissances concernant les interactions entre mauvaise nutrition et mauvaise santé: le rapport détaille également les mécanismes par lesquels la faim sape la santé et détruit l'espoir d'une vie décente, longue et satisfaisante.

En faisant l'aller-retour entre Harvard et Haïti, soit grosso modo entre le monde des riches et celui des pauvres, on apprend bien des choses sur ce qui constitue en réalité un seul et même monde. Ce monde, qui est le nôtre, se présente ainsi: les populations pauvres n'ont souvent aucune difficulté à se procurer du Coca-Cola alors qu'elles n'ont pratiquement rien de nutritif à manger et sont atteintes de diabète parce qu'elles consomment les mauvais nutriments en trop grande quantité; les téléphones portables parviennent jusque dans les coins les plus pauvres du monde, là où l'accouchement présente encore des dangers mortels considérables; un exercice artistique effectué par des orphelins rwandais a révélé que même si bon nombre d'entre eux ne fréquentent pas l'école et ne savent pas d'où viendra leur prochain repas, ils sont capables de dessiner des "portraits" remarquablement ressemblants de rappeurs américains.

C'est le monde dans lequel je vis, moi, médecin travaillant au Rwanda et au Lesotho, à Haïti et à Boston; c'est aussi, bien que peut-être moins évident, le monde dans lequel vivent les personnes susceptibles de lire un rapport sur la faim; c'est enfin le monde que décrit, avec stoïcisme, un important nouveau rapport du Programme alimentaire mondial intitulé *La faim et la santé*.

Ce rapport est d'une importance capitale, comme le savent tous ceux qui travaillent parmi les pauvres. Présentant de manière précise et détaillée des approches reposant sur des fondements solides, *La faim et la santé* propose des prescriptions concises concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle, des prescriptions étayées par des travaux de recherche rigoureux et une longue expérience. C'est pour nous un grand privilège de pouvoir compter le Programme alimentaire mondial parmi nos alliés dans la lutte pour un accès équitable à l'alimentation, l'un des éléments contribuant à un accès équitable à la santé.

La faim et la santé s'appuie sur une expérience pragmatique longue de décennies, acquise dans le cadre de la réduction des "urgences alimentaires" et des efforts visant à rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie. Il fournit – aux nations ainsi qu'aux organismes normatifs internationaux qui cherchent à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement – des recommandations solidement fondées pour l'élaboration des politiques qu'il faudra mettre en œuvre.

Nous sommes extrêmement redevables à ceux qui ont rédigé *La faim et la santé* et à ceux qui y ont contribué. Que ce rapport, et les engagements écrits pris en faveur du commerce équitable, de la réforme agraire et de l'amélioration des pratiques agricoles, soient pour nous une "feuille de route", dont le respect nous permettra de faire en sorte que la faim au XXI^e siècle soit perçue, premièrement, comme une obscénité, et, deuxièmement, comme une maladie mondiale que nous sommes d'ores et déjà en mesure de guérir.

Paul Farmer, docteur en médecine
Harvard Medical School et Partners In Health

“La sagesse s’acquiert non pas en se souvenant de son passé, mais en assumant la responsabilité de son avenir.”

George Bernard Shaw (1856–1950)

À mi-chemin de l’échéance fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), on accorde aux problèmes de la faim et de la santé une attention inégale par le biais des actions, campagnes et investissements mis en œuvre pour les soutenir. Toutefois, les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de la plupart d’entre eux sont irréguliers, les écarts se creusant encore dans certains pays.

L’un de ces écarts concerne en particulier l’interaction entre la faim et la santé. Les femmes et les enfants sont particulièrement touchés par le manque d’accès à une nourriture et à des services de santé de qualité. Les mères ont du mal à éviter la faim et la maladie, les effets se transmettant d’une génération à l’autre. Par ailleurs, des obstacles subsistent sur le plan de la mise en application des connaissances et de l’expérience aux niveaux local, national et international.

On pare souvent de toutes les vertus les enseignements du passé et la prise en compte de notre histoire commune mais, dans la pratique, il est possible que les réalités politiques nous obligent à repartir de zéro et à affronter l’avenir avec optimisme, sans nous préoccuper des enseignements du passé. Malgré tout, il nous reste suffisamment de temps pour mettre notre expérience cumulée et nos connaissances en application et exercer notre volonté afin de définir des stratégies et des programmes pratiques permettant d’éliminer la faim. Il faut saisir les possibilités d’exploiter la relation synergique entre l’accès à une nourriture de qualité et la santé. Afin d’accélérer les progrès et de réaliser les OMD, les connaissances scientifiques doivent aboutir à des actions, les bonnes

intentions et les conventions internationales doivent prendre corps, et des décisions doivent être prises pour assurer une utilisation optimale des ressources disponibles.

Le présent rapport, le deuxième de la collection *La faim dans le monde*, après le rapport inaugural sur la capacité d’apprendre paru en 2006, est destiné à contribuer à l’amélioration des connaissances sur la relation entre la faim et la santé. Cette édition 2007 s’appuie sur des expériences fondées sur les faits afin d’attirer l’attention sur les enseignements tirés de pratiques de développement passées, et présente des solutions susceptibles d’éliminer la faim.

Le rapport 2007 fait partie intégrante de la collection *La faim dans le monde*. Il présente une analyse fondée sur des données probantes, destinée à orienter les politiques, la programmation et les activités de sensibilisation, et sera suivi par des rapports sur les marchés, les crises et l’exclusion sociale. La collection *La faim dans le monde*, qui vient compléter les efforts déployés actuellement par les gouvernements, le secteur privé et les acteurs locaux, encourage l’élaboration de politiques bien conçues étayant des solutions durables et économiquement rationnelles qui, on l’espère, permettront aux gouvernements de dépasser l’objectif du Millénaire fixé pour 2015 concernant la faim et d’éliminer cette dernière dans les décennies à venir. Ce rapport fournit suffisamment de données pour confirmer que les problèmes de la faim et de la maladie peuvent être résolus; il nous suffit de mobiliser nos connaissances collectives et de faire les bons choix.

Les enseignements du passé peuvent être rejetés avec une facilité surprenante. De même, l’indifférence et l’inaction peuvent être remplacées par des efforts concrets qui galvaniseront tous les acteurs et les inciteront à œuvrer ensemble pour éradiquer la faim.

Inégalités devant la faim et la santé

Au cours des 50 dernières années, le monde a été témoin de progrès sans précédent sur le plan de la réduction de la faim et de l'amélioration de la santé. On constate dans le monde un déclin marqué de la dénutrition et de la mortalité infantiles. De nombreux aspects physiques de la santé se sont considérablement améliorés: les gens vivent plus longtemps et l'on constate, au niveau mondial, une amélioration de la santé des enfants et des jeunes adultes.

Toutefois, des inégalités demeurent devant la faim et la santé, dont le fardeau est supporté essentiellement par les populations pauvres marginalisées, d'autres disparités pouvant être observées selon le sexe, l'âge et l'ethnicité. La faim et la maladie peuvent avoir un impact profond sur le cycle de vie lorsque plusieurs générations sont touchées.

Nous constatons d'énormes différences entre les pays riches et les pays pauvres. Dans les pays les plus pauvres, où l'insécurité alimentaire est la plus forte – pays à faible revenu et à déficit vivrier – l'espérance de vie pour les hommes comme pour les femmes reste inférieure à 50 ans en raison de pénuries alimentaires prolongées, de maladies, de conflits et d'un accès inégal à des soins de santé de qualité. La faim est la cause directe d'environ la moitié des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs, même si l'on a réussi à réduire la faim dans certains pays et pour des groupes sélectionnés, la réalisation de la cible 2 de l'OMD 1 au niveau mondial (voir encadré à la page 45) est en mauvaise voie. Dans certains pays, les progrès antérieurs s'érodent et les populations souffrant de la faim sont encore loin de bénéficier de solutions durables. Les progrès accomplis dans la réalisation des OMD relatifs à la santé sont également irréguliers et se font à un rythme plus accéléré dans les pays riches que dans les pays pauvres.

Il existe une relation étroite entre la faim et l'état de santé

L'édition 2007 de *La faim dans le monde* explore les multiples interactions entre la faim et le mauvais état de santé et montre comment elles affectent le développement des individus – tant physiologique que psychologique – et celui des pays – tant social qu'économique.

La faim et la mauvaise santé sont fortement liées aux choix politiques et économiques, qui sont eux-mêmes le reflet des priorités budgétaires, de la qualité des services sociaux et des valeurs défendues par la société. Les personnes qui souffrent de la faim, sous quelque forme que ce soit, ne participent pas aux processus de décision et leur cause n'est pas nécessairement bien défendue par les décideurs.

De même que la faim et la mauvaise santé sont étroitement liées, la relation de causalité entre dénutrition et maladie fonctionne dans les deux sens, les deux se renforçant mutuellement: la dénutrition entraîne un mauvais état de santé, qui rend l'organisme vulnérable aux infections et aux maladies chroniques. Une personne qui a faim se défend beaucoup moins bien contre les maladies qu'une personne bien nourrie. Un enfant sous-alimenté tend à être malade plus longtemps qu'un enfant bien nourri, car la dénutrition affaiblit le système immunitaire et permet aux agents pathogènes de se multiplier, privant l'organisme de nutriments essentiels.

Les infections, aussi bénignes soient-elles, entraînent une détérioration de l'état nutritionnel. De plus, une infection aiguë ou chronique peut avoir des répercussions sur l'état nutritionnel qui entraîneront différentes réactions, dont une diminution de l'appétit et une mauvaise absorption des nutriments. Même lorsque le malade absorbe des nutriments, ceux-ci peuvent malgré tout rester inutilisés sous l'effet de l'infection.

Les solutions sont connues et elles sont efficaces sans être coûteuses

Bien que la relation de cause à effet existant entre la dénutrition et la maladie soit largement reconnue, on a affecté à la lutte contre les maladies infectieuses des moyens importants plutôt que de faire porter l'effort sur la prévention de la faim et de la dénutrition. Or il faut impérativement concevoir les politiques et programmes nationaux de manière à tenir compte de l'interdépendance entre la faim et le mauvais état de santé. Si l'on veut que les personnes qui ont faim bénéficient des innovations technologiques qui sont en train de transformer le monde, il faut impérativement donner priorité à ces personnes, en particulier aux femmes et aux enfants, et ce aux différents âges de leur vie, et défendre les principes d'inclusion, d'égalité, de facilité d'accès et de transparence.

Le recul de la faim s'accompagne d'une hausse de la productivité, puisqu'il renforce la puissance de travail, les capacités d'apprentissage et le développement intellectuel, et améliore l'état de santé grâce à l'atténuation des effets de la maladie et à la baisse de la mortalité précoce. La faim et la mauvaise santé affectent directement la formation de capital humain et social et la croissance économique. Ces effets sont durables et se transmettent d'une génération à l'autre, freinant ainsi la réalisation d'autres objectifs à caractère social de portée générale.

Pour la première fois dans l'histoire, le monde est en mesure de consacrer des moyens considérables à l'éradication de la faim et à l'amélioration de la santé. On prend de plus en plus conscience que l'inaction coûte cher, tant sur le plan économique que sur le plan moral, tandis qu'en comparaison le coût de l'action est très raisonnable. Il existe plusieurs solutions abordables qui ont fait leurs preuves, mais qui devront être mises en œuvre à grande échelle si l'on veut atteindre les populations vulnérables et marginalisées du monde. Il est essentiel de créer un environnement propice à la conversion des connaissances en actions réalisables et à l'élimination des obstacles institutionnels; sinon, il sera difficile de maximiser les gains susceptibles d'être retirés des ressources publiques et privées croissantes consacrées au combat contre la faim et la maladie.

L'édition 2007 de *La faim dans le monde* propose un ensemble de solutions concrètes, efficaces et peu

coûteuses qui ont fait leurs preuves et qui s'attaquent aux causes indissociables de la faim et de la mauvaise santé. Ces solutions, qui allient des activités portant sur l'alimentation et des activités de soin et de prévention de base, constituent des "solutions essentielles" à la réduction de la faim et à l'amélioration de la santé. Ces solutions, qui prennent en compte tous les âges de la vie, ont pour but de prévenir la faim et d'améliorer l'état de santé des personnes frappées par ce fléau, contribuant ainsi à la réalisation des OMD. Elles visent plus particulièrement à développer les programmes privilégiant deux périodes décisives: le début de la vie, qui concerne les mères, les nourrissons et les jeunes enfants, et l'adolescence, qui englobe les enfants d'âge scolaire.

Les solutions proposées se concentrent sur les facteurs communs sous-jacents; il s'agit de combiner efficacement les ressources et outils disponibles (y compris les ressources alimentaires et non alimentaires) et de reproduire à plus large échelle les solutions efficaces. Si les programmes sont construits autour des liens qui existent entre faim et mauvaise santé, ils seront mieux à même d'apporter une réponse globale à des problèmes interdépendants.

Les solutions préconisées mettent en avant le fait que l'amélioration globale du régime alimentaire, qui passe par un meilleur accès à une nourriture de qualité, en particulier chez les jeunes enfants, est vraisemblablement très efficace pour alléger le fardeau de la maladie.

Il faut élargir la mobilisation

Bien qu'il existe différentes solutions efficaces et peu coûteuses permettant de lutter contre la faim et d'améliorer la santé et la possibilité d'orienter les engagements politiques nationaux et internationaux de manière à s'attaquer à ces problèmes corrélatifs qui accablent les plus pauvres, les efforts en ce sens demeurent insuffisants. Le risque est grand de ne pas réaliser les OMD, qui sont pourtant relativement modestes. Ce volume de *La faim dans le monde* exhorte les dirigeants à faire fond sur les succès déjà obtenus et, en tirant parti des connaissances actuelles, à traduire dans la pratique leur volonté de mettre en œuvre des solutions concrètes et efficaces contre la faim dans les décennies à venir.

Quatre raisons impératives incitent à accorder un degré de priorité élevé à ces solutions:

- la faim et la mauvaise santé coûtent cher;
- les solutions sont abordables, rentables et durables;
- le droit des êtres humains à une alimentation et une nutrition adéquates et à la santé fait l'objet d'un consensus; et
- les populations bien nourries et en bonne santé contribuent plus efficacement à la croissance économique.

En fin de compte, c'est la détermination à les mettre en œuvre qui conditionne l'efficacité et la durabilité des interventions. L'élimination de la faim ne peut être reléguée au rang d'objectif secondaire au service d'autres engagements. Compte tenu du coût humain, économique et social colossal de ce fléau, son élimination doit figurer en tête des priorités de développement et faire partie intégrante des objectifs de santé.

Pour obtenir un résultat optimal, il est essentiel de disposer de ressources appropriées et de les exploiter au maximum. Les moyens nécessaires ne sont pas exclusivement financiers: l'efficacité des services sociaux repose aussi sur la mobilisation des responsables, des gestionnaires et des dispositifs d'appui. Avant d'amplifier les activités, il est important d'évaluer les résultats obtenus et de déterminer quelles interventions sont concluantes. Les ressources pourront ensuite être allouées aux projets qui donnent des résultats:

- Un nombre croissant d'informations tendent à démontrer que, si les traitements contre la tuberculose, le virus de l'immunodéficience humaine et d'autres maladies infectieuses s'accompagnent d'une aide nutritionnelle et alimentaire, ils sont mieux respectés et donnent de meilleurs résultats, en particulier lorsque les patients sont pauvres. Cette aide devrait faire partie intégrante des protocoles de traitement. Il faudrait aussi intensifier les recherches visant à améliorer l'efficacité de l'apport alimentaire et nutritionnel accompagnant le traitement.

- Le problème récurrent des carences en micronutriments montre que l'apport de calories ne suffit pas à garder une personne en bonne santé. Il est nécessaire de faire mieux connaître et comprendre l'utilité de ces micronutriments à tous les âges de la vie.
- L'enrichissement des aliments est pratiqué dans un certain nombre de pays, mais il faut aller plus loin. L'enrichissement d'aliments de consommation courante avec plusieurs micronutriments, ou la supplémentation, peut constituer une stratégie efficace et peu coûteuse pour traiter des carences multiples chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents, les réfugiés et les personnes déplacées. Par ailleurs, il faudrait prêter une attention plus grande à l'enrichissement des aliments au sein des familles.

Il faut prendre les bonnes décisions

Pour éradiquer la faim dans les décennies à venir, il faut agir de toute urgence. La seule solution est que les gouvernements s'engagent à aller au-delà des OMD, à éradiquer la faim et à permettre aux victimes de la faim et de l'exclusion d'accéder à des soins de qualité. Le fardeau de la faim et de la mauvaise santé et ses effets sur le développement d'un pays ne doivent pas être les seules raisons qui nous poussent à agir. Nous devons nous mobiliser pour mettre fin à la souffrance humaine engendrée par la faim et la maladie et nous employer à combler le fossé qui sépare ceux qui ont accès à une alimentation et à des soins de qualité – deux conditions indispensables au bien-être de chacun d'entre nous – et ceux qui en sont privés.

Seule une volonté collective nous permettra de faire les choix qui s'imposent. Le coût de l'inaction – économique, politique, et surtout moral – est considérable.

Qu'est-ce que la faim?

La plupart d'entre nous comprenons intuitivement la sensation physique de faim. Mais les spécialistes qui travaillent sur les questions liées à la faim ont élaboré toute une série de termes et de concepts techniques pour les aider à mieux décrire le problème et à mieux s'y attaquer. Regrettablement, tous ne sont pas d'accord sur ce que signifient ces expressions et sur la façon dont elles sont liées les unes aux autres. L'on trouvera ci-après un bref glossaire de ces expressions et ces concepts tels qu'ils sont utilisés dans le présent rapport. Nul ne prétend que ce soit le seul usage "correct", mais ces définitions offrent un moyen relativement clair et cohérent de comprendre les questions qui se posent.

FAIM. Situation dans laquelle un être humain manque tant des macronutriments (énergie et protéines) que des micronutriments (vitamines et minéraux) nécessaires pour pouvoir mener une vie pleinement productive, active et saine. La faim peut être un phénomène éphémère ou un problème chronique à plus long terme. Elle produit des effets allant de modérés à sévères. Elle peut résulter du fait qu'une personne ne consomme pas assez de nutriments ou que son organisme n'est pas capable de les absorber. Elle peut aussi résulter d'une alimentation déficiente et de pratiques de puériculture inadéquates.

MALNUTRITION. État physique dans lequel l'être humain souffre de carences nutritionnelles (dénutrition) ou d'un excédent de certains nutriments (surnutrition).

DÉNUTRITION. Manifestation physique de la faim qui résulte de graves carences en un ou plusieurs macronutriments ou micronutriments. Ces carences empêchent le bon fonctionnement de l'organisme, par exemple croissance, grossesse, lactation, travail physique, capacité d'apprendre, résistance à la maladie et guérison.

SOUS-ALIMENTATION. Situation dans laquelle l'apport énergétique d'un individu est continuellement inférieur au minimum requis pour lui permettre de mener une vie pleinement productive, active et saine. Elle est déterminée au moyen d'un indicateur indirect qui consiste à estimer la question de savoir si les aliments disponibles dans un pays sont suffisants pour couvrir les besoins énergétiques (mais pas nécessairement les besoins en protéines, en vitamines et en minéraux) de la population. À la différence de la dénutrition, il ne s'agit pas de l'évaluation d'un résultat effectif.

FAIM IMMÉDIATE. Forme transitoire de la faim, dont les tiraillements d'estomac, qui peut affecter les capacités physiques et mentales à court terme.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE. Situation dans laquelle tous les membres d'une population sont à tout moment à l'abri de la faim. Le concept de sécurité alimentaire permet de mieux comprendre les causes de la faim. La sécurité alimentaire comporte quatre éléments:

- disponibilité (quantité d'aliments disponibles dans une région);
- accès (capacité pour un ménage de se procurer des aliments);
- utilisation (capacité de l'individu de sélectionner, de consommer et d'absorber les nutriments que contiennent les aliments; et
- vulnérabilité (risques matériels, environnementaux, économiques, sociaux et sanitaires qui peuvent affecter la disponibilité, l'accès et l'utilisation des aliments) (PAM, 2002; Webb et Rogers, 2003).

L'insécurité alimentaire, ou l'absence de sécurité alimentaire, est une situation qui suppose soit la faim (par suite de problèmes de disponibilité, d'accès et d'utilisation), soit la vulnérabilité à la faim à l'avenir.

Quelle est la différence entre la faim et la dénutrition?

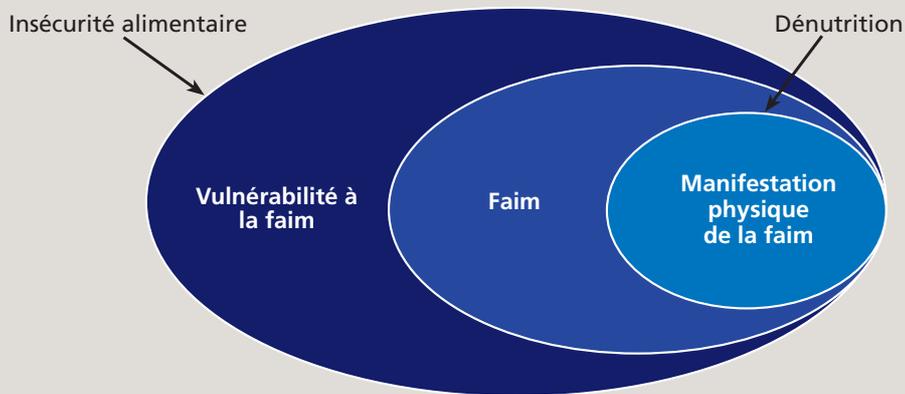
La dénutrition est la manifestation physique de la faim. Elle peut être mesurée au moyen d'indicateurs comme:

- le poids par rapport à l'âge (insuffisance pondérale);
- la taille par rapport à l'âge (retard de croissance); et
- le poids par rapport à la taille (émaciation).

Dans certains cas, la dénutrition peut être causée par la maladie, qui peut influencer l'adéquation de l'apport énergétique ou son absorption par l'organisme (et par conséquent le degré de faim). La maladie affecte l'adéquation de l'apport énergétique en altérant le métabolisme (et en augmentant ainsi l'apport de nutriments requis) et en réduisant l'appétit (ce qui a fréquemment pour effet de réduire les quantités d'aliments consommés). Simultanément, la maladie peut causer des problèmes d'assimilation par le biais de la perte de nutriments (par exemple vomissements, diarrhées) ou en affectant les mécanismes par lesquels l'organisme les absorbe. De ce fait, la maladie aggrave la dénutrition. Il va de soi que la maladie a fréquemment bien d'autres effets graves et débilissants sans rapport direct avec son impact sur la faim.

Comment la faim est-elle liée à la dénutrition et à l'insécurité alimentaire?

La faim, la dénutrition et l'insécurité alimentaire sont des concepts "gigognes". La dénutrition est un aspect de la faim, laquelle est à son tour un aspect de l'insécurité alimentaire (voir le schéma ci-dessous).





Première partie: La faim et la santé dans le monde

La faim et la santé sont intrinsèquement liées. Il est impossible d'améliorer la santé d'une population sans s'attaquer au problème de la faim. La faim conduit à une détérioration de la santé, et bien des causes de la faim contribuent également à la maladie.

La première partie est consacrée à la situation actuelle concernant la faim et la santé et aux progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. **Le chapitre 1** décrit la relation bidirectionnelle qui existe entre la faim et la santé, montrant qu'il est difficile d'améliorer de manière significative la santé d'un individu sans éliminer tous les aspects de la faim. **Le chapitre 2** brosse le tableau d'un monde en proie à la faim et à la maladie, et décrit les groupes les plus vulnérables. Il présente les enjeux du développement, examinant les causes multiples de la faim et de la maladie et le rôle dévastateur des conflits et des catastrophes naturelles qui entravent la réduction de la faim. **Le chapitre 3** fait le point sur les progrès accomplis dans la réalisation des OMD concernant la faim et la santé, montrant que ceux-ci restent insuffisants. **Le chapitre 4** présente les choix que les dirigeants pourront faire pour accélérer les progrès vers la réalisation des OMD.

“Pourquoi la faim persiste-t-elle dans un monde d’abondance? Cette question, qui est l’une des plus grandes de notre temps, se posait déjà autrefois. ... L’histoire de la faim est ancrée dans l’histoire de l’abondance.”

Sara Millman et Robert W. Kates, 1990

L’histoire sociale et économique présente des périodes fascinantes de progrès et de régression. Vues du XXI^e siècle, ces transitions peuvent facilement être considérées comme des avancées remarquables qui ont permis de nourrir le monde et de le protéger contre les maladies. Au cours des 200 dernières années, d’importants progrès ont été accomplis en matière de réduction de la faim. Toutefois, à travers le monde, 854 millions de personnes sous-alimentées continuent à lutter pour leur survie et plus de 16 000 enfants meurent inutilement d’affections liées à la faim. La progression vers un monde libéré de la faim est inégale et il est clair que les progrès accomplis dans la lutte contre la faim et les problèmes de santé qui lui sont associés sont freinés par des obstacles non négligeables.

Plusieurs modèles de développement indiquent que l’amélioration du régime alimentaire et de la nutrition a un effet positif sur la santé et, de là, sur l’équité (Semba, 2001). Toutefois, chaque pays affronte des difficultés particulières en ce qui concerne, d’une part, l’ampleur du phénomène et son type et, d’autre part, les causes des maladies les plus répandues. Les causes corrélatives de la faim et de la maladie sont profondément enracinées dans les conditions sociales, économiques et politiques.

De ce fait, la faim et la mauvaise santé sont fortement liées aux choix politiques et économiques, qui sont eux-mêmes le reflet des priorités budgétaires, de la qualité des services sociaux et des valeurs défendues par la société. Les personnes qui souffrent de la faim, sous quelque forme que ce soit, ne participent pas aux processus de décision et leur cause n’est pas nécessairement bien défendue par les décideurs.

L’édition 2007 de *La faim dans le monde* explore les multiples interactions entre la faim et le mauvais état de santé et montre comment elles affectent le développement des individus – tant physiologique que

psychologique – et celui des pays – tant social qu’économique.

Le problème de la faim donne lieu à de nombreux débats. Néanmoins, il arrive trop souvent que les analyses de la faim soient axées exclusivement sur ses manifestations physiques et décrivent des enfants gravement sous-alimentés au ventre gonflé ou des enfants rachitiques ayant souffert de retards de croissance à certaines périodes critiques de leur vie. Les causes incriminées se limitent souvent à la production d’aliments de mauvaise qualité ou aux faibles revenus qui ne permettent pas aux ménages d’acheter les aliments de qualité dont ils ont besoin. Sans doute ces points sont-ils au cœur du débat sur la faim, mais il est important de souligner qu’il repose sur des connaissances lacunaires. La collection *La faim dans le monde* tente d’éclairer certains points dont le débat ne tient pas compte, la présente édition s’intéressant spécifiquement à la relation qui existe entre la faim et la santé. Elle examine son impact profond sur celle-ci, y compris sur la prévention et le traitement des maladies et accorde une attention particulière à l’absorption et à l’utilisation des nutriments.

Le présent rapport se penche également sur les questions de programmation et sur les actions sanitaires nécessaires pour surmonter la faim: comment faut-il s’y prendre pour harmoniser les interventions visant à réduire la faim et à améliorer la santé et pour mettre en œuvre des actions stratégiques déterminantes afin de limiter l’impact néfaste de la faim sur la santé et le bien-être?

L’édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* montre que les facteurs qui compromettent la santé et aggravent la faim sont généralement bien connus et que des solutions peu coûteuses sont disponibles. Ce rapport lance un appel à l’action et loue les efforts sans précédent déployés au niveau mondial pour lutter contre la faim et la maladie. Il souligne également les nombreuses possibilités permettant de regrouper les ressources dans le contexte de stratégies collaboratives harmonisées établies à l’appui des plans-cadres nationaux et locaux. Cette édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* repose sur cinq conclusions primordiales:

- La faim et la maladie sont des problèmes mondiaux liés.

- Elles touchent de manière disproportionnée les individus les plus pauvres et les plus vulnérables, abrégant inutilement la vie et réduisant la qualité de vie de centaines de millions de personnes.
- Les femmes et les enfants sont particulièrement touchés par la faim et la maladie.
- La maladie et la faim ont un impact sur le développement national, tant actuel que futur.
- La faim et la maladie sont des problèmes solubles; toutefois, les stratégies actuelles ne conduisent pas toujours à des solutions accessibles à tous et durables.

L'édition 2006 de la collection *La faim dans le monde – La faim et la capacité d'apprendre* – posait le principe que les choix politiques ont un impact direct sur la persistance de la faim. Le rapport de 2007 examine de manière plus approfondie l'influence des choix politiques sur les progrès concernant la réduction de la faim et l'amélioration de la santé, et l'absence de prise en considération, lors de ces choix, des processus de marginalisation et des inégalités qui limitent l'accès des plus vulnérables à des aliments et des services de santé de qualité.

Le présent rapport met en relief les gains considérables et solidaires que les individus et les nations peuvent retirer d'investissements dans l'élimination de la faim et l'amélioration de la santé. Il propose une série de mesures concrètes à mettre en œuvre aux niveaux local, national et international. Les nouvelles alliances et approches de partenariat, qui sont de plus en plus courantes dans le contexte de la mondialisation, représentent de nouvelles possibilités d'action. Il est

capital de mobiliser les divers acteurs afin qu'ils puissent œuvrer conjointement dans le même sens, et la collection *La faim dans le monde* apporte à cette fin une contribution modeste. Ce rapport 2007 de la collection *La faim dans le monde* se compose de cinq parties principales:

- **La faim et la santé dans le monde**, qui fait le bilan de la situation mondiale actuelle.
- **La dénutrition et la maladie: impacts tout au long du cycle de la vie**, qui explore la relation bidirectionnelle entre la faim et la santé tout au long du cycle de la vie et identifie les lacunes de connaissances qui, si elles étaient comblées, permettraient de renforcer les efforts déployés actuellement pour atténuer la faim.
- **Le développement national: engagements et choix politiques** qui présente la justification d'un engagement redoublé dans la lutte contre la faim et la maladie. On examine également la part accordée à la réduction de la faim dans les programmes de santé et dans le développement national. En outre, dans cette partie, sont présentées des données montrant qu'il existe des solutions économiquement rationnelles, qui ont eu des effets positifs sur la santé.
- **La marche à suivre: vers un monde libéré de la faim**, qui présente des mesures concrètes pour aller de l'avant en mettant en œuvre des solutions intégrées harmonisées au sein de plans-cadres gouvernementaux.
- Un **recueil de références**, présentant des données à l'appui de ce qui précède.

1.1 La faim, la santé et le bien-être

“La faim est imputable à des causes diverses: à la sécheresse et aux inondations ainsi qu’à d’autres catastrophes naturelles qui réduisent la production alimentaire, mais aussi aux structures sociales hiérarchiques qui, avec leurs règles d’inclusion et d’exclusion, entravent la répartition de la nourriture et des richesses ...”

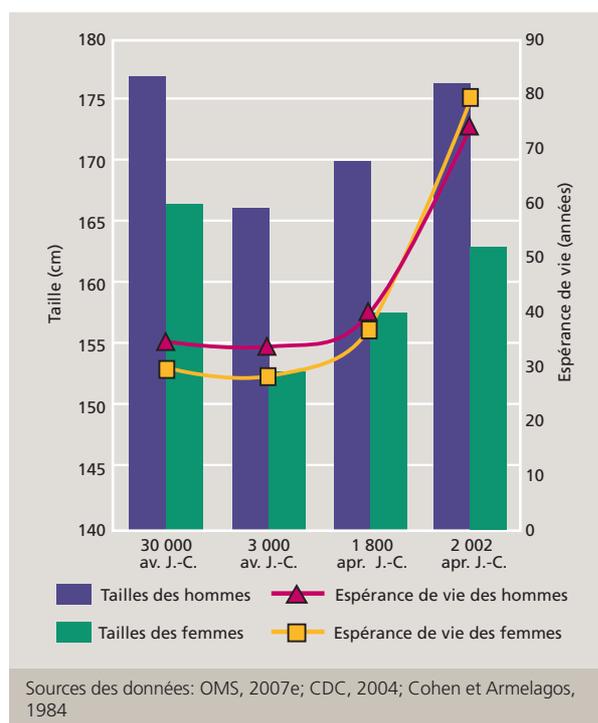
Lucile F. Newman et al., 1990

L’origine de la faim

Depuis leur apparition, les habitants de la planète luttent pour se libérer de la faim, traversant tour à tour des périodes d’abondance et des années de pénurie alimentaire, des cycles de croissance et de déclin. Les chasseurs-cueilleurs du paléolithique supérieur (30 000 à 9 000 av. J.-C.), qui réussirent pendant longtemps à gérer la riche biodiversité de leur environnement, avaient atteint une stature moyenne qui demeure aujourd’hui inégalée.

Au 3^e millénaire av. J.-C., la stature moyenne des hommes et des femmes avait diminué respectivement

Figure 1 – Évolution de la stature moyenne et de l’espérance de vie¹



de 11 cm et 14 cm (Cohen et Armelagos, 1984). Pendant cette période de sédentarisation et de croissance démographique, les régimes alimentaires évoluèrent. On consommait maintenant davantage de céréales provenant, fait important, d’un nombre considérablement plus limité d’espèces végétales et l’on mangeait moins de viande (Barnes, 2007). L’établissement de villages permanents et l’abandon progressif de la chasse et de la cueillette conduisirent au stockage des denrées alimentaires et à une spécialisation des rôles au sein des sociétés. Toutefois, ces mutations entraînèrent parallèlement une stratification sociale et l’apparition de la faim (Milton, 2000).

Outre ce passage du paléolithique au néolithique, de nombreuses autres périodes de transformation eurent des répercussions sur le régime alimentaire et sur la santé au fil du temps. Ces mutations coïncidèrent avec des innovations technologiques, des changements démographiques et des transformations de la société, dont chacune engendra des progrès, mais aussi des pénuries alimentaires et la famine pour certaines couches de la population.

La révolution industrielle des années 1880, autre période de transition, créa de nouvelles richesses et améliora l’état nutritionnel de la bourgeoisie et de l’aristocratie, entraînant une augmentation de l’espérance de vie, qui passa à 40 ans, et de la stature moyenne des femmes et des hommes, qui atteignit environ 1,57 m et 1,70 m, respectivement (Cohen et Armelagos, 1984). Toutefois, dans le même temps, la stratification sociale s’intensifia et ces améliorations ne furent pas ressenties par toutes les couches de la population; au contraire, la marginalisation des classes les plus défavorisées s’accrut encore sous l’effet de la répartition inégale des richesses, et la faim se répandit.

Nous retrouvons les mêmes tendances aujourd’hui dans le contexte de la “transition nutritionnelle” – l’existence simultanée de la suralimentation et la dénutrition. Le monde où nous vivons dispose d’immenses richesses, mais accuse d’énormes disparités et n’assure qu’un accès inégal aux services de santé et à la nourriture, bien que les ressources alimentaires de la planète soient suffisantes pour nourrir tous ses habitants. Dans les pays riches où l’état de santé est bon, la stature des deux sexes et l’espérance de vie ne cessent de croître. Ainsi, dans les

1.1 La faim, la santé et le bien-être

pays développés, l'espérance de vie des hommes et des femmes atteint respectivement 75 et 80 ans, tandis que leur stature moyenne se situe respectivement autour de 1,63 m et 1,76 m (OMS, 2007a, CDC, 2004).

Mais là encore, l'écart entre les pays riches et les pays pauvres est considérable. Dans les pays les plus pauvres, où l'insécurité alimentaire est la plus forte – pays à faible revenu et à déficit vivrier (PFRDV) – l'espérance de vie des hommes et des femmes reste inférieure à 50 ans, en raison des périodes prolongées de pénurie alimentaire, des maladies, des conflits et d'un accès inégal à des soins médicaux de qualité. Par ailleurs, les changements nutritionnels observés actuellement allient une amélioration de l'accès aux produits alimentaires à une détérioration de leur qualité, les taux d'obésité de plus en plus élevés coexistant avec une prévalence encore forte de l'insuffisance pondérale. En outre, la dénutrition foetale augmente le risque de suralimentation chez l'adulte. Une étude menée en Chine a révélé qu'un cinquième des enfants obèses de moins de 9 ans avaient souffert dans leur petite enfance d'un retard de croissance dû à la faim chronique (Banque mondiale, 2006).

Les causes de la faim

La faim est imputable à des causes diverses, des catastrophes naturelles, qui réduisent la production, aux systèmes sociaux hiérarchiques, qui entravent la répartition de la nourriture et des richesses.

Aujourd'hui, les centaines de millions de personnes qui souffrent de la faim sont confrontées à une combinaison de circonstances qui font obstacle à la satisfaction de leurs besoins nutritionnels fondamentaux et perpétuent la faim d'une génération à l'autre. Parmi celles-ci figurent l'évolution des systèmes agricoles, le prix des denrées alimentaires, les revenus, les pénuries alimentaires saisonnières, les préférences alimentaires, la dynamique des cultures et des genres, l'urbanisation, les conflits, les catastrophes naturelles, les changements climatiques et les choix politiques, comme ceux qui privilégient la défense au détriment des dépenses de santé et des filets de protection sociale appuyés par une aide alimentaire. "La production alimentaire mondiale est plus que suffisante pour nourrir toute la planète, mais la faim sévit néanmoins encore dans la plupart des régions du

La stature, indicateur indirect de croissance et de développement

Les données empiriques montrent que la taille des êtres humains donne indirectement une indication de leur bien-être et de leur état de santé. Chez les enfants, la taille peut permettre d'établir la probabilité de survie, et il existe une corrélation entre leur stature et leurs performances futures à l'école et sur le marché du travail. La taille d'un enfant de 4 ans donne une indication fiable de sa taille adulte (Martorell et Habicht, 1986), aussi peut-on considérer que la taille d'un adulte est prédéterminée dès sa petite enfance (Schultz, 2002).

Les premières études de la relation entre la taille et le développement socioéconomique ont été réalisées essentiellement par des médecins et des nutritionnistes, comme Nevin S. Scrimshaw. Celui-ci a observé que les enfants d'Amérique centrale et de Panama étaient de plus petite taille que ceux des États-Unis, et a avancé que "les troubles nutritionnels dont souffre l'enfant après le sevrage entraînent des pertes humaines et économiques très sérieuses pour le pays [...] au niveau de la santé et de la résistance aux maladies, et par conséquent du point de vue des aptitudes à l'apprentissage et au travail" (Scrimshaw *et al.*, 1959).

La relation entre la stature et la productivité a été quantifiée pour la première fois par Spurr, qui a étudié la productivité des coupeurs de canne à sucre (âgés de 18 à 34 ans) et a découvert que la taille, en tant qu'indicateur indirect du passé nutritionnel d'un individu, contribuait de manière positive à la productivité. Les conclusions de Spurr indiquent que la dénutrition exerce un effet négatif important sur les économies sous-développées (Spurr *et al.*, 1977).

monde et demeure une menace constante pour l'humanité" (Salleh, 2001).

Les pénuries alimentaires extrêmes subies par environ 10 pour cent des victimes de la faim sont provoquées par des crises. La situation désespérée des 2 millions de personnes déplacées de la région du Darfour, au Soudan, ne représente qu'une des nombreuses tragédies de la première décennie du nouveau millénaire. Les 90 pour cent restants souffrent de faim chronique – une faim qui les tenaille et ne s'apaise jamais. Les privations qu'ils subissent tant au niveau de la quantité de nourriture que de sa qualité portent souvent atteinte à leur santé. Leurs moyens de subsistance élémentaires se détériorant progressivement, la survie finit par devenir leur

principale préoccupation. Les politiques sociales et économiques ne semblent que pérenniser leur fardeau.

Les ressources consacrées à la réduction de la faim chronique paraissent insignifiantes à côté de celles dont bénéficient les opérations humanitaires. Rien qu'en 2006, le PAM a apporté une aide de 742 millions de dollars É.-U. aux 15 pays les plus gravement touchés par la faim chronique. En revanche, la même année, le PAM a octroyé 558 millions de dollars supplémentaires au Soudan, chiffres qui témoignent des ravages causés par les conflits dans les sociétés, de l'ampleur des ressources requises pour sauver les vies dans les situations de crise et du peu qu'il reste pour combattre la faim chronique.

Ce n'est pas uniquement une question de calories

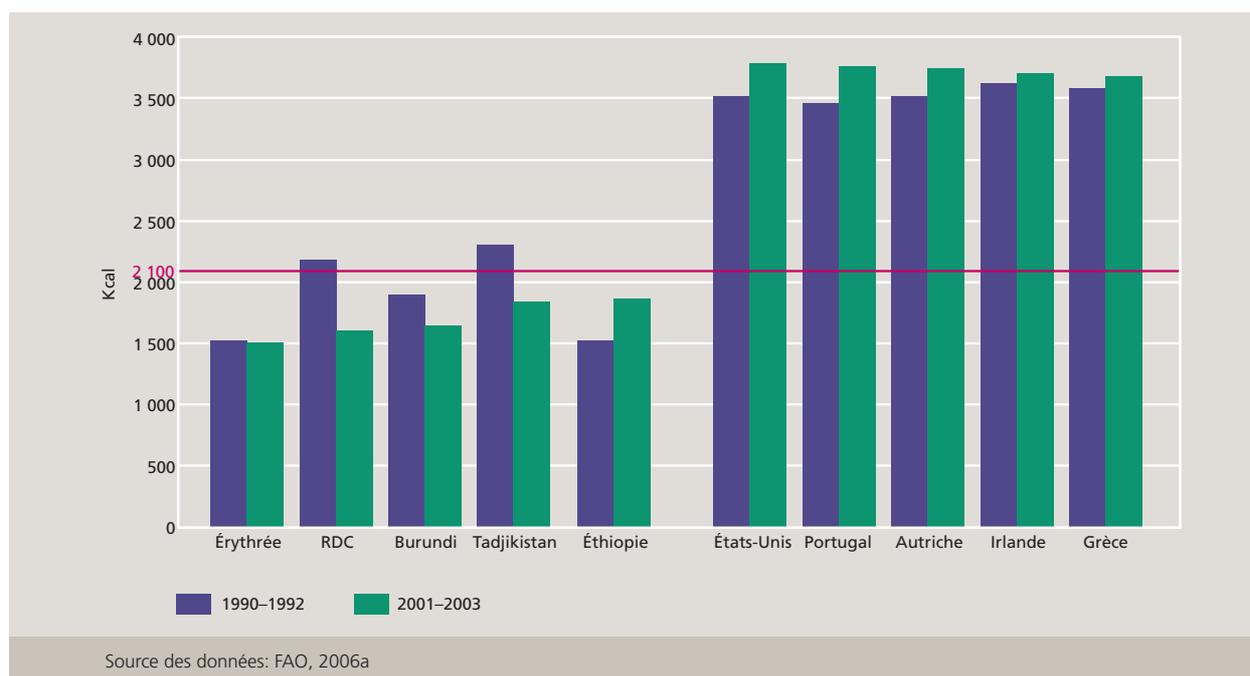
La "faim invisible" touche plus de 2 milliards de personnes, même lorsqu'elles consomment une quantité adéquate de calories et de protéines (Projet du Millénaire de l'Organisation des Nations unies – Équipe spéciale chargée de la lutte contre la faim, 2005). Par faim invisible, on entend une carence en un ou plusieurs micronutriments. Ces carences entraînent de graves problèmes de santé publique car elles affaiblissent le système immunitaire, ouvrant la porte aux infections.

Les mères et les enfants comptent parmi les personnes les plus vulnérables et les plus touchées, bien que toutes puissent connaître une baisse de productivité et une réduction de leurs perspectives socioéconomiques. Comme le reconnaissent les spécialistes de la nutrition, la faim invisible "est une faim qui ne se manifeste pas sous la forme d'un ventre gonflé ou d'un corps émacié, mais qui attaque les fondements de la santé et de la vitalité." (Gautam, 2006).²

Quel est l'apport calorique nécessaire?

Personne ne connaît précisément le nombre de calories que doit consommer un individu pour assurer sa survie, ne pas souffrir de la faim et jouir d'une bonne santé. Toute une série de facteurs interviennent dans la détermination de cet apport énergétique, à commencer par la constitution de la personne en question, l'hostilité de son environnement, son niveau d'activité et son état général. Les habitants des pays tropicaux ont généralement besoin d'un apport énergétique moindre par rapport à ceux de pays dont les hivers sont rigoureux ou qui sont situés à haute altitude. La maladie affecte également le nombre de calories consommées, augmentant d'une part les besoins énergétiques et causant d'autre part une perte d'appétit.

Figure 2 – Consommation journalière par habitant (kcal)



1.1 La faim, la santé et le bien-être

Intermezzo 1: Description générale des carences en micronutriments

La disponibilité et l'absorption de micronutriments constituent deux des facteurs les plus importants pour la santé. "La faim invisible", et plus particulièrement les carences en vitamine A, en fer, en zinc et en acide folique (folates) sont les principales causes de morbidité dans le monde. Les carences en micronutriments et les maladies forment un cercle vicieux. En effet, l'affaiblissement du système immunitaire prédispose les enfants en bas âge à contracter des maladies infectieuses, celles-ci causant à leur tour une diminution de l'appétit et, par suite, une réduction de l'apport alimentaire et un déficit en micronutriments, éléments essentiels pour une croissance et un développement adéquats. Les effets dévastateurs de ces carences, tels que la cécité, l'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, les perturbations du développement cognitif et la perte de productivité sont largement reconnus.

Carence en micronutriments	Charge de morbidité due à la carence
Carence en Vitamine A	Près de 800 000 décès maternels et infantiles sont attribuables à une carence en vitamine A. Cette dernière est responsable de 20 pour cent des décès maternels dans le monde entier. La charge de morbidité due à la carence en vitamine A est la plus élevée en Asie du Sud et en Afrique. <i>Rice et al., 2004</i>
Carence en fer et anémie	La carence en fer est responsable de 18,4 pour cent du nombre total de décès maternels et de 23,5 pour cent des décès périnataux. <i>Sanghvi et al., 2007</i> À l'échelle mondiale, 115 000 décès maternels et 591 000 décès périnataux lui sont imputables. Au total, dans le monde entier, l'anémie par carence en fer est responsable de 814 000 décès. <i>Stoltzfus et al., 2004</i>
Carence en zinc	La prévalence de la carence en zinc au niveau mondial est estimée à 31 pour cent. Elle contribue à un risque accru de maladies infantiles, qui constituent une des principales causes de décès chez les enfants. <i>Caulfield and Black, 2004</i> Selon les estimations, 665 000 décès infantiles, soit 5,5 pour cent du total dénombré, seraient imputables à une carence en zinc. <i>Sanghvi et al., 2007</i>
Carence en acide folique	Une supplémentation adéquate en acide folique réduirait l'incidence des anomalies du tube neural – qui touchent mondialement de 1 à 5 bébés pour 1 000 naissances vivantes, plus de 95 pour cent des cas se produisant lors de la première grossesse. <i>Gupta and Gupta, 2004</i>

Carence en vitamine A

La vitamine A est essentielle pour une croissance saine, notamment chez les nourrissons et les enfants en bas âge. Elle régule un certain nombre de processus biologiques (y compris la croissance, la vue, la reproduction et la différenciation cellulaire).

La vitamine A est indispensable à la vie. Elle doit donc être fournie en quantité suffisante par l'alimentation pour répondre aux besoins physiologiques de l'organisme.

L'analyse des dernières tendances révèle un déclin général de la prévalence de carences graves en vitamine A. Toutefois, de nombreuses études ont montré

que les carences légères étaient relativement répandues dans la plupart des pays en développement. Elles représentent la cause principale de cécité évitable chez les enfants dans ces pays. On admet généralement aujourd'hui que ce problème affecte les femmes des communautés

CARENCE EN VITAMINE A	
Étape du cycle de la vie	Risque pour la santé
Grossesse	Cause de mortalité maternelle.
Nourrissons et enfants en bas âge	Risque accru de décès lors d'une diarrhée, d'une rougeole ou d'autres maladies. Risque accru de cécité, d'otite chronique et de maladies respiratoires.

rurales de bien des pays et qu'il constitue une des principales causes profondes de mortalité maternelle. Les nouveau-nés et les femmes souffrant d'une telle carence courent un risque accru de tomber malade. L'administration de vitamine A aux femmes venant d'accoucher permet d'augmenter l'apport en vitamine A chez le bébé allaité (Basu *et al.*, 2003).

Carence en fer

Le fer est impliqué dans les mécanismes de production d'énergie, puisqu'il intervient dans la formation de l'hémoglobine, le véhicule de l'oxygène dans les globules rouges. La carence en fer est l'un des troubles nutritionnels les plus répandus du monde, sapant la vitalité des jeunes et des personnes âgées, et compromettant le développement cognitif des individus sous-alimentés.

Les groupes à plus haut risque de carence en fer sont les prématurés et les enfants de faible poids à la naissance, les nourrissons et les enfants en phase de croissance rapide, les femmes en âge de procréer, les femmes en préménopause et les femmes enceintes. Il est important que les femmes aient des réserves de fer suffisantes en début de grossesse et qu'elles les maintiennent tout au long de cette grossesse. Les déficits chroniques en fer peuvent aussi être cause d'anémie chez les mères allaitantes (Dugdale, 2001).

L'anémie prédispose les nouveau-nés et les enfants d'âge préscolaire à des risques d'anomalies cognitives et cérébrales dont les effets négatifs sont ressentis tout au long de la vie. Par ailleurs, l'anémie est une des manifestations de l'ankylostomiase.

Carence en acide folique

L'acide folique est un micronutriment critique pour les femmes enceintes et les nouveau-nés car il intervient avec la vitamine B12 dans la formation de globules rouges sains. Contribuant à la réduction du risque d'anomalies neurologiques chez le fœtus, l'acide folique est essentiel au développement du système nerveux du nourrisson (Green, 2002). Si une femme enceinte reste en déficit pondéral durant sa grossesse et souffre d'une carence sévère en folates, le fœtus court un risque accru de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale à la naissance et de retard de croissance (Johnson *et al.*, 2005).

ANÉMIE DUE À LA CARENCE EN FER

Étape du cycle de la vie	Risque pour la santé
Grossesse	Risque accru de retard de croissance intra-utérin, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'accouchement prématuré, ainsi que de morbidité et de mortalité périnatales.
Nourrissons et enfants en bas âge	Développement moteur et coordination compromis; développement du langage et rendement scolaire compromis; effets psychologiques et comportementaux; réduction de l'activité physique; risque accru d'infections respiratoires aiguës.
Enfants d'âge scolaire et adolescents	Réduction de la capacité d'apprentissage; risque accru de maladies respiratoires aiguës.
Adultes et personnes âgées	Perte de productivité et léthargie; risque accru d'infections respiratoires aiguës.

Carence en zinc

La plupart des enfants des pays en développement ne consomment que des quantités infimes de protéines animales – la source alimentaire de zinc présentant la plus haute biodisponibilité – ce qui explique pourquoi ils souffrent si souvent de telles carences.

La carence en zinc provient essentiellement d'apports alimentaires en zinc insuffisants ou de problèmes d'absorption, bien que des déficits importants soient également courants à la suite d'épisodes diarrhéiques. Elle provoque des difficultés au cours de la grossesse et de l'accouchement, l'affaiblissement de la réponse immunitaire, ainsi qu'un risque accru de maladies infectieuses (la carence en zinc est un facteur important qui intervient dans les maladies diarrhéiques, la pneumonie et le paludisme), de déficit pondéral à la naissance et de retard de croissance. Il est donc essentiel que tous les enfants, qui sont généralement exposés à des risques accrus de maladies infectieuses, en reçoivent en quantité suffisante (OMS, 2002).

1.1 La faim, la santé et le bien-être

La plupart des spécialistes s'accordent pour reconnaître qu'un apport journalier de 2 100 kcal est suffisant pour la majeure partie des êtres humains; c'est la valeur de référence pour l'apport énergétique moyen. Toutefois, la consommation moyenne réelle de calories varie considérablement d'un pays à l'autre. Les Américains ont accès à 3 800 kcal par jour, en moyenne. En Érythrée, l'apport énergétique journalier se situe autour de 1 520 kcal, soit moins de la moitié de la consommation américaine.

Si l'on se place dans un autre contexte, les rations alimentaires fournies aux réfugiés d'un camp au Kenya assurent un apport journalier de 2 100 kcal (PAM, 2007). Les organisations humanitaires ont abandonné leur politique des années 70 qui consistait à fournir des rations "de survie" assurant un apport énergétique de 1 200 kcal à 1 800 kcal, pour adopter dans les années 80 des "normes minimales" spécifiant un apport journalier de 1 900 kcal, et arriver enfin à la valeur cible de 2 100 kcal par jour dans les années 90. Bien qu'elle ne soit pas toujours respectée, cette ration recommandée de 2 100 kcal par jour représente un seuil minimum.

Indépendamment du niveau minimal d'apport calorique, les conséquences pour un enfant ou un adulte qui n'est pas en mesure de s'alimenter correctement et qui consomme moins de calories qu'il n'en dépense sont claires. Ce déséquilibre, s'il persiste, oblige le corps à puiser dans ses propres ressources et à consommer ses propres tissus pour y trouver l'énergie nécessaire à sa survie, affaiblissant progressivement ses défenses et ouvrant la porte aux maladies (Russell, 2005).

Un anthropologue qui travaillait auprès des Bantous du Sud dans les années 30 a avancé une première notion de la faim: "La faim conduit tout d'abord l'organisme à concentrer toute son énergie sur la nécessité de se procurer à manger. Chaque pensée, chaque émotion de l'individu affamé est fixée sur ce besoin fondamental. Le fait de ne pas pouvoir se nourrir en quantité suffisante affaiblit progressivement la vitalité de l'organisme" (Richards, 2003).³

La faim, conçue dans son sens large, ne se limite pas aux déficits caloriques immédiats ou aux effets physiologiques d'une famine prolongée. Elle englobe les aspects socioéconomiques, prenant en

Qu'est-ce que la santé?

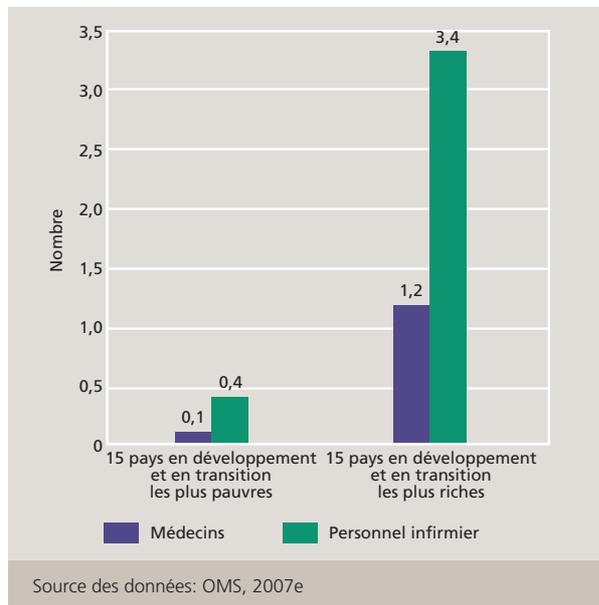
L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Ce bien-être complet permet aux individus de mener une vie productive tant sur le plan social qu'économique. Reconnaisant les enjeux uniques que présente la lutte contre la maladie dans un monde inéquitable où règne l'inégalité, ce concept replace la santé dans le contexte des droits de l'individu et dans celui de la responsabilité de la communauté internationale concernant leur respect. Dans cette perspective élargie, la santé englobe les aspects aussi bien physiques que mentaux. Ces valeurs de la Santé pour tous, qui forment la base de chacun des aspects des politiques de santé, reposent sur quatre éléments clés (Yach, 1998):

- reconnaissance du droit au niveau de santé le plus élevé possible comme droit humain fondamental;
- application continue et renforcée des principes d'éthique aux politiques de santé, à la recherche et à la prestation de services;
- mise en œuvre de politiques axées sur l'équité; et
- intégration de la problématique hommes-femmes aux politiques et stratégies relatives à la santé.

considération la production alimentaire et l'accès à la nourriture, l'absorption et l'utilisation des nutriments, ainsi que les pratiques alimentaires et de puériculture. Cette conception, qui est basée sur plus de 35 définitions ou conceptualisations de la faim issues de la recherche appliquée, a pour but de nous permettre, collectivement, de mieux comprendre pourquoi certains souffrent de la faim. Elle explique également ce que doivent faire les gouvernements du monde pour relever le défi de faire en sorte que tous les citoyens aient accès à des aliments de qualité en quantité suffisante et soient libérés de la faim.

L'apport énergétique affecte l'humeur, le comportement et les fonctions cérébrales, bien que ces effets soient difficiles à quantifier. Les personnes affligées par la faim peuvent se sentir irritables, agitées, apathiques ou sujettes à des sautes d'humeur pendant une période prolongée. Les carences en plusieurs nutriments, plutôt qu'en un seul, provoquent des changements au niveau des fonctions cérébrales et, si elles se prolongent, peuvent causer des lésions cérébrales.

Figure 3 – Nombre de professionnels de la santé dans les pays en développement et en transition (par millier d'habitants)



L'incidence de troubles de la santé mentale a considérablement augmenté dans les pays en développement, où ces affections constituent une cause émergente de morbidité. Les enfants sont plus vulnérables aux chocs que les adultes du fait de la sensibilité de leur système neurologique immature.

Ces chocs peuvent être produits par des événements traumatisants directement vécus, comme la guerre ou la famine, ou par des causes moins évidentes, telles qu'un retard de croissance ou une dénutrition sévère conduisant à des troubles cognitifs (Margallo, 2005).

La santé et le bien-être d'un individu sont directement liés à l'élimination de la faim (Holben, 2005).

La santé et le bien-être

Au cours des 50 dernières années, le monde a été témoin de progrès sans précédent dans le domaine de la santé. Globalement, on a assisté à un déclin marqué du taux de mortalité infantile, le niveau de vaccination des enfants a augmenté considérablement et l'accès aux services de santé primaires, à l'eau et à l'assainissement, continue de s'améliorer, malgré un ralentissement des progrès au cours de la dernière décennie. Bien des

aspects physiques de la santé se sont considérablement améliorés: les gens vivent plus longtemps et l'on constate, au niveau mondial, une amélioration de la santé des enfants et des jeunes adultes.

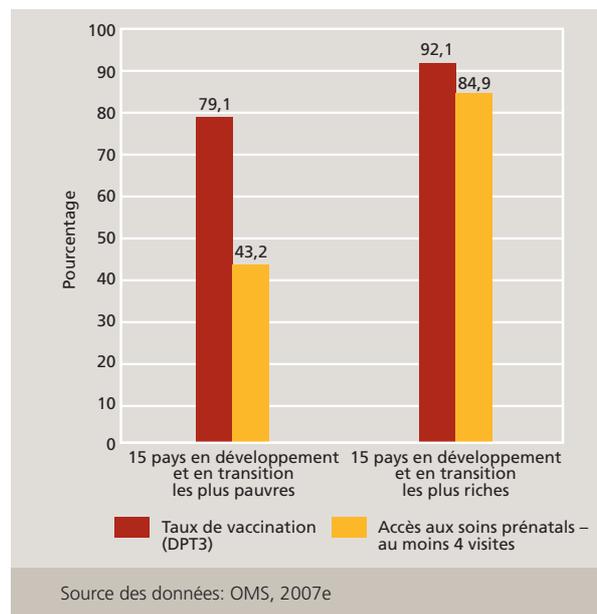
Des améliorations – mais les progrès sont irréguliers

Malgré les avancées rapides en matière de santé, les progrès demeurent irréguliers, particulièrement pour les populations pauvres et marginalisées. Par exemple, près de 10 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année (généralement de maladies évitables comme la pneumonie et la diarrhée) et le paludisme cause un décès infantile toutes les 30 secondes quelque part dans le monde, les pays pauvres étant disproportionnellement touchés.

Moins de 60 pour cent des enfants de l'Afrique subsaharienne sont immunisés contre les maladies guérissables (UNICEF, 2006b).

Étrangement, le nombre de décès maternels demeure à un taux inacceptable. En Afrique subsaharienne, dans l'ensemble, 1 femme sur 16 meurt de causes liées à la grossesse (UNFPA, 2005). C'est dans les zones rurales que l'on observe les disparités les plus marquées dans la mise en place de conditions favorables au bon déroulement de la maternité et à un

Figure 4 – Accès aux services de santé dans les pays en développement et en transition



1.1 La faim, la santé et le bien-être

accès adéquat à des services de santé. Par exemple, dans les villes, les femmes enceintes ont trois fois plus de chances de bénéficier de l'assistance de professionnels qualifiés que dans les régions rurales. Cette tendance est particulièrement évidente dans les pays de l'Afrique subsaharienne, où le taux d'exode des professionnels de la santé est le plus élevé du monde. Les pays d'Afrique comptent moins de 5 pour cent des professionnels de la santé, et les pays de l'Asie du Sud-Est moins de 15 pour cent (OMS, 2006).

Des problèmes persistent

Des problèmes persistent malgré les investissements énormes et les progrès impressionnants accomplis dans le domaine de la santé au cours des dernières décennies. Les pauvres souffrant de la faim ne sont pas en général les principaux bénéficiaires des améliorations. Pour élaborer des politiques adaptées, il faut intégrer la santé aux volets portant sur la faim et d'autres obstacles au développement touchant les pauvres.

La relation faim-santé

La faim et la santé sont intrinsèquement liées: il est impossible d'améliorer la santé d'une population sans s'attaquer au problème de la faim. La faim conduit à une détérioration de la santé, et bien des causes de la faim contribuent également à la maladie.

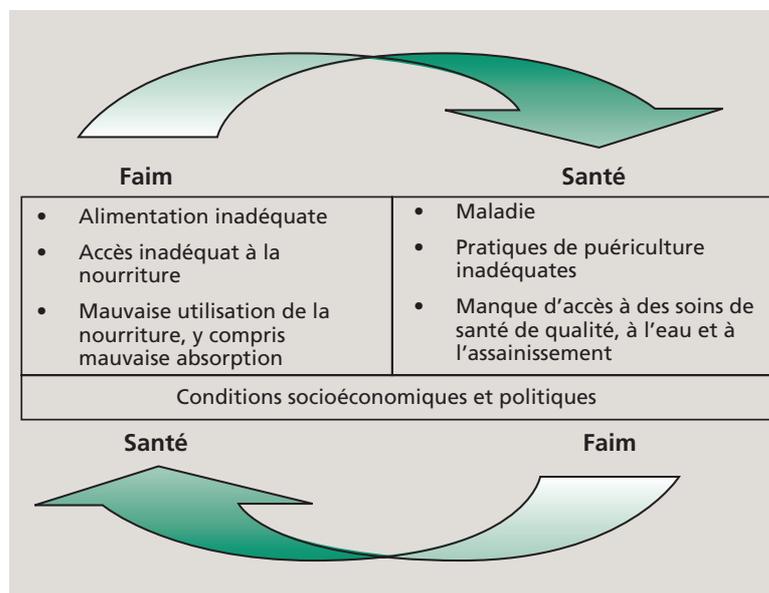
La faim conduit à une perte d'énergie, à l'affaiblissement du système immunitaire et à une augmentation de la vulnérabilité à la maladie.

La relation bidirectionnelle reliant la faim et la maladie résulte de facteurs qui découlent les uns des autres (Schroeder, 2001). Les causes les plus immédiates de la faim sont une alimentation inadéquate et la maladie; celles-ci sont étroitement liées à l'accès à la nourriture et à l'utilisation de celle-ci, qui ont des liens avec les pratiques de puériculture, ainsi qu'avec le manque d'accès à l'eau propre et à l'assainissement. Par exemple, il est difficile pour une mère en mauvaise santé de s'occuper adéquatement de ses enfants. Enfin, l'environnement socioéconomique et politique influe sur les causes profondes de la faim et de la maladie.

La faim augmente la gravité des maladies infectieuses et par conséquent le risque d'en mourir. Ne pouvant utiliser correctement les nutriments, les personnes malades s'affaiblissent, ce qui compromet leur réponse immunitaire face aux infections.

La faim et la maladie engendrent également diverses conséquences sociales et économiques et, ce faisant, renforcent encore la pauvreté et l'injustice. La faim et la maladie réduisent considérablement la capacité d'apprendre et de travailler, entraînent une diminution de la productivité, et rendent les individus dépendants.

Figure 5 — Les déterminants de la faim et de la santé



L'augmentation vertigineuse des dépenses de santé entame les revenus des ménages pauvres qui n'ont plus alors les moyens d'acheter des vivres en quantités suffisantes, ce qui porte atteinte à leur niveau de vie. Les études réalisées auprès des ménages et dans les villages indiquent que la maladie représente l'un des pires coups durs pour la formation du revenu et l'une des principales causes de la chute des ménages dans la pauvreté (Krishna *et al.*, 2004).

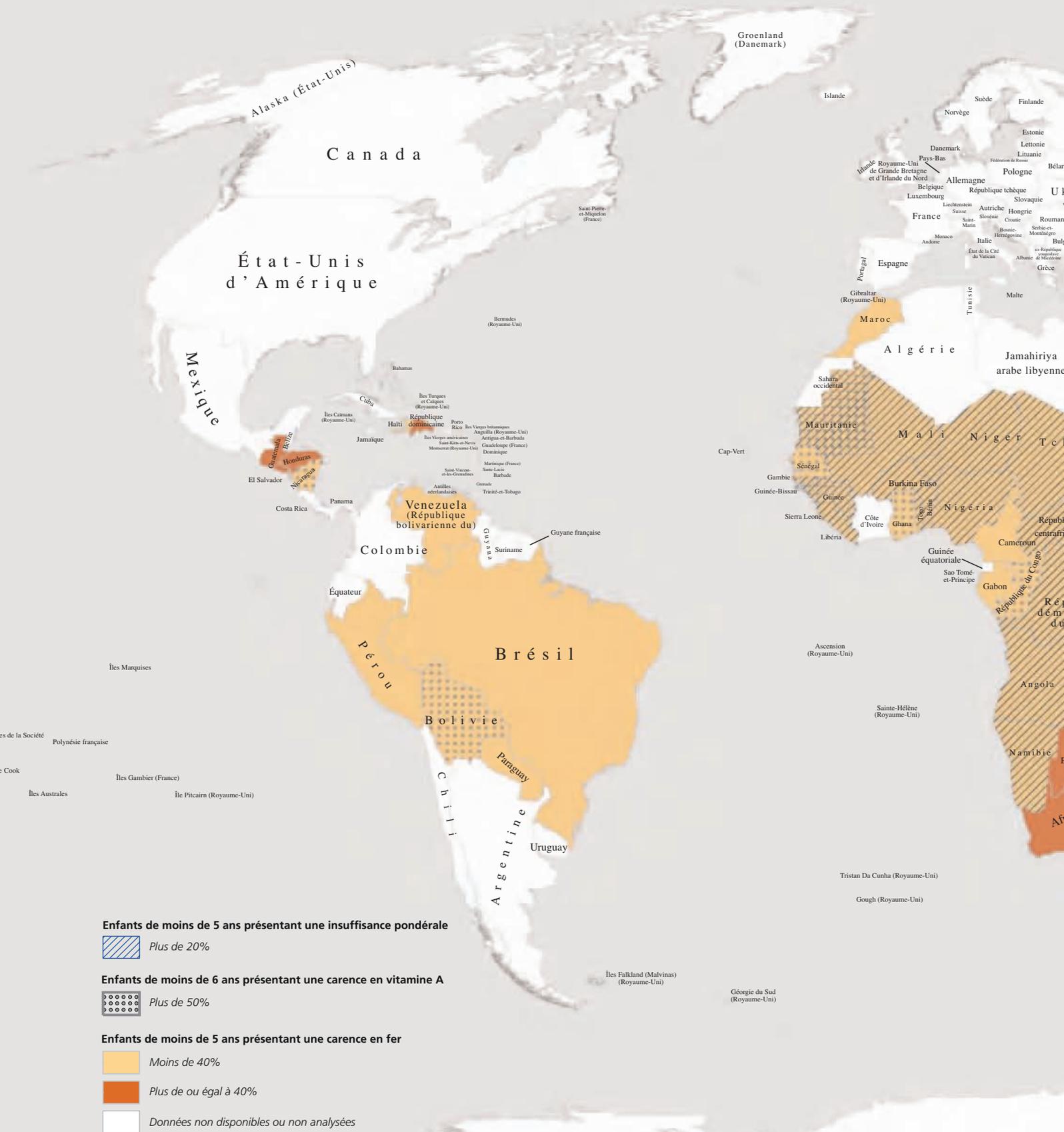
La faim et la maladie augmentent le recours à des mécanismes d'adaptation à risques. Le manque d'accès à des denrées alimentaires et l'accumulation des frais de santé créent rapidement un besoin urgent d'argent. L'un des mécanismes d'adaptation consiste à réduire la quantité et la qualité des denrées consommées, soit pour la famille tout entière, soit pour certains de ses membres. Confrontés à ces situations d'urgence, les ménages pauvres, ne disposant que de peu d'argent, peuvent être contraints de vendre des terres ou du matériel essentiel à la production de leur nourriture ou au maintien de leurs moyens de subsistance. Il est courant

aussi de sortir les enfants de l'école et de les envoyer travailler, les privant ainsi de l'acquisition des compétences nécessaires pour éviter un avenir de pauvreté (PAM, 2006b). Certains se lancent dans des activités qui augmentent la vulnérabilité aux maladies infectieuses, comme par exemple le commerce du sexe.

Lorsque la faim et la maladie affligent une famille, ce sont les jeunes enfants qui sont les plus touchés; ils souffrent à un plus haut degré des effets conjugués du manque de nourriture, de soins inadéquats et d'une vulnérabilité accrue aux maladies infectieuses. Aussi, pour comprendre la relation entre la faim et la maladie, faut-il l'examiner dans la perspective du long terme: ce qui se produit à un stade de la vie affecte les stades suivants, et ce qui arrive à une génération touche la suivante.

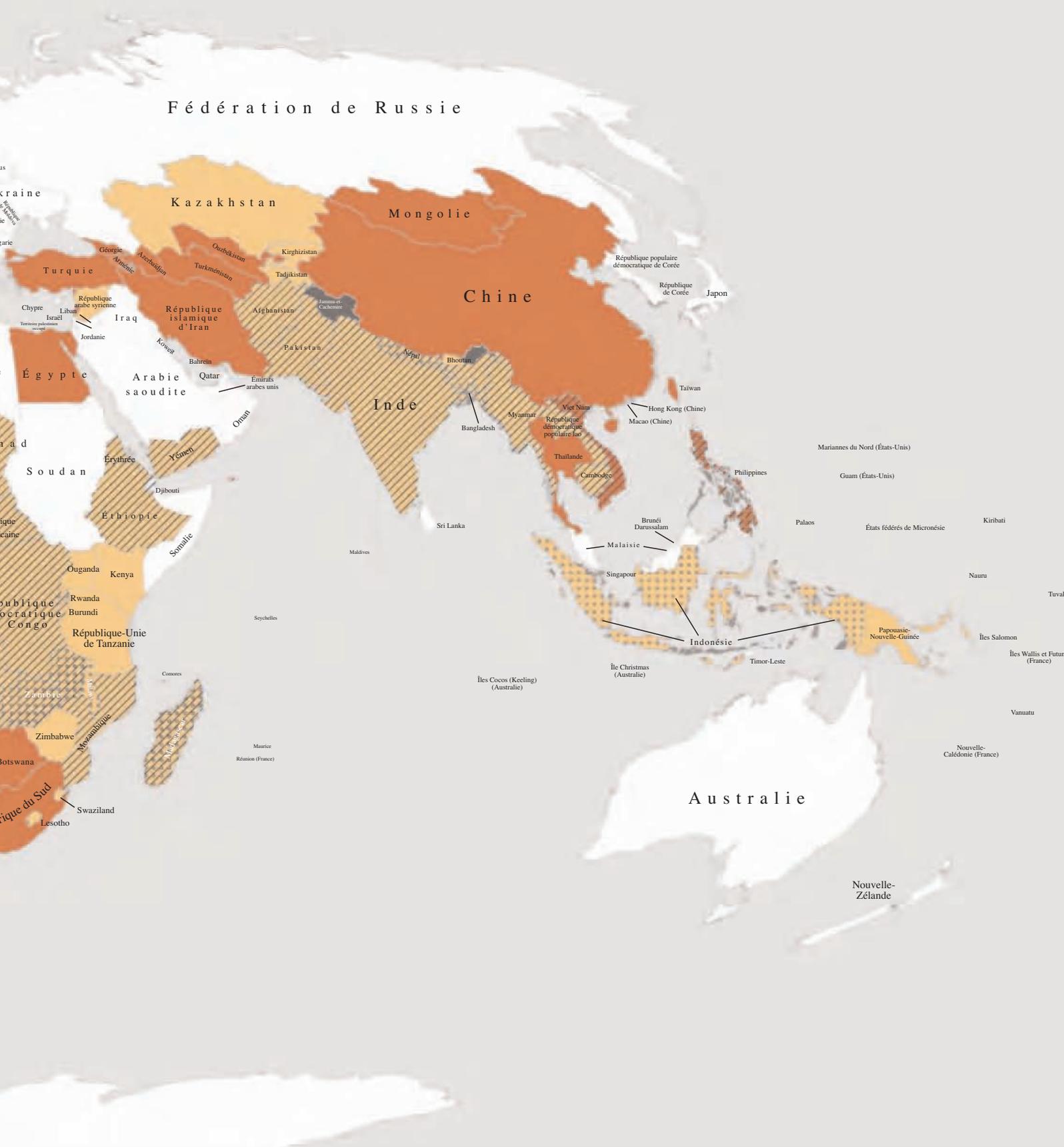
L'analyse de la relation entre la santé et la faim tout au long du cycle de la vie constitue l'un des objets de ce rapport.

Carte 1 – La faim invisible dans le monde



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Sources des données: OMS, 2007; L'Initiative Micronutriments et UNICEF, 2004



1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?

“Les enfants sont des messages vivants que nous adressons à une époque que nous ne connaissons pas”

John W. Whitehead, 1983

Des inégalités demeurent devant la faim et la santé, dont le fardeau est supporté essentiellement par les populations pauvres marginalisées, d'autres disparités pouvant être observées selon le sexe, l'âge et l'ethnicité. La faim et la maladie peuvent avoir un impact profond sur le cycle de la vie lorsque plusieurs générations sont touchées. Les femmes sous-alimentées risquent davantage de mettre au monde des bébés de faible poids, lesquels ont à leur tour moins de chances de survivre et seront plus vulnérables aux maladies tout au long de leur vie (McCormick, 1985; Barker, 1998). Les effets cumulés de la faim et de la maladie durant l'enfance se font ressentir plus tard dans la vie, comme le prouve la prévalence parmi les adultes de carences en micronutriments, de maladies chroniques comme le diabète et l'obésité, de l'hypertension et d'autres troubles. Aussi la faim a-t-elle des incidences sur l'ensemble du cycle de la vie, depuis la conception jusqu'à la vieillesse, la formation de capital humain et le bien-être étant compromis à chaque stade.

Les femmes et les mères

L'accès des femmes aux ressources sanitaires de base, dont les services de soins primaires pour la prévention et le traitement des maladies, est variable et inégal. Trop souvent, on n'accorde pas la priorité voulue à la santé des femmes, ni à leurs besoins nutritionnels. Par ailleurs, leur manque de participation aux processus décisionnels, au sein du ménage comme au niveau local, fait obstacle à la satisfaction de leurs besoins nutritionnels et sanitaires. Il arrive souvent qu'elles ne bénéficient pas d'une alimentation suffisante pour leur croissance, leur développement et leur survie personnels.

Les besoins nutritionnels et sanitaires des femmes en âge de procréer sont plus importants que ceux des femmes d'autres tranches d'âge et des hommes, en raison, essentiellement, des exigences physiologiques de la grossesse et de l'accouchement. Paradoxalement,

les préjugés culturels et sociaux conduisent souvent à présumer que les femmes ont des besoins nutritionnels moindres. De ce fait, on a tendance à sous-estimer leurs activités physiques et les calories qu'elles dépensent, d'où l'observation "les femmes mangent moins et après les autres". On n'accorde souvent aucune considération aux besoins en micronutriments des femmes, en particulier de celles qui sont en âge de procréer.

L'alimentation d'une femme durant sa grossesse aura un impact sur la croissance et le développement de l'enfant qu'elle porte et se fera sentir durant toute la vie de celui-ci. On a démontré que la stature des mères, leur état nutritionnel avant et pendant la grossesse et leur gain de poids exerçaient une influence significative sur la croissance et le développement du fœtus. La petite taille d'une femme, lorsqu'elle est une manifestation d'une sous-alimentation antérieure, a été associée à un risque accru d'accouchement prématuré et difficile (Siega-Riz et al., 1994; Nestel, 2000). Les maladies subies par la mère durant sa grossesse portent aussi atteinte au développement du fœtus, notamment les maladies diarrhéiques, le paludisme, ou encore les infections parasitaires ou respiratoires.

La persistance d'un taux élevé de mortalité maternelle dans les pays en développement a été attribuée à trois "retards": le retard à détecter la gravité des complications et la nécessité d'une assistance; les limitations en matière de transport qui rendent difficile le transfert à un centre de soins équipé pour les urgences obstétriques; et les retards au niveau des traitements en raison du manque de personnel soignant qualifié ainsi que de médicaments ou de matériel susceptibles de sauver leur vie (Global Health Council, 2007).

L'élimination de la faim chez les femmes et les mères est un point de départ essentiel si l'on veut rompre le cycle intergénérationnel de la faim.

Les nourrissons et les enfants en bas âge

Entre 6 mois et 3 ans les enfants sont particulièrement vulnérables à la faim. Cette vulnérabilité augmente

La faim et la maladie depuis la naissance: facteurs typiques

- Les femmes enceintes et les mères allaitantes consomment trop peu de calories et de protéines, souffrent d'infections non traitées qui conduisent à une insuffisance pondérale chez le nouveau-né, ou ne se reposent pas suffisamment.
- Les mères disposent de trop peu de temps pour prendre soin de leurs enfants en bas âge ou d'elles-mêmes au cours de leur grossesse.
- Les mères de nouveau-nés se débarrassent du colostrum, le premier lait maternel, qui renforce le système immunitaire de l'enfant.
- Les mères donnent aux enfants de moins de 6 mois des aliments autres que le lait maternel, bien que l'allaitement exclusif au sein soit la meilleure source de nutriments et offre une protection optimale contre de nombreuses infections et maladies chroniques.
- Les personnes qui s'occupent des enfants commencent à introduire des aliments solides complémentaires trop tard.
- Les personnes qui s'occupent des enfants donnent trop peu à manger aux moins de 2 ans, ou leur donnent des aliments qui ne sont pas suffisamment énergétiques.
- Même si les ménages disposent de nourriture, les besoins des femmes et des enfants en bas âge ne sont pas satisfaits, en raison de la répartition inadéquate des vivres, et leur régime alimentaire leur apporte rarement des quantités suffisantes de micronutriments ou de protéines.
- Les personnes qui s'occupent des enfants ne savent pas comment les nourrir pendant et après un épisode diarrhéique ou la fièvre.
- En raison de mauvaises pratiques d'hygiène, la nourriture est contaminée par les bactéries ou les parasites.

Source: Banque mondiale, 2006

avec la réduction de la consommation de lait maternel et l'introduction d'une alimentation complémentaire (Banque mondiale, 2006). La quantité et la qualité de l'alimentation à ce stade critique sont capitales pour la croissance de l'enfant.

Les pratiques de puériculture sont le pendant essentiel de l'alimentation que reçoit un enfant. Celles-ci sont assurées dans la plupart des cas, bien que pas exclusivement, par les femmes; elles couvrent la préparation et le stockage des aliments, l'allaitement maternel et l'alimentation des enfants en très bas âge, mais aussi les pratiques d'hygiène, un comportement privilégiant la santé et la stimulation psychosociale des enfants (Engle, 1999). L'allaitement maternel est d'une importance critique puisqu'il assure à l'enfant une nourriture (le lait maternel), la santé (transfert d'une immunité active) et une attention (éveil et sécurité) (Lindstrand *et al.*, 2006).

L'accès aux ressources est un autre élément critique. Lorsque les femmes gèrent le revenu du ménage, par

exemple, il est possible qu'elles en allouent une plus grande part à l'alimentation des enfants. Le temps que les mères consacrent aux enfants est également important. L'effet qu'exerce le travail d'une mère sur l'alimentation d'un enfant dépend de plusieurs facteurs, dont la disponibilité d'autres personnes en mesure de s'occuper d'eux.

Il importe d'intervenir en priorité auprès des nourrissons et des enfants en bas âge si l'on veut rompre le cycle de la faim.

Enfants d'âge scolaire et adolescents

Dans les pays en développement, un fort pourcentage d'enfants de moins de 5 ans sont de petite taille. Ce problème touche un enfant sur trois, soit un total estimé à 178 millions (OMS, 2007e). Les enfants ont peu de chances de pouvoir rattraper ce retard durant leur enfance et leur adolescence, particulièrement s'ils restent dans le même environnement.

Comme l'explique le rapport 2006 de la collection *La faim dans le monde*, les problèmes de santé et de nutrition qu'un individu a subis dans sa petite enfance se répercutent également sur son développement cognitif et sa performance scolaire, les conséquences négatives se poursuivant jusque à l'âge adulte.

L'adolescence est marquée par un développement physique, psychologique et cognitif intense. Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la faim en raison des effets conjugués de l'activité physique, de mauvaises habitudes alimentaires ou d'un manque d'accès à des aliments nutritifs, et d'un accès inégal à des moyens de subsistance sûrs et améliorés. Toutefois, par rapport aux enfants de moins de 5 ans, les adolescents connaissent des taux de morbidité

De 10 à 19 ans

Les adolescents, qui ont entre 10 et 19 ans, représentent 20 pour cent de la population mondiale (OMS, UNFPA et UNICEF, 1995).

1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?

L'insuffisance pondérale chez les adolescentes

Il est possible que les adolescentes souffrant d'insuffisance pondérale n'aient pas fini de se développer avant leur première grossesse. Les adolescentes qui n'ont pas achevé leur croissance risquent de donner naissance à des bébés plus petits que les femmes matures dont l'alimentation est similaire en raison d'un moins bon fonctionnement du placenta et de la compétition nutritionnelle qui oppose l'adolescente et le fœtus en pleine croissance (Gillespie, 2001).

inférieurs, sont moins vulnérables aux maladies et souffrent moins d'affections mettant en jeu le pronostic vital.

La santé des adolescents est inextricablement liée au problème de la faim, notamment lorsque:

- la transition nutritionnelle est associée à des taux croissants d'obésité et de maladies chroniques;
- les conflits et la guerre sévissent et les adolescents sont recrutés comme soldats ou rejoignent les rangs de groupes rebelles et les adolescentes sont violées ou contraintes à l'esclavage sexuel;
- la pandémie du sida s'est répandue de manière incontrôlée; le sort déplorable des orphelins du sida, manifestation tragique de la pandémie mondiale, mérite une attention particulière. Ces enfants sont à la merci de divers risques nutritionnels, sanitaires, psychosociaux et économiques;
- la rapide urbanisation qui se produit dans les pays en développement conduit à une augmentation des bidonvilles et, chez les jeunes, à des taux élevés de chômage, de suicide et de criminalité (Blum, 1991).
- la traite des êtres humains, la plupart du temps pour le commerce du sexe et les travaux ménagers, est très répandue.

L'adolescence représente un stade d'intervention crucial du point de vue de la faim et de la santé – c'est une période où des progrès considérables peuvent être accomplis en ce qui concerne l'amélioration de la santé maternelle et infantile et l'établissement des bases requises pour une vie adulte saine.

Les personnes âgées

Le XXe siècle a connu une évolution mondiale sans précédent, marquée par une chute des taux de mortalité et le passage de taux de natalité élevés à de faibles taux de fécondité. La longévité a progressé, mais les personnes âgées sont soumises à des contraintes du fait de la diminution de leur taux d'activité. Lorsque ces contraintes sont d'ordre financier, elles peuvent conduire à une diminution de la nourriture disponible et à une baisse de sa qualité. Les personnes vieillissantes se heurtent également à une stigmatisation sociale qui les empêche d'accéder à des soins de santé au moment voulu. Cela peut leur nuire car leurs besoins dans ce domaine sont généralement plus grands et leur système immunitaire moins efficace. Elles sont de ce fait plus vulnérables à de nouvelles infections.

Des études effectuées par la London School of Hygiene and Tropical Medicine et HelpAge International ont révélé une forte prévalence de la dénutrition chez les adultes vieillissants; les taux les plus élevés ont été relevés parmi les personnes très âgées de l'Inde, du Malawi et du Rwanda (Ismail et Manandhar, 1999). Par ailleurs, on connaît très mal l'état micronutritionnel des personnes âgées dans les pays en développement. Le type de problème nutritionnel qui touche les personnes âgées dépend de la prospérité relative du pays, de la répartition des ressources économiques et de la mesure dans laquelle les ressources publiques sont utilisées pour la mise en œuvre de programmes de santé et d'aide sociale, en particulier ceux qui s'attaquent aux problèmes nutritionnels (Bermudez et Dwyer, 1999).

L'évolution du rôle des grands-parents peut nuire à leur santé et à leur état nutritionnel. Dans les ménages pauvres, les grands-parents ont tendance à répartir les ressources de manière à satisfaire les besoins essentiels de leurs petits-enfants plutôt que les leurs. Aussi le risque de maladie et d'alimentation inadéquate augmente-t-il parmi les membres les plus âgés de la famille.

Les personnes âgées sont moins en mesure de soigner leurs enfants et leur famille élargie. Et pourtant, c'est souvent à elles, qui n'ont plus la force d'assumer des responsabilités supplémentaires, que revient la tâche de soigner ceux qui souffrent du VIH/sida. Les femmes

âgées notamment jouent un rôle critique dans l'éducation des orphelins du sida (UNICEF, 2004).

Il importe de ne pas oublier les personnes âgées lors de la conception d'interventions visant à lutter contre la faim et à améliorer la santé.

Les réfugiés et les populations déplacées

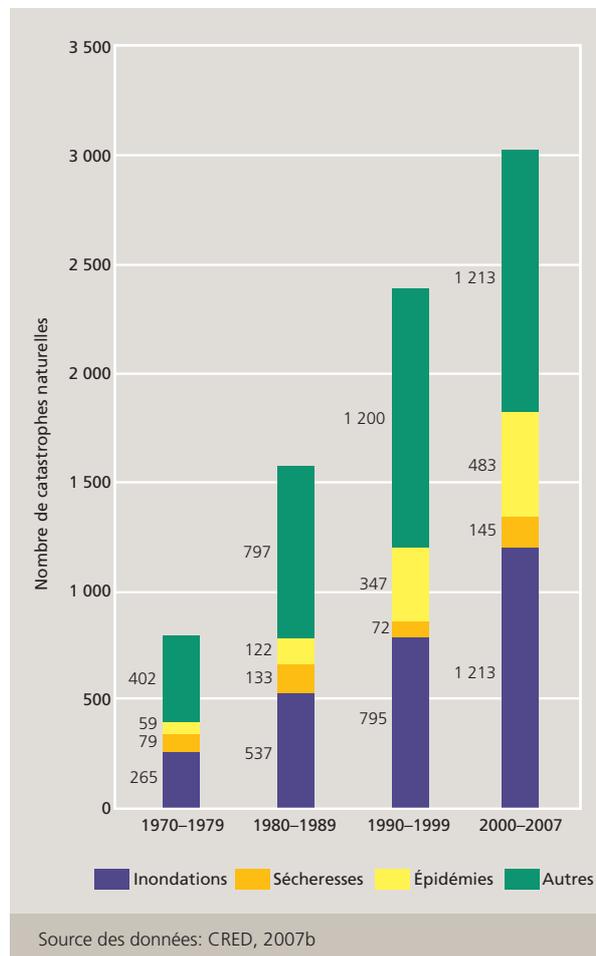
Environ 3 300 catastrophes naturelles se sont produites entre 2000 et 2007. Rien qu'en 2006, plus de 143 millions de personnes ont été touchées par 426 catastrophes naturelles (CRED, 2007a). Les conflits font aussi leurs ravages: 20,8 millions de personnes, principalement en Afrique et en Asie, sont encore déplacées. Sur les dix pays du monde connaissant les taux de mortalité les plus élevés chez les enfants de moins de 5 ans, sept sont touchés par des conflits ou victimes de leurs retombées (UNICEF, 2006b). L'impact réel et potentiel de ces crises est énorme; la souffrance humaine est immense et le revenu national brut chute.

Les conflits et les catastrophes naturelles perturbent l'approvisionnement en vivres et les services de santé et provoquent la défaillance des systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement. Ils suscitent également de hauts niveaux de stress au sein des familles et des communautés. Contraints d'abandonner leurs terres, leurs moyens de subsistance et leurs biens et dans l'impossibilité de satisfaire à leurs propres besoins alimentaires et sanitaires, les réfugiés et les populations déplacées comptent parmi les plus vulnérables.

L'accès à des services pleinement adéquats n'est pas non plus garanti aux personnes déplacées, ni aux réfugiés des camps. Dans de nombreux cas, leur état nutritionnel et leur santé se détériorent en raison de la mauvaise qualité de l'hébergement, du surpeuplement, de la pénurie de médicaments et de l'insuffisance des services d'adduction d'eau et d'assainissement.

Les décès sont rarement directement liés aux pénuries alimentaires mais résultent plutôt, en général, de l'interaction entre les maladies infectieuses et l'état de dénutrition préexistant. En effet, le manque de nourriture contribue à la mortalité, car les carences en

Figure 6 – Les catastrophes naturelles dans le monde



nutriments rendent plus vulnérables aux récurrences ou à des épisodes plus graves des maladies. Le regroupement des populations, en particulier de populations rurales, les expose parfois à des maladies infectieuses contre lesquelles elles n'ont pas acquis d'immunité. Il est essentiel d'éviter les mouvements de population de grande ampleur pour prévenir la faim, la maladie, la perte de moyens de subsistance et la souffrance humaine. La rougeole, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la dénutrition constituent les principales causes de morbidité et de mortalité parmi les réfugiés (Mason, 2002). Elles représentent régulièrement de 60 à 95 pour cent des causes de décès constatées parmi les populations déplacées (Waldman, 2005).

En accordant une attention étroite au problème de la faim dans le cadre de mesures d'alerte rapide, de secours et de reconstruction, on contribuera à améliorer les résultats des actions humanitaires. Il est critique de connaître l'état nutritionnel initial de la

1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?

population touchée pour pouvoir éviter les risques de morbidité et de mortalité associés à la faim. De plus, les mesures visant à améliorer la nutrition et la couverture des services de santé peuvent atténuer la vulnérabilité aux maladies et à la mort en période de crise.

La surveillance nutritionnelle pratiquée dans le cadre d'efforts de prévention des crises et d'atténuation des catastrophes permet d'identifier les zones géographiques les plus vulnérables et de cibler efficacement l'aide lorsque la population est touchée.

Les populations autochtones

Bien que l'état nutritionnel et l'espérance de vie se soient améliorés dans les pays en développement, les populations autochtones ont perdu du terrain par rapport aux progrès mondiaux. Les taux de mortalité supérieurs des nourrissons et des enfants sont symptomatiques des inégalités qu'affrontent de nombreux autochtones concernant l'accès à des vivres et à des soins de santé adéquats.

Par exemple, au Guatemala la prévalence nationale de la dénutrition chronique atteint 46,4 pour cent, mais les taux varient considérablement d'un bout à l'autre du pays et il est facile de localiser les zones où la faim sévit le plus. La prévalence des retards de croissance (la taille par rapport à l'âge) atteint 94 pour cent chez les enfants de moins de 5 ans dans certains départements isolés, tandis que dans les zones métropolitaines ce chiffre tombe à 35,7 pour cent, ce qui reste néanmoins élevé. Les zones où le taux de dénutrition chronique est

le plus élevé sont souvent les plus isolées et sont peuplées de groupes marginalisés ou autochtones.

Le Guatemala est l'un des pays du monde où l'écart entre les revenus est le plus grand: les 10 pour cent les plus riches de la population reçoivent 50 pour cent du revenu national, tandis que les derniers 50 pour cent n'en reçoivent guère plus de 10 pour cent (BID, 1999). Le Guatemala n'a pas accompli de progrès suffisants vers la réalisation de l'OMD relatif à la faim, à savoir réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim d'ici 2015; c'est aussi l'un des quatre seuls pays de la région Amérique latine et Caraïbes qui, selon les prévisions, ne réaliseront pas l'objectif de réduire de moitié le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale. (Des données étaient disponibles pour 22 des 33 pays de la région.)

Parmi les autres exemples de pays où les populations autochtones perdent du terrain, il faut citer: (OPS, 2007):

- El Salvador: 91,6 pour cent d'autochtones prélèvent leur l'eau dans des puits, des rivières ou dans les deux. Seulement 33 pour cent d'entre eux ont accès à l'électricité; 64 pour cent utilisent des lampes à huile ou des bougies pour s'éclairer.
- Mexique: la mortalité infantile s'élevait dans la population autochtone à 59 pour 1 000 naissances vivantes en 1997, soit le double du taux de mortalité infantile national.
- Amazonie péruvienne: 32 pour cent des autochtones sont analphabètes, contre 7,3 pour cent pour la population nationale.

DÉNUTRITION CHRONIQUE/RETARDS DE CROISSANCE ET POPULATIONS AUTOCHTONES AU GUATEMALA

Département	Population autochtone en % de la population	% des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance
Huehuetenango	69,3	72,0
Quiché	64,5	80,0
Totonicapán	72,9	94,5
Quetzaltenango	60,0	68,2

Source des données: PAM, 2005

- États-Unis d'Amérique: les autochtones sont beaucoup plus susceptibles de décéder de la maladie de Willis (diabète sucré) associée à l'obésité et de maladies hépatiques résultant d'un abus d'alcool.
- Australie: les Aborigènes et les peuples insulaires du détroit de Torres ont une espérance de vie bien plus courte que la population australienne en général. On s'attend à ce que les Australiens autochtones nés entre 1996 et 2001 vivent 20 ans de moins que le reste de la population (Australian Institute of Health and Welfare, 2007).

De nouvelles obligations se font jour pour les gouvernements en ce qui concerne la reconnaissance, la promotion et la garantie des droits individuels et collectifs des populations autochtones conformément aux normes internationales.

Comblent les écarts et réalisent équitablement les OMD exige une perspective interculturelle permettant l'extension de la couverture des services de santé et respectant les différents régimes d'alimentation des populations du monde.

1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?

Enquête approfondie sur la sécurité alimentaire et la nutrition au Libéria

Déchiré par la guerre civile de 1989 à 2003, le Libéria entame aujourd'hui un long processus de reconstruction. Pour planifier celle-ci, il est essentiel de déterminer l'état nutritionnel et sanitaire de la population, les causes de l'insécurité alimentaire et de la dénutrition, les différents modes de subsistance et les contraintes agricoles.

Afin d'identifier les personnes les plus vulnérables à la faim, une enquête approfondie sur la sécurité alimentaire et la nutrition a été réalisée entre février et juin 2006 sous la direction du Gouvernement du Libéria et en collaboration avec les organismes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG). L'enquête a révélé que 39 pour cent des enfants de moins de 5 ans sont de trop petite taille pour leur âge, 6,9 pour cent sont émaciés, c'est-à-dire trop maigres pour leur stature, et 27 pour cent présentent une insuffisance pondérale. Par ailleurs, 50 pour cent d'entre eux courent un grand risque de souffrir de la faim ou d'insécurité alimentaire.

Dans 9 des 15 comtés soumis à l'enquête, la prévalence des retards de croissance est supérieure à 40 pour cent – les taux supérieurs à 40 pour cent indiquent une situation critique – tandis que dans les autres comtés, le niveau de malnutrition chronique (30–40 pour cent) est élevé. Dans les comtés du centre et du sud-est, le taux de prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans est supérieur à 10 pour cent, indiquant la nécessité d'une action immédiate. Dans tous les comtés, 12 pour cent des enfants âgés de 12 à 24 mois souffraient de malnutrition aiguë et étaient exposés à une forte prévalence de maladies connexes, dont la diarrhée, le paludisme et des infections respiratoires aiguës. L'alimentation des nourrissons et des enfants et l'hygiène alimentaire étaient souvent inadéquates.

Les familles ayant regagné leur village d'origine sont particulièrement vulnérables à la faim pendant qu'elles commencent à remettre sur pied leurs moyens de subsistance détruits par la guerre. Parmi celles qui éprouvent des difficultés particulières à accéder à une nourriture suffisante, qu'elles l'achètent ou la produisent, figurent les suivantes:

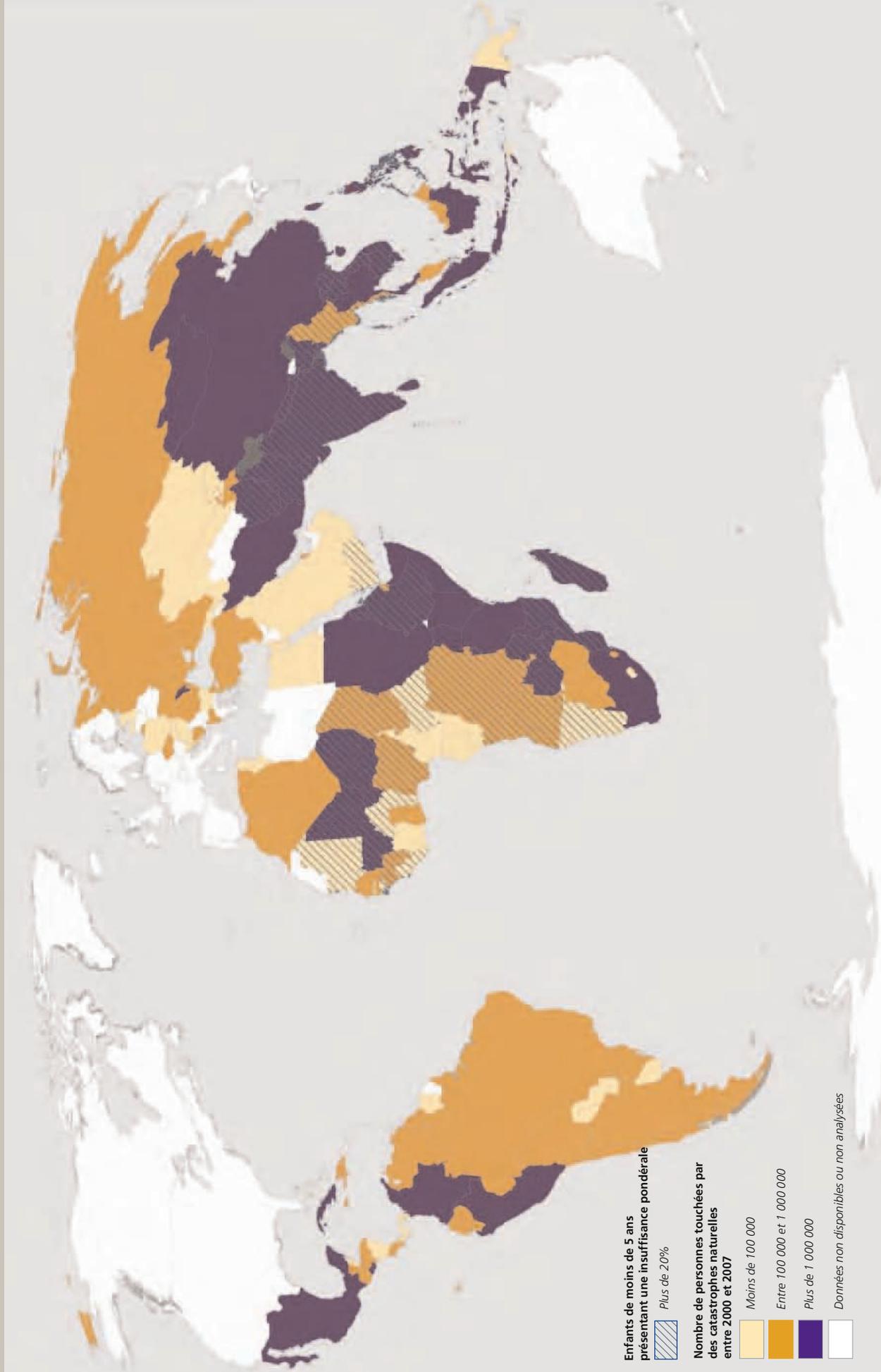
- les familles dont le chef est une femme ou une personne âgée;
- les familles dont certains membres souffrent de maladies chroniques ou sont handicapés;
- les familles nombreuses et celles qui vivent entassées;
- les familles dont les moyens de subsistance sont menacés (y compris les producteurs d'huile de palme et la main-d'œuvre contractuelle); et
- les familles n'ayant pas accès à des terres agricoles.

Les communautés ont un accès limité aux services de santé. Globalement, 90 pour cent des communautés ont déclaré ne pas disposer de centre de soins de santé à proximité, le plus proche étant situé en moyenne à près de trois heures de marche.

Bien qu'appartenant au Gouvernement, les centres de soins de santé sont principalement financés et gérés par des ONG; 18 pour cent d'entre eux sont gérés par des organismes privés ou des particuliers et 14 pour cent sont gérés ou financés par le Gouvernement. Les résultats de l'enquête ne sont pas surprenants vu que les conflits passés avaient détruit une grande partie des infrastructures rurales et considérablement réduit les capacités du Gouvernement à fournir des services de santé adéquats.

Source: extrait de PAM, 2006a

Carte 2 – La faim et les catastrophes naturelles



Enfants de moins de 5 ans
présentant une insuffisance pondérale
Plus de 20%

Nombre de personnes touchées par
des catastrophes naturelles
entre 2000 et 2007

Moins de 100 000

Entre 100 000 et 1 000 000

Plus de 1 000 000

Données non disponibles ou non analysées

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Sources des données: Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes, 2007; OMS, 2007

1.2 Quelles sont les personnes les plus vulnérables?

Intermezzo 2: Les femmes et l'élimination de la faim – un lien inextricable

La subjugation, la marginalisation et le manque d'autonomie des femmes sont particulièrement graves dans les pays où la faim persiste. Ce lien est exemplifié de manière percutante en Asie du Sud.

Actuellement l'Inde possède des millions de tonnes de denrées alimentaires en stock – et pourtant c'est le pays du monde qui compte le plus grand nombre de personnes souffrant de la faim. En fait, l'Inde et le Bangladesh regroupent le tiers des victimes de la faim du monde. C'est dans la région de l'Asie du Sud que le taux de malnutrition infantile est le plus élevé du monde: près d'un tiers des bébés nés en Asie du Sud présentent une insuffisance pondérale et souffrent de malnutrition, contre 14 pour cent en Afrique subsaharienne.



Pour permettre de mieux comprendre cette anomalie, l'UNICEF a publié, en 1996, une étude d'importance capitale réalisée par le plus grand nutritionniste indien et intitulée *The Asian Enigma* (L'énigme asiatique). Cette étude conclut que "... l'inégalité entre les hommes et les femmes est la cause profonde des taux de malnutrition exceptionnellement élevés constatés en Asie du Sud".

L'étude a révélé qu'on pourvoit moins bien aux besoins des filles et des femmes en Asie du Sud qu'en Afrique subsaharienne. En Asie du Sud, les femmes et les filles mangent les dernières et le moins: elles mangent uniquement ce qui reste quand les hommes et les garçons de la famille ont fini de manger. Souvent, ces derniers consomment

deux fois plus de calories que les femmes et les filles qui, pourtant, font la plupart des travaux pénibles.

La santé et l'état nutritionnel d'une femme enceinte exercent de l'avis général une influence considérable sur la santé de son bébé. De nouvelles données scientifiques font apparaître qu'il ne s'agit pas seulement de son état de santé durant la grossesse, ni même depuis sa naissance, mais aussi pendant sa propre vie intra-utérine. Il est maintenant évident qu'il existe un "cycle de malnutrition" insidieux dans les régions où la faim persiste, conclusion qui s'applique tout particulièrement à l'Asie du Sud.

Ce cycle de malnutrition commence par la naissance d'une petite fille présentant une insuffisance

pondérale et souffrant de malnutrition. Elle est allaitée au sein moins longtemps et reçoit une alimentation moins nutritive que son frère. Elle est souvent privée de soins de santé et d'éducation. Elle est contrainte de travailler même encore enfant. Sa charge de travail augmente considérablement avec l'âge, même lorsqu'elle est enceinte. Elle se

marie et tombe enceinte jeune, souvent encore adolescente. Elle présente une insuffisance pondérale et souffre de malnutrition quand elle donne naissance à ses enfants, qui sont de faible poids à la naissance et malnutris. Et ainsi de suite.

Ces privations que connaissent les femmes et les filles ont un effet profond sur la société. Les enfants nés en déficit pondéral et malnutris sont exposés à de graves risques sur tous les plans du développement personnel, de la santé et des capacités mentales. Ils sont physiquement faibles et manquent de résistance face à des maladies comme la tuberculose ou le paludisme. Ils sont condamnés à une vie d'invalidité, à une capacité d'apprentissage réduite et à une productivité diminuée.

De nouvelles études montrent que les privations maternelles avant et pendant la grossesse accroissent la vulnérabilité de l'organisme féminin aux maladies que nous associons avec l'abondance, à savoir l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et le diabète de type II. Les chiffres actuels révèlent l'ampleur du problème: par exemple, les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité en Inde; et dans les 20 prochaines années, l'Inde comptera le plus grand nombre de diabétiques au monde – 79 440 000, soit près de 22 pour cent du total mondial.

Les études portant sur la subjugation, la marginalisation et le manque d'autonomie des femmes tout au long de leur vie font ressortir un lien indéniable entre l'indifférence et la discrimination à l'égard des femmes et les effets négatifs sur la santé et la survie de tous.

Il est clair que les interventions traditionnelles face à la malnutrition infantile, comme l'apport d'une supplémentation nutritionnelle aux femmes enceintes, sont inadéquates. Pour rompre le cycle de la malnutrition, on doit améliorer la santé et l'état nutritionnel de la femme tout au long de sa vie. Cela exige une transformation de la manière dont les femmes et les filles sont traitées au sein de la famille et dans l'ensemble des sociétés.

Le lien entre la problématique hommes-femmes et la faim va au-delà de la nutrition. Les femmes assument presque entièrement la responsabilité de tout ce qui est lié à la santé, à l'éducation, à l'alimentation et – de plus en plus souvent – au revenu de la famille. Et pourtant, les femmes sont systématiquement privées de l'éducation, des ressources et de la participation aux décisions qui leur sont nécessaires pour s'acquitter de ces responsabilités. Inversement, quand les femmes parviennent à progresser sur le plan social, éducatif et politique, le bien-être de la famille tout entière s'améliore. Une étude des progrès accomplis sur 25 ans en matière de nutrition a montré que le facteur le plus déterminant était l'éducation des femmes.

On reconnaît depuis longtemps le rôle important joué par la problématique hommes-femmes dans la faim. Mais, il ne fait aujourd'hui aucun doute qu'il joue, dans la majorité des cas, un rôle fondamental dans la persistance de la faim dans le monde.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Joan Holmes, Présidente du Hunger Project. Photo d'Andrea Booher, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé

“La réalisation des OMD au niveau national n’est pas la même chose que la réalisation des OMD pour tous. La communauté internationale du développement a essentiellement concentré son attention sur les progrès nationaux dans le contexte de l’établissement de rapports sur la situation mondiale. Il est urgent que les pays se préoccupent des progrès au sein des régions et groupes particuliers”

Davidson R. Gwatkin, 2005

Les OMD sont des objectifs quantifiés visant à s’attaquer à la pauvreté sous ses diverses formes: la faim, l’insuffisance des revenus, la maladie et l’absence d’abri, et à promouvoir l’égalité des chances, l’éducation et la durabilité environnementale. Ils englobent également les droits humains fondamentaux à l’alimentation, à la santé, à

l’éducation et à la sécurité. Le premier OMD concerne explicitement la réduction de la faim. La réduction de la faim conformément à l’OMD 1 aura des répercussions directement positives sur tous les autres OMD, et notamment ceux qui concernent la santé. Le tableau ci-dessous illustre la relation critique entre l’élimination de la faim et la réalisation des OMD.

Progrès accomplis dans la réalisation des OMD

Les progrès accomplis actuellement dans la réalisation des OMD sont irréguliers et insuffisants. À travers le monde, des pays se laissent distancer, et dans chaque pays, on trouve des pauvres qui souffrent de la faim – femmes et filles, réfugiés, personnes déplacées et autres groupes vulnérables vivant dans des régions oubliées – et n’ont pas suffisamment accès à la nourriture, à la santé, à l’éducation ni à l’eau et à l’assainissement.

LES OMD ET LA FAIM

OMD	Relation avec la santé et la faim
1. Réduire l’extrême pauvreté et la faim	La faim porte une atteinte souvent irréversible au capital humain tout au long du cycle de la vie. Elle compromet la santé et les possibilités de gagner sa vie. La faim alliée à la maladie est une cause principale de mortalité et de morbidité lors de conflits et de catastrophes naturelles.
2. Assurer l’éducation primaire pour tous	La faim porte atteinte aux chances qu’un enfant aille à l’école, y reste et obtienne de bons résultats. Les conséquences à long terme et l’impact intergénérationnel sont largement reconnus.
3. Promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes	La faim et la dénutrition ont des répercussions négatives sur la santé des femmes et leur capacité de s’occuper de leurs enfants et de la famille. Elles limitent leurs possibilités de gagner leur vie. L’autonomisation des femmes est essentielle à la réalisation des OMD.
4. Réduire la mortalité infantile	La dénutrition causée par le double effet de la faim et des maladies infectieuses est la principale cause de mortalité infantile.
5. Améliorer la santé maternelle	La faim est associée à la plupart des principaux facteurs de risques de morbidité et de mortalité maternelles. Les retards de croissance et les carences en micronutriments exposent les mères à des risques accrus de complications durant la grossesse.
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d’autres maladies	La faim augmente le risque de transmission du VIH, compromet le traitement antirétroviral et précipite la survenue du sida. Elle augmente le risque de contracter la tuberculose et réduit le taux de survie au paludisme.
7. Assurer un environnement durable	La réduction de la faim et l’amélioration de la santé sont liées à l’amélioration de l’accès à l’eau potable propre et à l’assainissement. Les personnes souffrant de la faim sont moins en mesure de gérer l’environnement de manière durable. Elles peuvent être contraintes de surexploiter leurs ressources naturelles afin de satisfaire à leurs besoins alimentaires immédiats.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	La faim doit faire l’objet d’une action systématique dans le contexte des autres OMD, dans le cadre des programmes de développement et d’aide humanitaire internationaux et au niveau du commerce international.

Source: basé sur PAM, 2006b; FAO, 2005; Banque mondiale, 2006

Comme le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des OMD s'effectue au niveau national, il n'est pas toujours facile d'évaluer les améliorations dont ont bénéficié au niveau infranational certains groupes vulnérables. Les données disponibles ne sont pas actualisées annuellement, pas même pour le suivi national, et par conséquent les évaluations infranationales doivent se baser sur les études spécifiques au pays qui sont disponibles. L'exemple du Guatemala traité plus haut démontre de façon frappante que les chiffres nationaux masquent souvent les disparités qui existent à l'intérieur des pays, ainsi que les tendances et évolutions – tant positives que négatives – qui apparaissent dans un même pays ou dans plusieurs. Par ailleurs, les sources d'information ne permettent pas de ventiler les données nationales pour savoir qui retire des bénéfices des programmes sociaux et qui se laisse distancer.

L'Équipe spéciale chargée de la lutte contre la faim du Projet du Millénaire des Nations Unies a adopté une méthode novatrice qui consiste à identifier les zones appelées "Hunger Hotspots" (points chauds de la faim) où plus de 20 pour cent des enfants en âge préscolaire présentent une insuffisance pondérale. Cette approche corrobore le principe selon lequel la faim doit être mesurée et analysée au niveau infranational – état, province ou district – où elle peut être profondément enracinée (Projet du Millénaire des Nations Unies – Équipe spéciale chargée de la lutte contre la faim, 2005).

Parmi les autres outils utiles pour l'identification des populations vulnérables à la faim au niveau infranational figurent l'analyse et la cartographie de la vulnérabilité (ACV). Non seulement l'ACV aide à cibler les populations nécessiteuses et à déterminer les interventions appropriées, mais elle fournit une base de référence par rapport à laquelle les indicateurs des OMD peuvent être évalués. L'ACV permet d'améliorer l'analyse de la faim au niveau infranational et d'identifier ceux qui ont le plus besoin d'assistance.

“Entre 5 et 6 millions d'enfants meurent chaque année de maladies infectieuses auxquelles ils auraient survécu s'ils avaient été correctement alimentés. Le nombre de décès infantiles causés chaque semaine par la faim et la dénutrition dépasse de loin celui causé par les catastrophes naturelles les plus dramatiques... Un consensus politique mondial s'est dégagé en ce qui concerne la nécessité impérieuse de s'attaquer à la faim pour parvenir à réaliser les OMD.”

Initiative visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants, 2006

Les progrès vers l'élimination de la faim: sommes-nous en bonne voie?

À mi-chemin de l'échéance de 2015 fixée pour la réalisation des OMD, plusieurs évaluations ont été réalisées pour voir si nous sommes en bonne voie. Les résultats varient en fonction des sources de données et du contexte des travaux de recherche effectués, et entre autres du regroupement des pays en régions (FAO, 2006a; UNICEF, 2006a; OMS, 2005; Banque mondiale, 2007).

Bien que l'on observe de nombreuses tendances témoignant d'une amélioration au niveau de la réduction de la faim dans certains pays et pour des groupes sélectionnés, ces évaluations indiquent que la réalisation de la cible 2 de l'ODM 1 au niveau mondial n'est pas en bonne voie. Qui plus est, dans certaines parties du monde les progrès antérieurs s'érodent et les populations souffrant de la faim sont encore loin de bénéficier de solutions durables. Ce sont l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne qui accusent le plus grave retard.

ODM 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Cible 2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

Les progrès se mesurent à l'aide de deux indicateurs:

- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale
- Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique (sous-alimentation)

1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé

Cette section présente une analyse actualisée des progrès accomplis dans la réalisation de la cible 2 de l'OMD 1 (relative à la faim) et de certaines cibles concernant la santé qui sont étroitement liées à la faim. Se basant sur des données de 2007 de l'OMS et des données de 2006 de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), cette analyse a accordé une attention particulière aux PFRDV en raison de leur forte vulnérabilité à la faim et des difficultés particulières que présente pour eux la réalisation de l'OMD 1.⁴

Les conclusions corroborent celles des autres évaluations et confirment que, mondialement, les tendances sont contrastées et les progrès toujours insuffisants pour atteindre l'objectif de 2015 (voir le tableau 10 page 183 du Recueil de références – données à l'échelon national). Plus particulièrement, les PFRDV ont tendance à se laisser distancer par les autres pays en développement en ce qui concerne la réduction de l'insuffisance pondérale et de la sous-alimentation, les deux principaux indicateurs utilisés pour évaluer les progrès.

Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale suit la même évolution en Afrique, la plus forte proportion se trouvant en Afrique subsaharienne. Toutefois, en Asie du Sud, l'insuffisance pondérale est beaucoup plus

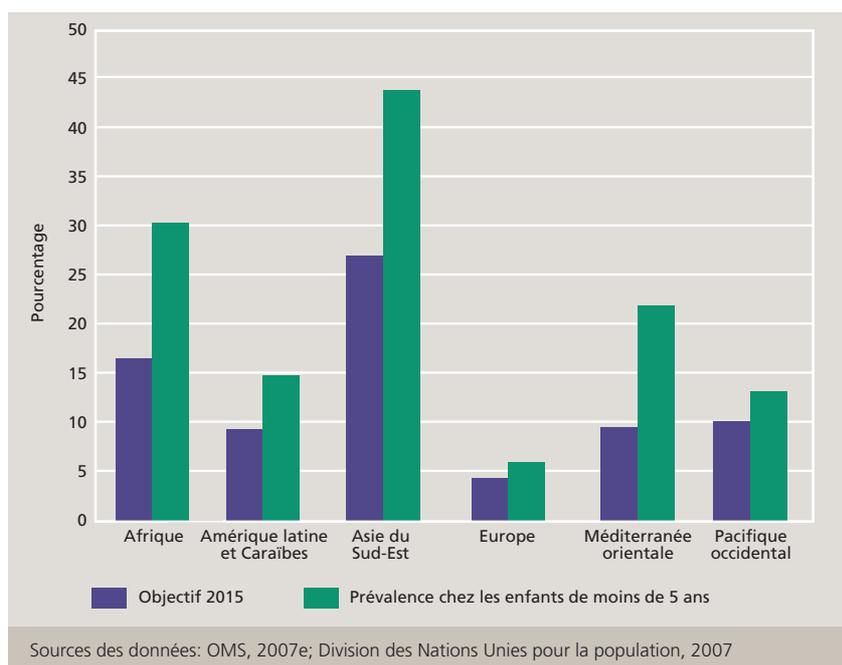
grave que la sous-alimentation. Bien que ces deux indicateurs montrent essentiellement que ce sont les pays les plus pauvres qui se heurtent aux plus grands défis dans la lutte contre la faim, celle-ci persiste encore dans les pays les plus riches du monde.

Réduction au niveau régional du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale est passé de 33 pour cent à 27 pour cent dans les pays en développement entre 1990 et 2005 (Nations Unies, 2007). Cependant, les progrès sont irréguliers: le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale dans les PFRDV se situe toujours autour de 30 pour cent, et 13 des 54 PFRDV pour lesquels on dispose de données sont en régression par rapport à cet indicateur. C'est au Bhoutan et en Chine que l'on constate les progrès les plus marqués; et c'est en Albanie et au Yémen qu'ils sont les plus lents. Le nombre total d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale s'élève à 121 millions dans les PFRDV, contre 143 millions dans l'ensemble des pays en développement.

Les variations sont considérables au sein d'une même région, et notamment en Asie, où les rapides avancées

Figure 7 – Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants dans les PFRDV, par région



de la Chine à l'égard de cet indicateur contrebalancent la lenteur des progrès en Inde et ailleurs. En Asie du Sud-Est, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale atteint près de 45 pour cent dans les PFRDV, où il est le plus élevé du monde. Le nombre absolu d'enfants touchés reste en outre inacceptablement élevé.

Dans les PFRDV africains, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale aiguë ou modérée s'élève à 30 pour cent, alors que la cible est de 10 pour cent ou moins. Environ 64 pour cent des PFRDV africains qui ont fait le bilan de leurs progrès par rapport à cet indicateur ne sont pas en bonne voie de réaliser leur objectif. En Amérique latine, la prévalence de l'insuffisance pondérale dans les PFRDV est tombée à 15 pour cent.

Réductions de la sous-alimentation selon les régions

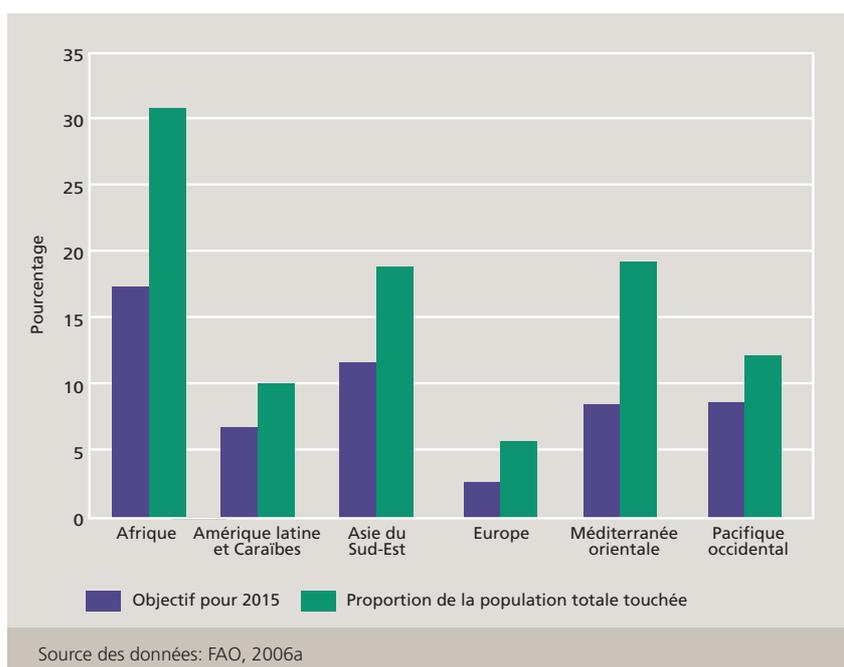
On estime à 854 millions le nombre de personnes dont l'apport calorique n'est pas suffisant pour répondre à leurs besoins énergétiques de base – 820 millions dans les pays en développement, 25 millions dans les pays en transition et 9 millions dans les pays industrialisés (FAO, 2006a). Plus de la moitié des adultes et enfants sous-alimentés se trouvent en Asie et dans le Pacifique, alors que la proportion est la plus forte en Afrique

subsaharienne. Les tendances à long terme montrent que la proportion de personnes sous-alimentées a diminué sensiblement, passant de 37 pour cent de la population mondiale totale en 1969–1971, à 20 pour cent en 1990, puis à 17 pour cent en 2001–2003 (FAO, 2006b). Toutefois, 86 pour cent de la population mondiale sous-alimentée vit dans les PFRDV, ce qui signifie que 726 millions de personnes sous-alimentées se trouvent dans les pays du monde où l'insécurité alimentaire est la plus forte.

Les progrès accomplis dans la réalisation de cet OMD sont également irréguliers. On en constate dans toutes les régions du monde et dans la plupart des pays, mais plusieurs pays ont régressé et certains ont essuyé de graves revers. Parmi les PFRDV qui ont beaucoup reculé figurent le Burundi, la République démocratique du Congo, la Gambie, la Tanzanie et le Yémen. Dans 14 PFRDV, la proportion de personnes sous-alimentées a augmenté dans une plus ou moins grande mesure.

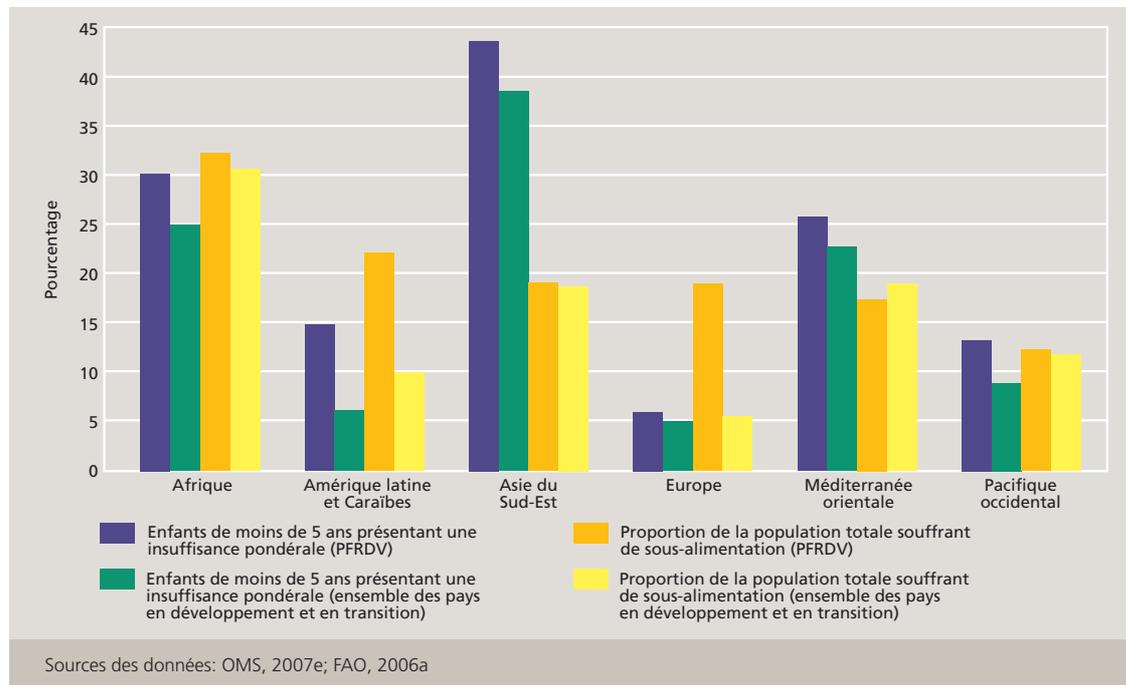
En Afrique subsaharienne, les progrès ont été réduits à néant par la croissance démographique, qui a suscité une augmentation importante du nombre absolu de personnes sous-alimentées et d'énormes variations au niveau sous-régional. "Les tendances régionales cumulées masquent toutefois des différences considérables au niveau sous-régional.

Figure 8 – Prévalence de la sous-alimentation dans les PFRDV, par région



1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé

Figure 9 – Les indicateurs relatifs à la faim, par région



Au sein de l’Afrique subsaharienne, c’est en Afrique centrale que les progrès ont été les plus lents en ce qui concerne la réduction de la sous-alimentation” (FAO, 2006b).

Selon la FAO, c’est en Asie et dans le Pacifique que l’on constate les plus grandes avancées dans la lutte contre la sous-alimentation, celle-ci y ayant été réduite de 66 pour cent.

Parmi les facteurs entravant les progrès par rapport aux deux indicateurs relatifs à la faim figurent les taux élevés d’infection par le VIH/sida, l’instabilité politique, les conflits armés et une augmentation du nombre de catastrophes naturelles au cours de ces dernières années. Les conflits et le déplacement forcé de réfugiés ou de personnes déplacées augmentent considérablement la vulnérabilité à la faim en Afrique.

Inversement, certaines des caractéristiques nationales favorisent les progrès vers la réalisation de l’objectif relatif à la faim, comme par exemple la croissance dans le secteur agricole, l’ouverture à des formes équitables de commerce et la stabilité politique.

Progrès globaux dans la lutte contre la faim

En utilisant ces deux indicateurs pour évaluer les progrès accomplis dans la lutte contre la faim, on voit

que sur les 70 pays en développement analysés, dont 47 sont des PFRDV:

- 19 pays en développement, dont 10 PFRDV, sont en bonne voie de réaliser leurs objectifs par rapport aux deux indicateurs relatifs à la faim;
- 2 PFRDV sont en régression par rapport à ces deux indicateurs: le Burundi et le Yémen;
- 7 pays, tous des PFRDV, perdent du terrain par rapport à la cible concernant l’insuffisance pondérale; et
- 11 pays, dont 7 PFRDV, sont en régression par rapport à la cible concernant la sous-alimentation.

Progrès accomplis dans la réalisation des OMD relatifs à la santé

Les données les plus récentes de l’OMS montrent que, comme pour la faim, les progrès accomplis dans la réalisation des OMD relatifs à la santé sont irréguliers. La santé s’améliore à un rythme plus accéléré dans les pays aux économies fortes que dans les pays pauvres.

OMD 4: Réduire la mortalité infantile. Dans ce domaine, les progrès sont moins rapides que pour les

autres OMD. En 2005, seuls 84 des 163 pays étaient en bonne voie de réaliser la cible relative à la mortalité infantile de l'OMD 4 et faisaient des progrès suffisants pour pouvoir atteindre une réduction de 67 pour cent d'ici 2015. Là encore on constate de grandes variations à l'échelon régional:

- 45 pour cent de tous les décès infantiles interviennent dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Chaque année, 4,8 millions d'enfants de l'Afrique subsaharienne meurent avant l'âge de 5 ans. C'est la seule région du monde où le nombre de décès infantiles augmente (PNUD, 2005).
- Le nombre d'enfants africains exposés à des risques mortels a augmenté de 35 pour cent par rapport à il y a 10 ans (Gordon *et al.*, 2004).
- Parmi les PFRDV où les progrès sont les plus lents figurent le Cambodge, la Côte d'Ivoire, l'Iraq, le Swaziland et le Zimbabwe.
- En revanche, la survie infantile s'est améliorée en Amérique latine et aux Caraïbes, en Asie du Sud-Est et en Afrique du Nord, où les taux de mortalité infantile ont chuté de plus de 3 pour cent. L'Albanie, l'Égypte, l'Indonésie, la Syrie et le Timor-Leste, qui connaissent de rapides progrès, sont en bonne voie de réaliser l'OMD 4.

Selon les estimations, 63 pour cent des décès infantiles pourraient être évités grâce à l'accès à des soins de santé et traitements de base (Banque mondiale, 2007).

OMD 5: Améliorer la santé maternelle. Les tendances indiquent une amélioration générale sur l'ensemble des régions; toutefois, 99 pour cent des décès maternels – 500 000 par an – interviennent dans les pays en développement (Banque mondiale, 2007). La collecte de données sur la mortalité maternelle étant inégale, l'indicateur indirect "accouchements assistés par un personnel de santé qualifié" est parfois utilisé. Selon la Banque mondiale, les disparités quant à l'accès à une assistance par un personnel qualifié lors d'un accouchement sont plus importantes que pour tout autre service de santé ou d'éducation. Peu de pays disposent de suffisamment de données pour apporter la preuve de leurs progrès.

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies fixe trois principaux objectifs concernant la santé:

OMD 4: Réduire la mortalité infantile.
OMD 5: Améliorer la santé maternelle.
OMD 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

Le présent rapport examine l'ensemble suivant d'indicateurs relatifs à la santé, qui sont directement liés à la faim et à la maladie:

- taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4);
- taux de mortalité infantile (OMD 4);
- taux de mortalité maternelle (OMD 5);
- proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (OMD 5);
- taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (OMD 6);
- taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie (OMD 6); et
- taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à celle-ci (OMD 6).

Toutefois, sur les 136 pays analysés, 91 connaissent des progrès, bien que ceux-ci se constatent essentiellement dans les pays et les ménages mieux nantis. Parmi les PFRDV, 24 pays sont en régression et 25 sont en progrès mais pas suffisamment en bonne voie pour pouvoir réaliser l'OMD 5. L'Azerbaïdjan, le Malawi, la Mongolie, la Tanzanie et le Zimbabwe figurent parmi les moins performants. Le Bhoutan, l'Indonésie, le Maroc, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Vanuatu, qui comptent parmi les pays où les avancées sont les plus rapides, sont en bonne voie de réaliser l'OMD 5.

En Afrique subsaharienne, où le nombre de décès maternels représente plus de 50 pour cent du total mondial, seuls 46 pour cent des accouchements sont assistés par des professionnels de santé qualifiés (UNICEF, 2006a).

Une plus grande attention doit être accordée aux besoins des femmes en matière d'alimentation et de soins de santé avant, pendant et immédiatement après la grossesse.

OMD 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Malgré les efforts internationaux

1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé

et nationaux, la charge de morbidité liée au VIH est passée de 37,1 millions de personnes en 2004 à 39,5 millions en 2006, soit une régression par rapport à la cible de l'OMD 6. La situation dans ce domaine est catastrophique: rien qu'en 2006, le VIH/sida a fait 3 millions de victimes, un chiffre encore jamais atteint et qui dépasse le nombre de décès causés par toute autre maladie infectieuse. En 2006, 4,3 millions d'autres personnes ont été infectées (ONUSIDA, 2006; OMS, 2007b).

L'épidémie du VIH/sida est fortement concentrée dans les pays de l'Afrique subsaharienne, 64 pour cent de tous les séropositifs et 90 pour cent des enfants de moins de 15 ans porteurs du VIH vivant en Afrique subsaharienne. Bien que la propagation de la maladie ait ralenti en Afrique subsaharienne, l'épidémie du VIH/sida se répand à vive allure en Europe orientale et en Asie centrale (Banque mondiale, 2007). Les programmes de prévention et de traitement demeurent limités: seuls 8 pour cent des personnes nécessitant un traitement antirétroviral dans les pays en développement le reçoivent; en Afrique subsaharienne, 4 pour cent seulement d'entre elles ont accès à un traitement, et on ne propose qu'à 8 pour cent des femmes enceintes des services de prévention de la transmission du virus à leurs enfants.

La tuberculose a causé 1,6 million de décès en 2005, dont 195 000 patients infectés par le VIH, et les chiffres continuent d'augmenter. En 2005 on a dénombré près de 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose, dont 7,4 millions en Asie et en Afrique subsaharienne (OMS, 2007d). Chaque personne atteinte de tuberculose active transmet la maladie à 10–20 personnes en moyenne par an (OMS, 1997). Le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués et traités en 2006 était du même ordre qu'en 2005 (OMS, 2007e). Environ un tiers des 40 millions de personnes

vivant avec le HIV/sida sont également tuberculeuses. Les personnes infectées par le VIH ont 50 fois plus de risque de contracter la tuberculose dans une année donnée (OMS, 2007c).

Bien que l'incidence de la tuberculose, sa prévalence et les taux de mortalité qui lui sont associés semblent aujourd'hui en déclin, les chiffres ne baissent pas encore assez rapidement pour pouvoir réaliser les objectifs de 2015; en Afrique, les chiffres ont considérablement diminué entre 1990 et 2005.

Environ 40 pour cent de la population mondiale, vivant pour la plupart dans les pays les plus pauvres du monde, est exposée au paludisme. Chaque année, plus de 500 millions de personnes tombent gravement malades et plus de 1 million meurent du paludisme – essentiellement des nourrissons, des enfants en bas âge et des femmes enceintes de l'Afrique subsaharienne (UNICEF, 2007). L'Asie, l'Amérique latine, le Moyen-Orient et certaines parties de l'Europe sont également touchés. De vastes épidémies dévastatrices peuvent se produire dans des régions où les populations sont peu en contact avec le parasite du paludisme et dont l'immunité est faible ou nulle. Ces épidémies peuvent être provoquées par les conditions atmosphériques et aggravées par des situations d'urgence complexes ou des catastrophes naturelles.

Bien que l'accès à des traitements et à des méthodes de prévention efficaces se soit amélioré, les tendances actuelles des taux de morbidité et de mortalité dues au paludisme n'attestent pas encore de progrès suffisants vers la réalisation des objectifs pour 2015.

La collecte de données doit être intensifiée afin d'améliorer le suivi des progrès par rapport à tous les indicateurs des OMD, en particulier des OMD 5 et 6.

Figure 10 – Progrès en matière de réduction de l'insuffisance pondérale (OMD 1) pour les PFRDV en développement, 1990–2006⁵

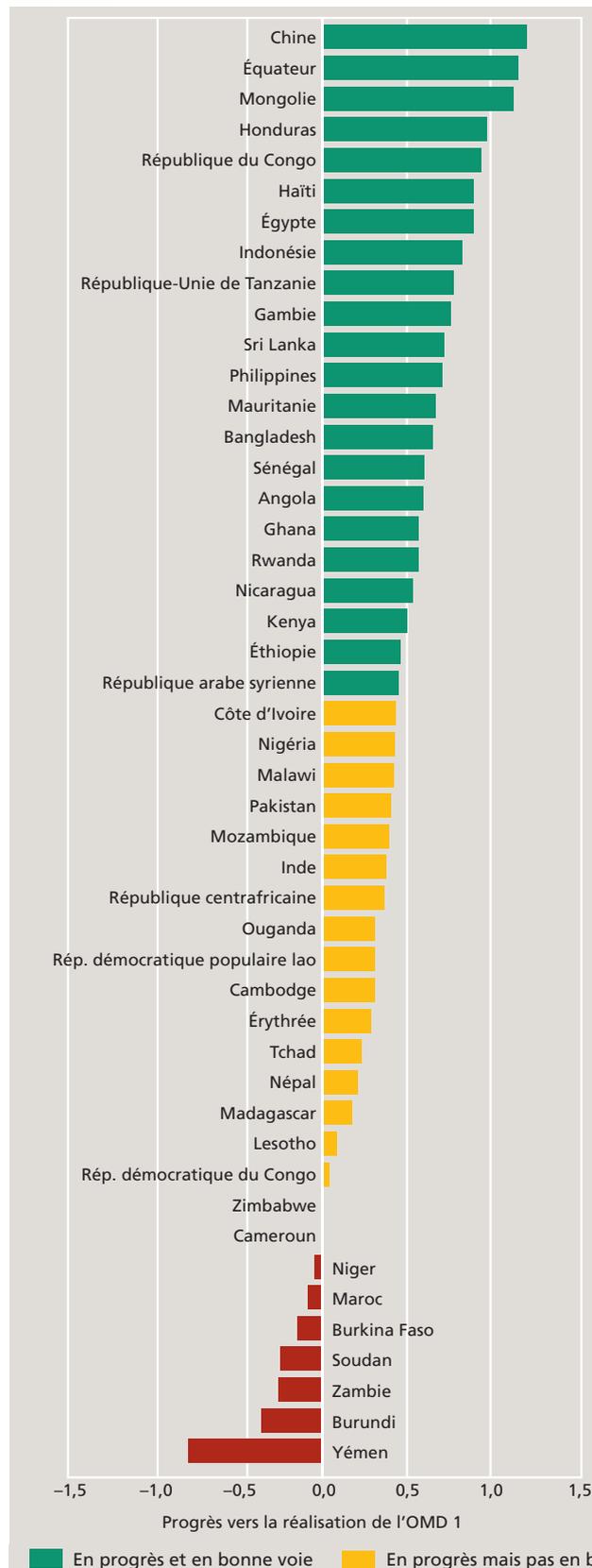
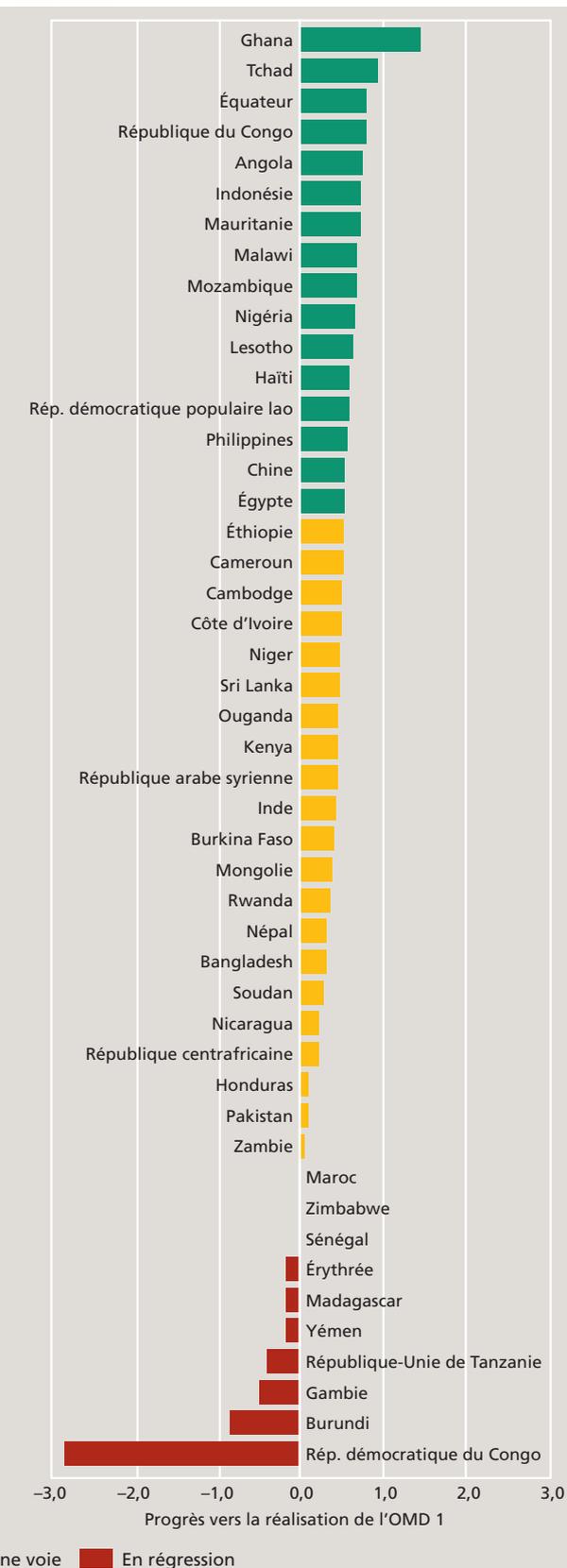


Figure 11 – Progrès en matière de réduction de la sous-alimentation (OMD 1) pour les PFRDV en développement, 1990–2003⁵



Sources des données: FAO, 2006a; UNICEF, 2006b; Division Statistiques des Nations Unies, 2007; OMS, 2007e

1.3 Suivi des OMD relatifs à la faim et à la santé

Figure 12 – Progrès accomplis dans la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) dans les PFRDV en développement et en transition, 1990–2005⁵

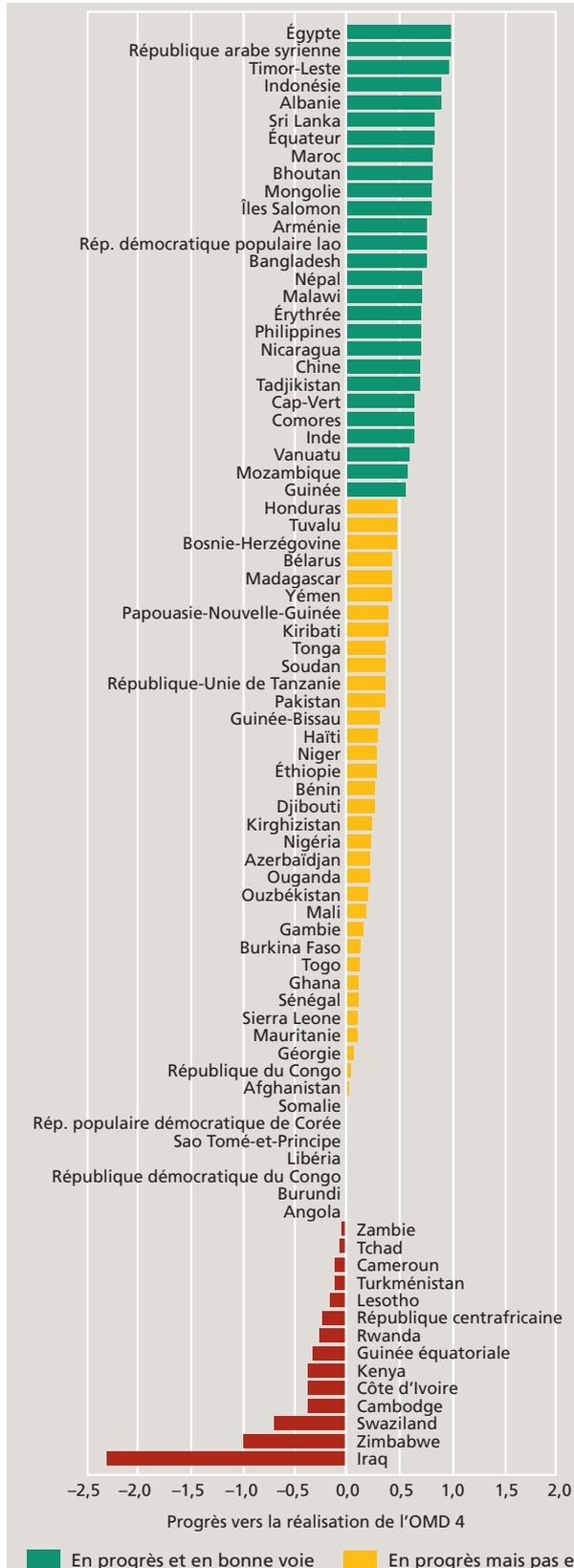
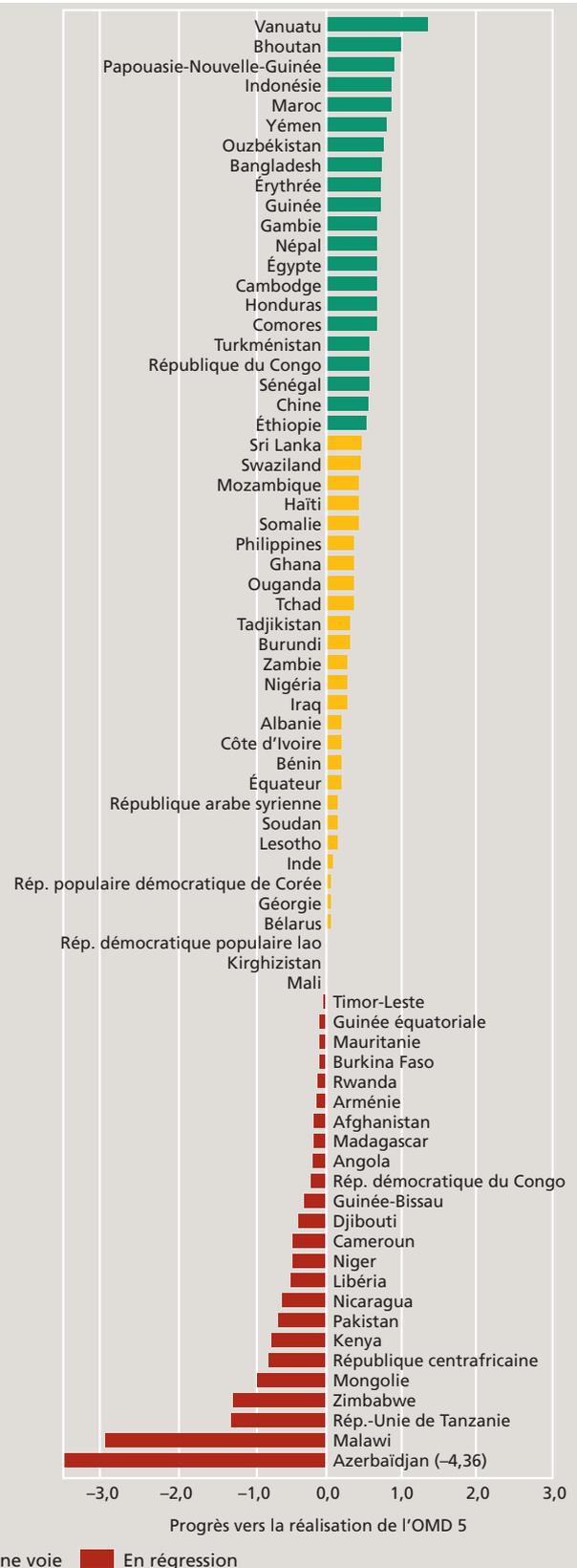


Figure 13 – Progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle (OMD 5) dans les PFRDV en développement et en transition, 1990–2000⁵



Sources des données: FAO, 2006a; UNICEF, 2006b; Division Statistiques des Nations Unies, 2007; OMS, 2007e

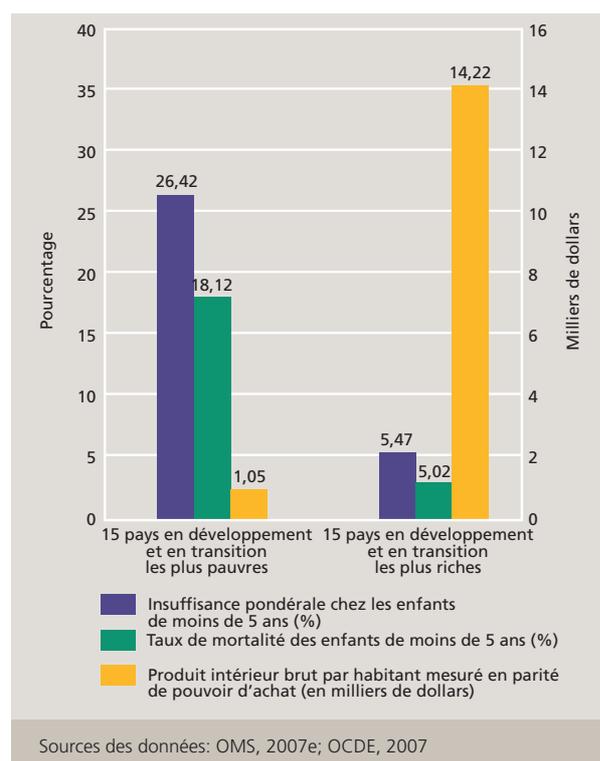
1.4 Accélérer les progrès en faisant les bons choix

“Les groupes les plus pauvres restent à la traîne même lorsque leurs pays réalisent globalement des progrès. ... Il est impératif que toutes les interventions atteignent les populations pauvres afin de combler le fossé”

Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies, 2007

Les OMD engagent la communauté internationale à s’attaquer à certains des problèmes les plus critiques de notre temps. Les décisions prises aujourd’hui détermineront si les enfants hériteront demain d’un monde où ils pourront devenir des adultes productifs et en bonne santé, capables de contribuer au développement économique et social et de mener la génération suivante vers un avenir prometteur. La réalisation des OMD, ou l’accomplissement de progrès sensibles sur cette voie, permettrait de jeter les bases de ce monde. Regrettablement, les pays les plus pauvres sont ceux qui accusent le plus grand retard. Une des principales préoccupations doit être de veiller à ce que la réalisation globale des objectifs au niveau national n’entraîne pas une plus grande exclusion des personnes les plus vulnérables. Par ailleurs, bien qu’il soit important d’augmenter et de développer les services, il

Figure 14 – PIB, mortalité et insuffisance pondérale infantiles dans les pays en développement et en transition



est impératif d’en améliorer la qualité, ou tout au moins de veiller à ce que celle-ci ne se détériore pas du fait de vouloir réaliser les objectifs quantitatifs.

Pour plusieurs des OMD et pour de nombreux pays, le manque de données empêche de mesurer les progrès accomplis en matière de réduction de la faim et d’amélioration de la santé. Comme il n’existe pas de données annuelles, il est difficile de déterminer les efforts à mettre en œuvre pour réaliser tous les OMD. Toutefois, rien que pour l’objectif concernant la faim, le rythme annuel de réduction doit s’accélérer afin d’en libérer au moins 26 millions de personnes par an; actuellement, seul un douzième, soit 2,1 millions d’individus, échappent chaque année à la faim (FAO, 2003).

On a procédé à des évaluations du coût de la non-réalisation des OMD du point de vue de la perte de croissance économique, du nombre de vies perdues et des réductions insuffisantes de la dénutrition infantile. Si les progrès se poursuivent à la lenteur actuelle, 3,8 millions d’enfants dont la vie aurait pu être sauvée mourront chaque année. D’ici 2015, 50 millions d’enfants n’auront pas échappé aux effets dévastateurs de la dénutrition comme ils l’auraient dû (UNICEF, 2006a).

En revanche, agir présente d’énormes avantages. La réduction de la prévalence de l’anémie par carence en fer grâce à l’apport d’une supplémentation présente des avantages exceptionnels par rapport aux coûts et permettrait des économies estimées à 12 milliards de dollars. De même, le coût de la prévention de 30 millions de nouveaux cas d’infections au VIH/sida, estimé à 27 milliards de dollars, est considérable, mais les gains potentiels de cette prévention sont bien supérieurs, puisqu’elle permet d’éviter l’effondrement de sociétés entières (Mills et Shillcutt, 2004).

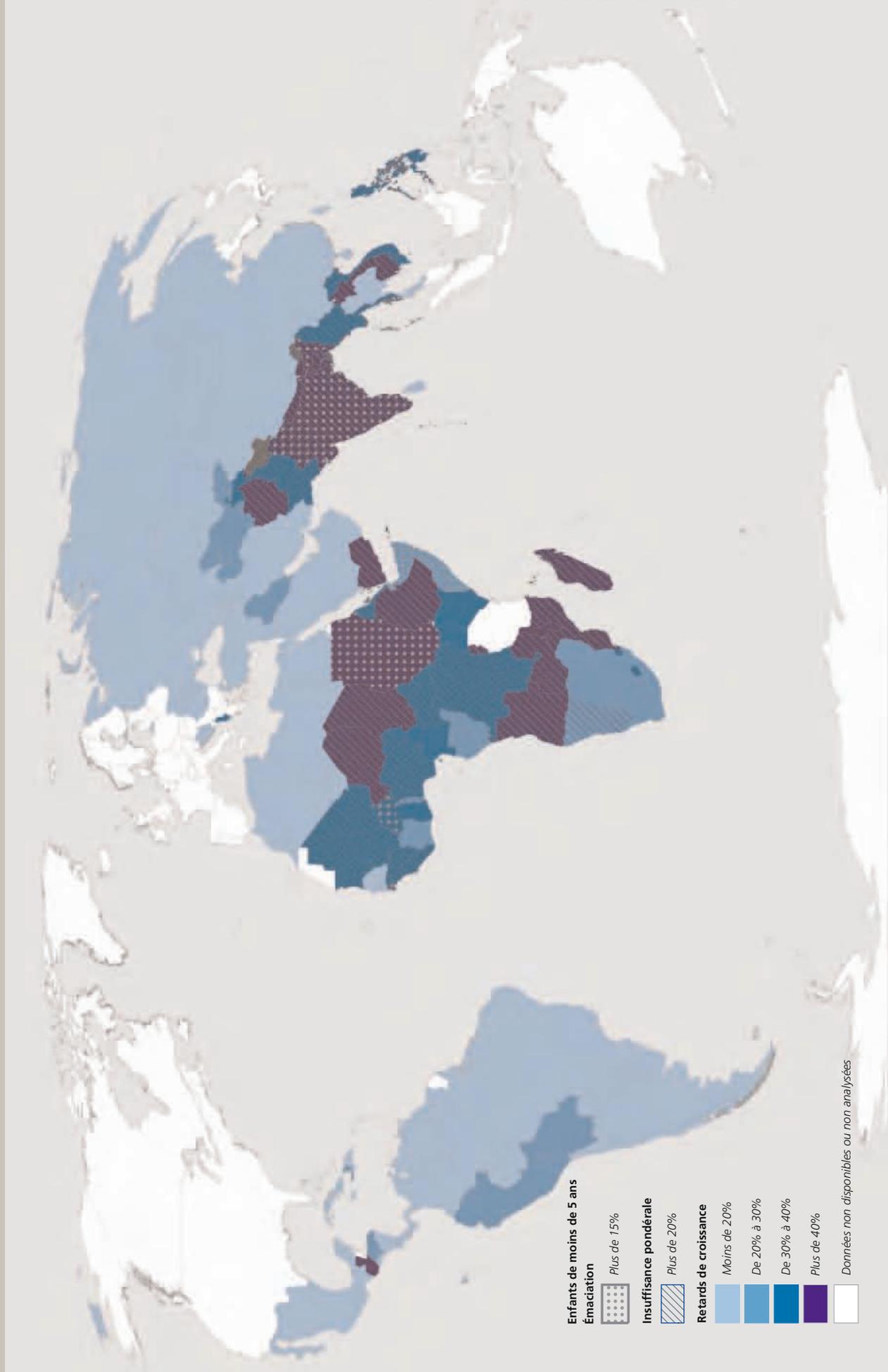
La réalisation des cibles relatives à la mortalité infantile et maternelle nécessite de réduire celles-ci à des taux annuels moyens respectifs de 4,3 pour cent et 5,4 pour cent (Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies, 2007). Les progrès demeurent lents: aucun progrès véritable n’a été accompli au niveau de la réduction de la mortalité infantile en Afrique, où le taux n’a baissé que de 10 pour cent depuis 1990. De plus grands progrès ont été réalisés dans les années 70 et 80.

1.4 Accélérer les progrès en faisant les bons choix

Les objectifs ambitieux visant à réduire la faim et améliorer la santé, ou du moins à réaliser uniformément les OMD, ne peuvent être atteints que grâce à l'établissement d'alliances plus étroites entre les gouvernements, les organismes internationaux et les donateurs, la société civile, le secteur privé et, surtout, peut-être, les victimes de la faim elles-mêmes. Il faudra que les gouvernements augmentent leurs budgets, et les donateurs leur assistance, pour que les pays puissent réaliser les OMD. Il existe des solutions qui pourraient faciliter la réalisation de tous les OMD, mais elles ne sont pas appliquées aussi efficacement qu'elles pourraient l'être, et les gouvernements ne sont pas toujours en mesure de mettre les programmes en œuvre à l'échelle voulue.

Il est essentiel qu'au sein des alliances croissantes, les donateurs apportent leur soutien aux pays et œuvrent avec eux à réaffecter les fonds à la réduction de la faim, à l'amélioration de la santé et au renforcement des politiques et des programmes, afin de réaliser les OMD de manière durable. Ce n'est qu'en accordant la priorité aux victimes de la faim – et notamment aux femmes et aux enfants à tous les stades du cycle de la vie – et en adhérant à des principes d'inclusion, d'égalité, de facilité d'accès et de transparence, que les populations souffrant de la faim pourront bénéficier des innovations technologiques qui transforment le monde.

Carte 3 – L'inégalité de la faim dans le monde



Enfants de moins de 5 ans

Émaciation
 Plus de 15%

Insuffisance pondérale
 Plus de 20%

Retards de croissance
 Moins de 20%
 De 20% à 30%
 De 30% à 40%
 Plus de 40%

Données non disponibles ou non analysées

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
 Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Sources des données: OMS, 2007; UNICEF, 2006

1.4 Accélérer les progrès en faisant les bons choix

Intermezzo 3: La faim et la maladie dans les situations de crise

Malgré une augmentation du nombre et de l'ampleur de la plupart des types de crises humanitaires ces dernières années, la "surmortalité" en situations d'urgence a diminué.⁶ Entre 1900 et 1960, il y a eu dix années où le nombre total de décès provoqués par des catastrophes a dépassé 1 million par an (CRED, 2005). Au milieu des années 90, les conflits armés qui se sont déroulés en Bosnie et au Timor-Leste ont créé des conditions favorables à la famine, mais on a évité une mortalité de masse parmi les non-combattants (même si d'autres catastrophes militaires et morales ont eu lieu). De même, les graves sécheresses qui ont sévi dans le sud de l'Afrique en 1991–1992 et 2001–2002 ont provoqué d'importants déficits en produits alimentaires, mais n'ont donné lieu à aucun décès clairement imputable à la famine, grâce aux interventions multisectorielles rapides et bien ciblées.

Ces succès reposent sur une conscience croissante de l'influence importante des micronutriments sur les suites de catastrophes de grande ampleur, et des meilleures mesures à mettre en œuvre dans les interventions de secours. Lorsque des vies sont menacées, des actions ciblées sont nécessaires pour s'attaquer aux manifestations les plus sévères le plus vite possible. Les interventions d'urgence ont deux défis à relever: remédier aux épidémies de maladies dues aux carences en micronutriments au niveau individuel et réduire le taux de mortalité parmi les groupes les plus gravement touchés; et empêcher que l'état micronutritionnel ne se détériore au niveau de l'ensemble de la population, pour éviter ainsi une infection épidémique de plus grande ampleur et maintenir durablement les améliorations après la crise. De ce point de vue, on dénombre deux approches principales concernant les micronutriments: l'apport ciblé de micronutriments à ceux qui en ont besoin, et l'autonomisation par une sensibilisation aux maladies de carence et aux solutions potentielles.

Avoir "quelque chose à manger" n'est pas en soi suffisant pour garantir un état nutritionnel sain, ni pour éviter la malnutrition. Par exemple, les périodes prolongées de disette conduisent invariablement à la consommation de déchets et de produits qui ne font pas partie d'un régime alimentaire conventionnel. Pendant la famine européenne de 1817, les Allemands et les Suisses, au désespoir de trouver autre chose, ont mangé de la sciure incorporée au pain, des charognes, leurs chiens de garde, et même de l'herbe et des racines (Webb, 2002). Pendant la

famine de 1896–1897 en Afrique australe, des fonctionnaires coloniaux ont rapporté que les gens souffraient "d'une maladie causée [...] par la consommation [...] de peaux pourries et de racines sauvages, qui agissent comme des purgatifs [...]" (Lliffe, 1990). Cette "purgation" conduisait plus rapidement à la mort que si ces aliments n'avaient pas été consommés.

Même lorsque des aliments conventionnels sont consommés, le déséquilibre constant du régime alimentaire peut être une cause de morbidité et de mortalité. Cependant, le fait qu'un régime contient des calories et protéines en quantités suffisantes ne garantit pas que sa teneur en vitamines et minéraux soit conforme aux quantités recommandées. Par conséquent, même si la consommation de maïs et d'arachides remplit l'estomac et calme la faim, ce régime n'est pas suffisant pour satisfaire l'éventail des besoins journaliers minimaux en nutriments.

Les carences en micronutriments soulèvent d'importantes nouvelles questions quant à la nature des droits à l'alimentation. "La faim invisible", carence dont l'individu n'a pas conscience, mais bien connue de ceux qui prennent part aux actions publiques, remet en question le simple concept de droit parce que, dans ce contexte, "l'accès" est lié à des impondérables comme les connaissances, la modification du comportement et les intrants microscopiques qui sont tous nécessaires pour assurer une nutrition saine, mais pas exigés par ceux qui en ont le plus besoin. Lorsqu'ils sont fournis, comme dans les interventions d'urgence, ils sont déterminés par l'offre, et non pas guidés par la demande.

Les actions publiques visant à remédier aux épidémies de maladies dues à des carences en micronutriments et à les éviter ne sont pas uniquement critiques dans le contexte de situations d'urgence: elles représentent le respect de l'un des "droits moraux des victimes de la faim" (Sen, 1997). Les droits sont respectés quand les populations qui ont faim réussissent à s'approprier une quantité adéquate de nourriture, ou lorsque leur droit moral à l'alimentation se traduit par un "droit en pratique". C'est précisément ce que représente l'action humanitaire: l'application de mesures pratiques visant à faire respecter le droit moral de ne pas mourir par manque de nourriture. L'impératif humanitaire exige que les secours soient fournis inconditionnellement à ceux qui souffrent, quels qu'ils soient et où qu'ils se trouvent (Webb, 2003).

ÉTAPES IMPORTANTES DE L'ÉVOLUTION DES PRÉOCCUPATIONS D'ORDRE NUTRITIONNEL DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Années 60	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses en fonction de la nourriture disponible • L'aide alimentaire est déterminée davantage par la disponibilité des aliments que par leur adéquation nutritionnelle • Reconnaissance limitée de l'importance du contenu nutritionnel des rations
Années 70	<ul style="list-style-type: none"> • Focalisation de l'attention sur la carence en protéines (dans la malnutrition protéino-énergétique) • Plus de variété dans l'assortiment alimentaire, y compris des haricots et de l'huile végétale • Les aliments composés enrichis ne sont utilisés que dans les aliments de supplémentation
Années 80	<ul style="list-style-type: none"> • Les plus grandes institutions portent de 1 500 à 1 900 kcal par personne et par jour l'apport énergétique à prévoir pour les rations • La plupart des rations destinées aux populations entièrement dépendantes d'une aide alimentaire contiennent des aliments composés enrichis • L'assortiment alimentaire est de plus en plus basé sur six types d'aliments principaux: céréales, légumes secs, huile, sucre, sel et aliments composés enrichis
Années 90	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines institutions (y compris le PAM) portent de 1 900 à 2 100 kcal l'apport énergétique à prévoir pour les rations destinées aux populations dépendant entièrement d'une aide alimentaire • Les progrès scientifiques conduisent à la production d'aliments thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition aiguë (F100, F75) • Des restrictions plus rigoureuses sont imposées en ce qui concerne l'utilisation de produits laitiers et de préparations pour nourrissons dans les situations de crise • Obligation d'enrichir l'huile, le sel et la farine destinés à l'approvisionnement international • La production locale d'aliments composés enrichis se développe dans certains pays en développement • L'usage de biscuits BP5 et de biscuits enrichis en protéines à haute valeur énergétique se répand
Années 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la mouture et de l'enrichissement des céréales au niveau local pour la distribution d'aide alimentaire • Approvisionnement local (pays en développement) en aliments composés enrichis pour utilisation dans des pays tiers • Élaboration d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour le traitement à domicile de la malnutrition aiguë • Accord d'une plus grande attention aux liens entre le traitement de la malnutrition aiguë et la prévention de la malnutrition chronique

Source: adapté de Toole et Waldman, 1988

Ceci dit, assurer le respect du droit à l'alimentation exige de plus en plus de fournir des vivres non seulement en quantité suffisante mais de la qualité voulue, dans des circonstances extrêmement difficiles. Remédier aux carences en vitamines et en minéraux constitue un aspect essentiel de l'aide humanitaire; il représente l'engagement pris par la communauté internationale de défendre le droit moral de ceux qui ont faim non seulement à survivre, mais à le faire en disposant des nutriments nécessaires et avec dignité. Toutefois, cela soulève des questions quant aux limites actuelles des actions publiques en situation d'urgence. La fourniture par le personnel humanitaire d'aliments thérapeutiques dans le cadre d'une intervention d'urgence sauve des vies, et peut par conséquent être considérée comme une mesure visant à assurer le respect du droit moral à l'alimentation défini par Sen, mais cette intervention est limitée dans le temps. L'accès aux aliments enrichis prend fin en même temps que

le traitement thérapeutique auquel étaient soumis les individus ou lorsque l'intervention humanitaire se termine. Par conséquent, l'utilisation pointue de micronutriments pour sauver des vies a peu d'impact quant à l'autonomisation de la personne dont la vie a été sauvée. Généralement, cette personne n'acquiert ni les connaissances sur les micronutriments et la santé qui sont nécessaires pour établir une demande effective de nutriments, et pas seulement de vivres, ni la capacité d'obtenir un accès régulier à des aliments riches en micronutriments sur le marché ou par d'autres moyens, une fois la crise terminée.

De nouvelles approches doivent être adoptées en vue de déterminer des types d'interventions humanitaires éthiquement acceptables, qui ne se limitent pas à sauver des vies mais qui renforcent la demande d'accès à la nutrition, et pas seulement à la nourriture. Défendre les droits des populations

1.4 Accélérer les progrès en faisant les bons choix

souffrant de la faim ne peut pas se limiter à assurer leur accès aux vivres, car un apport adéquat en micronutriments exige l'accès aux bons aliments ainsi qu'aux connaissances voulues pour conduire à un changement de comportement au niveau des ménages, et pas seulement un accès amélioré aux marchés ou un meilleur pouvoir d'achat. Par conséquent, les solutions visant à assurer le respect de ce droit doivent être mises en œuvre au niveau des prix et des marchés, mais aussi dans le domaine de la santé publique et de la nutrition. Les solutions axées uniquement sur la quantité des aliments et pas

sur leur qualité nutritive risquent ni d'atteindre leur but, ni de répondre pleinement à nos responsabilités plus profondes.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Patrick Webb, Responsable des affaires académiques, Friedman School of Nutrition Science and Policy (École Friedman des sciences et politiques de la nutrition), Université de Tufts, et d'Andrew Thorne-Lyman, Nutritionniste en santé publique, PAM.



Deuxième partie: La dénutrition et la maladie – leurs effets tout au long du cycle de la vie

La faim, l'insuffisance de l'apport énergétique, l'insalubrité de l'eau, le manque d'hygiène et d'assainissement, des souches de maladies pharmacorésistantes et le manque d'accès aux services de santé continuent d'entraver les progrès dans la lutte contre la dénutrition et les maladies infectieuses, malgré les avancées technologiques.

Le chapitre 1 explore de manière plus approfondie la relation entre la faim et la santé, et notamment l'interaction entre la dénutrition et la maladie. **Le chapitre 2** suit cette relation bidirectionnelle tout au long du cycle de la vie du point de vue des maladies infectieuses à forte charge de morbidité et examine comment les effets à long terme d'une dénutrition dans la petite enfance se font ressentir aux stades ultérieurs de la vie sous forme de maladies chroniques et d'obésité. **Le chapitre 3** présente les menaces émergentes en matière de faim et de santé, et examine comment ces menaces pourraient augmenter la susceptibilité à la faim et à la maladie, en particulier pour les populations les plus vulnérables.

2.1 La dénutrition et la maladie: un lien étroit

“La nutrition doit être améliorée si l’on veut réduire les effets dévastateurs des maladies qui empêchent les personnes affligées par la faim et sous-alimentées de mener une vie productive”

Déclaration de Des Moines, 2004⁷

Tout au long de l’histoire, la faim et la maladie ont influencé le cours des événements par leur présence ou leur absence. Par exemple, entre 1150 et 1200, l’important réchauffement climatique que connut l’Europe, allié à la montée de la bourgeoisie, conduisit à une amélioration de l’alimentation. Au milieu du XIVe siècle, l’Europe avait atteint un nombre inégalé; avec un nouveau changement climatique, le “petit âge de glace”, on vit apparaître des températures plus froides et une humidité supérieure à la normale, qui provoquèrent une baisse du rendement agricole et une réduction catastrophique de l’apport énergétique par personne. L’état de santé général se détériora et les populations de rongeurs et de parasites se multiplièrent, créant un concours de circonstances favorables à une vaste épidémie. La peste bubonique,

ou peste noire, se propagea rapidement dans toute l’Europe, exterminant une proportion significative de la population puis réapparaissant périodiquement jusqu’au XVIIIe siècle (Scott et Duncan, 2001).

Au cours des deux siècles derniers, les maladies infectieuses comme la peste et les taux de mortalité qui leur sont associés ont régressé dans les pays développés. Toutefois, le monde en développement se heurte encore à des problèmes considérables. Les maladies infectieuses, comme le paludisme et la tuberculose, les maladies infantiles, dont la diarrhée et la pneumonie, et les carences nutritionnelles sont toutes des causes majeures de mortalité et de morbidité. La faim, un apport énergétique insuffisant, une eau insalubre, le manque d’hygiène et d’assainissement, alliés à l’existence de souches pharmacorésistantes et à un accès limité aux services de santé continuent d’entraver les progrès dans la lutte contre la dénutrition et les maladies infectieuses, malgré les avancées technologiques.

Les effets de la dénutrition sur la maladie

De même que la faim et la mauvaise santé sont étroitement liées, la relation de causalité entre dénutrition et maladie fonctionne dans les deux sens, les deux se renforçant mutuellement: la dénutrition entraîne un mauvais état de santé, qui rend l’organisme vulnérable aux infections et aux maladies chroniques. Cette relation bidirectionnelle s’étend aux principales maladies mortelles qui sévissent aujourd’hui: VIH/sida, tuberculose, infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques – tout particulièrement dans les régions les moins développées du monde.

La dénutrition est une manifestation physique de la faim, comme la maladie est le symptôme d’un mauvais état de santé.

Une personne qui a faim se défend beaucoup moins bien contre les maladies qu’une personne bien nourrie. La dénutrition affaiblit le système immunitaire et permet aux agents pathogènes de se multiplier, privant l’organisme de nutriments essentiels. L’insuffisance de l’apport énergétique ou en micronutriments compromet le système immunitaire,

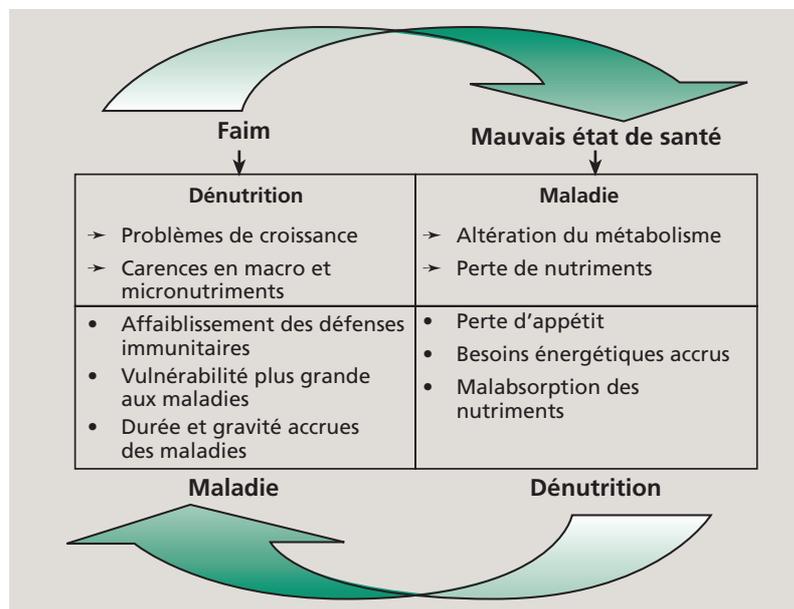
DÉTERMINANTS COMMUNS DE LA DÉNUTRITION ET DE LA MALADIE

Soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Absence d’immunisation et de mesures préventives, comme par exemple des moustiquaires• Recours limité à la chimiothérapie et aux traitements antirétroviraux• Comportement à risques
Environnement	<ul style="list-style-type: none">• Eau de mauvaise qualité, assainissement et hygiène personnelle insatisfaisants• Surpeuplement et entassement des logements• Infestations par les insectes et les parasites
Accès à une alimentation de qualité	<ul style="list-style-type: none">• Diversité alimentaire, apport énergétique et apport en micronutriments insuffisants• Difficultés au niveau de la disponibilité et de la production de nourriture• Mauvaise absorption des nutriments
Pratiques de puériculture	<ul style="list-style-type: none">• Pratiques d’allaitement maternel inadéquates• Manque de méthodes adéquates de réhydratation orale• Réalimentation inadéquate après une maladie• Repas trop peu nombreux et abondants pour les enfants en bas âge

Source: Comité permanent de la nutrition, 2004a

2.1 La dénutrition et la maladie: un lien étroit

Figure 15 – Les déterminants de la dénutrition et de la maladie



ce qui augmente la vulnérabilité aux maladies infectieuses et chroniques.

La dénutrition cause un affaiblissement général de l'organisme qui peut conduire à une augmentation de la fréquence de nouveaux cas de maladies infectieuses ou à une gravité accrue et à un prolongement de la maladie. Les données montrent que même les formes légères de dénutrition ont des effets négatifs sur le système immunitaire, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes. Par conséquent, toute déficience de l'état nutritionnel exacerbe la progression de l'infection, intensifiant les effets et prolongeant la durée de la maladie (Tomkins et Watson, 1989).

Pour simplifier, les enfants sous-alimentés sont plus souvent malades que les enfants bien nourris. Plusieurs

études ont confirmé le lien étroit entre l'état nutritionnel initial et la durée et la gravité des maladies infectieuses (Pelletier *et al.*, 1995; Schorling *et al.*, 1990).

Les formes modérées et sévères de dénutrition compromettent la capacité à résister aux maladies infectieuses et à en guérir. Chez les jeunes enfants sous-alimentés, les maladies de longue durée peuvent entraîner des troubles de croissance, voire même la mort. Encore récemment, la mortalité infantile était principalement attribuée à la maladie, peu d'attention étant accordée au lien avec la dénutrition. L'interaction résultant de la concomitance de la dénutrition et d'une infection aboutit à des effets plus graves que ceux produits par ces deux dernières indépendamment. Dans les pays en développement, plus d'enfants meurent du fait de la présence simultanée de la dénutrition et de la maladie que de leur survenue isolée (Tomkins et Watson, 1989).

Maladies nutritionnelles

Les troubles de croissance dus à la dénutrition sont mis en évidence par divers indicateurs anthropométriques, comme le retard de croissance et l'insuffisance pondérale (Comité permanent de la nutrition, 1990). La dénutrition peut se manifester par des maladies nutritionnelles comme le *kwashiorkor* et le *marasme* (Williams *et al.*, 2003).

Malheureusement, bien que la relation de causalité entre la dénutrition et la maladie soit largement reconnue, des programmes et des ressources bien plus importants ont été consacrés à la lutte contre les maladies infectieuses qu'à la prévention de la faim et de la dénutrition (Schroeder, 2001).

La maladie et la dénutrition: conclusions d'une étude menée au Libéria

- La dénutrition empêche une proportion alarmante d'enfants libériens d'atteindre leur plein potentiel. Le paludisme et la diarrhée sont les causes de morbidité et de mortalité infantiles les plus fréquentes. Globalement, 36 pour cent des décès parmi les enfants de moins de 5 ans étaient imputables au paludisme et 19 pour cent à la diarrhée.
- L'insuffisance pondérale est essentiellement associée à un faible poids de naissance et à des épisodes de maladies, en particulier la fièvre et la diarrhée. Les enfants dont le poids de naissance est inférieur à la normale qui ont récemment souffert de fièvre ou de diarrhée sont plus susceptibles de présenter un déficit pondéral.
- Les degrés d'émaciation sont liés aux soins de santé et à des indicateurs sanitaires. Les enfants qui n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole ou n'avaient pas reçu de traitement vermifuge et les enfants qui avaient récemment souffert de fièvre, de toux avec respiration courte, ou de diarrhée étaient considérablement plus émaciés.
- L'insuffisance pondérale à la naissance est liée à l'état nutritionnel des femmes. Les mères sous-alimentées avaient un risque de 31 pour cent supérieur de donner naissance à des bébés de faible poids que les femmes nourries adéquatement. Les femmes sous-alimentées avaient moins de chances que les femmes bien nourries de donner naissance à des bébés d'un poids supérieur à la normale.

Note: pour le contexte de cette étude, voir l'encadré page 40.

Source: PAM, 2006

Les effets de la maladie sur la dénutrition

“Les infections, aussi bénignes soient-elles, entraînent une détérioration de l'état nutritionnel. L'ampleur de ces effets dépend de l'état nutritionnel antérieur de l'individu, de la nature et de la durée de l'infection et du régime alimentaire pendant la période de rétablissement. Inversement, pratiquement toutes les carences en nutriments, si elles sont suffisamment sévères, compromettent la résistance aux infections” (Scrimshaw et San Giovanni, 1997).

Une infection aiguë ou chronique peut avoir des répercussions sur l'état nutritionnel qui entraîneront différentes réactions, dont la perte d'appétit et une mauvaise absorption des nutriments. Même lorsque le malade absorbe des nutriments, ceux-ci peuvent malgré tout rester inutilisés sous l'effet de l'infection. L'importance de ce déficit est généralement liée à la gravité de l'infection et aux facteurs suivants:

- malabsorption des nutriments;
- besoins énergétiques accrus; et
- perte d'appétit entraînant une baisse ou une stagnation de la courbe du poids.

Cette situation, qui est particulièrement courante et problématique chez les enfants malades, peut conduire à des troubles de croissance. La perte de poids et l'insuffisance pondérale sont considérées

comme les précurseurs de l'émaciation et de la dénutrition aiguë.

La gravité des maladies augmente sous l'effet du cercle vicieux qu'elles forment avec la dénutrition. Les conclusions d'études réalisées à l'échelon local au Guatemala, par exemple, indiquent que les enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës ou de diarrhée consomment moins de calories par jour que les enfants bien portants. Par ailleurs, les infections les plus graves peuvent conduire à des déficits alimentaires et énergétiques bien plus importants. Des enfants africains atteints de rougeole et examinés en phase aiguë de la maladie consommaient au total 75 pour cent de calories de moins qu'après leur rétablissement (Stephensen, 1999). Les familles pauvres ont moins accès à des vivres, à des services de santé et à des médicaments de qualité, et par conséquent les maladies risquent de durer plus longtemps. Il est important de souligner que, lorsque les ménages disposent de vivres de qualité en quantité suffisante, les maladies ont peu d'effet sur la prévalence de la dénutrition chez les enfants (Lutter et al., 1992). En revanche, elles exacerbent la dénutrition chez les enfants sous-alimentés, et plus le régime alimentaire est inadéquat, plus l'enfant se dénutrit.

Dans de nombreux ménages touchés par l'insécurité alimentaire, où le cycle de la dénutrition se répète souvent sur une période prolongée, les effets du cercle vicieux paraissent insurmontables et intergénérationnels.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

“Nous gagnons du terrain, mais la maladie nous devance toujours. Les chiffres sont si élevés qu’ils nous insensibilisent parfois jusqu’à nous rendre indifférents: 5 000 personnes meurent chaque jour de la tuberculose, et le paludisme fait 1 million de victimes par an. Derrière chacune de ces statistiques se cache la perte d’un être cher: une fille, un fils, une mère, un père, une sœur ou un frère.”

Paul David Hewson (Bono), 2005

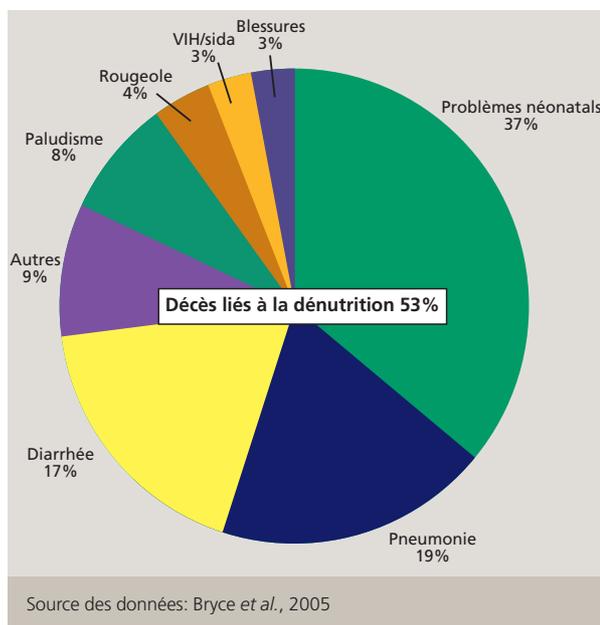
Les maladies infectieuses chez l’enfant

Chaque année, près de 10 millions d’enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. La plupart de ces décès sont imputables à trois types de maladies: les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (dont la pneumonie) et le paludisme. La durée et la gravité de ces maladies infectieuses sont accentuées par la dénutrition.

Environ la moitié des décès d’enfants de moins de 5 ans sont directement imputables à la faim. Ces 5,6 millions de décès annuels interviennent chez des enfants souffrant de maladies infectieuses courantes, notamment la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la rougeole, qui ne sont pas mortelles chez les enfants bien nourris (Bryce *et al.*, 2005). Près de 800 000 de ces décès sont dus à une carence concomitante en vitamine A dans les régions où cette carence est répandue (Rice *et al.*, 2004).

Les pourcentages estimés de décès dans lesquels la dénutrition est une cause synergique sont à peu près semblables pour la diarrhée (61 pour cent), le paludisme (57 pour cent), la pneumonie (52 pour cent)

Figure 16 – Principales causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dans le monde



et la rougeole (45 pour cent). Ces décès ne se produisent que dans les cas où les deux conditions, dénutrition et maladie, sont réunies (Bryce *et al.*, 2005). Toutes deux comptent parmi les principales causes de décès infantiles.

Les enfants s’adaptent au faible apport en macronutriments et micronutriments en réduisant leur activité physique; parallèlement, leur croissance ralentit. Si l’apport énergétique reste insuffisant pendant une période prolongée, leur système immunitaire s’affaiblit et ils deviennent plus vulnérables aux maladies et aux infections. De nombreuses études ont établi un lien étroit entre la dénutrition et un taux de morbidité et de mortalité accru pour tout un éventail de maladies infantiles courantes, y compris les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

CHARGE DE MORTALITÉ DES MALADIES INFANTILES

Maladies diarrhéiques

6 000 enfants meurent chaque jour de maladies d’origine hydrique. Les maladies diarrhéiques, dont le nombre de cas dépasse **4 milliards** causent **2,2 millions** de décès chaque année, dont la plupart parmi les enfants de moins de 5 ans.

Infections respiratoires aiguës

La pneumonie – forme grave d’infection respiratoire aiguë – contribue à **19 pour cent** de la totalité des décès parmi les enfants de moins de 5 ans et à **26 pour cent** des décès néonataux.

Source: UNICEF, 2007a

Source: UNICEF et OMS, 2006

Maladie infantile	Risques et effets	Facteurs impliqués
Maladies diarrhéiques	<ul style="list-style-type: none"> • Absorption intestinale réduite • Carences en vitamine A et en zinc 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition, y compris carences en micronutriments • Accès limité à de l'eau propre • Assainissement inadéquat • Biberons contaminés • Introduction trop précoce d'aliments solides • Méthodes défectueuses de stockage des aliments
Infections respiratoires aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance pondérale à la naissance • Carences en vitamine A, en zinc, en vitamine D et en calcium • Vulnérabilité accrue aux autres maladies 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition, y compris carences en micronutriments • Infections respiratoires antérieures • Absence d'immunisation • Présence du VIH/sida • Fumée de tabac, pollution atmosphérique

Source: adapté du rapport UNICEF, 2002

Les maladies diarrhéiques. Les maladies diarrhéiques sont une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles dans de nombreux pays en développement. Des épisodes diarrhéiques répétés peuvent entraîner chez l'enfant une dénutrition, des troubles de croissance, une diminution de la réponse immunitaire et, dans de nombreux cas, la mort. Chez les enfants sous-alimentés, les épisodes diarrhéiques ont tendance à être plus graves et de plus longue durée, ce qui indique l'existence d'un cercle vicieux entre la diarrhée et la dénutrition. Les maladies diarrhéiques peuvent réduire l'apport énergétique de 15 à 20 pour cent chez les enfants.

Les carences, notamment en vitamine A et en zinc, peuvent augmenter la gravité des maladies diarrhéiques. Plusieurs études ont montré que chez les très jeunes enfants, les diarrhées prolongées ont des effets négatifs sur la croissance (Checkley *et al.*, 2003; Assis *et al.*, 2005).

Les enfants de couches défavorisées sont sous-alimentés parce qu'ils n'ont pas suffisamment à manger et non pas parce qu'ils souffrent de diarrhée. Veiller à ce que ces enfants aient suffisamment à manger reste encore le meilleur moyen de s'attaquer au problème de la sous-alimentation (Briend *et al.*, 1989).

Les infections respiratoires aiguës. Ces infections figurent parmi les maladies les plus courantes chez les nourrissons et les jeunes enfants dans les pays en développement. La dénutrition représente un important facteur dans les décès causés par les

infections respiratoires aiguës. Dans les pays en développement, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans touchés par une forme quelconque d'infection respiratoire aiguë est passé de 16 pour cent en 1990 à 54 pour cent en 2005 (UNICEF, 2006b). Cette augmentation est liée à plusieurs facteurs: la dénutrition sévère, les maladies opportunistes comme le VIH/sida et les facteurs environnementaux, dont la fumée de tabac et la pollution atmosphérique intérieure. C'est parmi les enfants de moins de 2 ans que la prévalence des infections respiratoires aiguës est la plus forte.

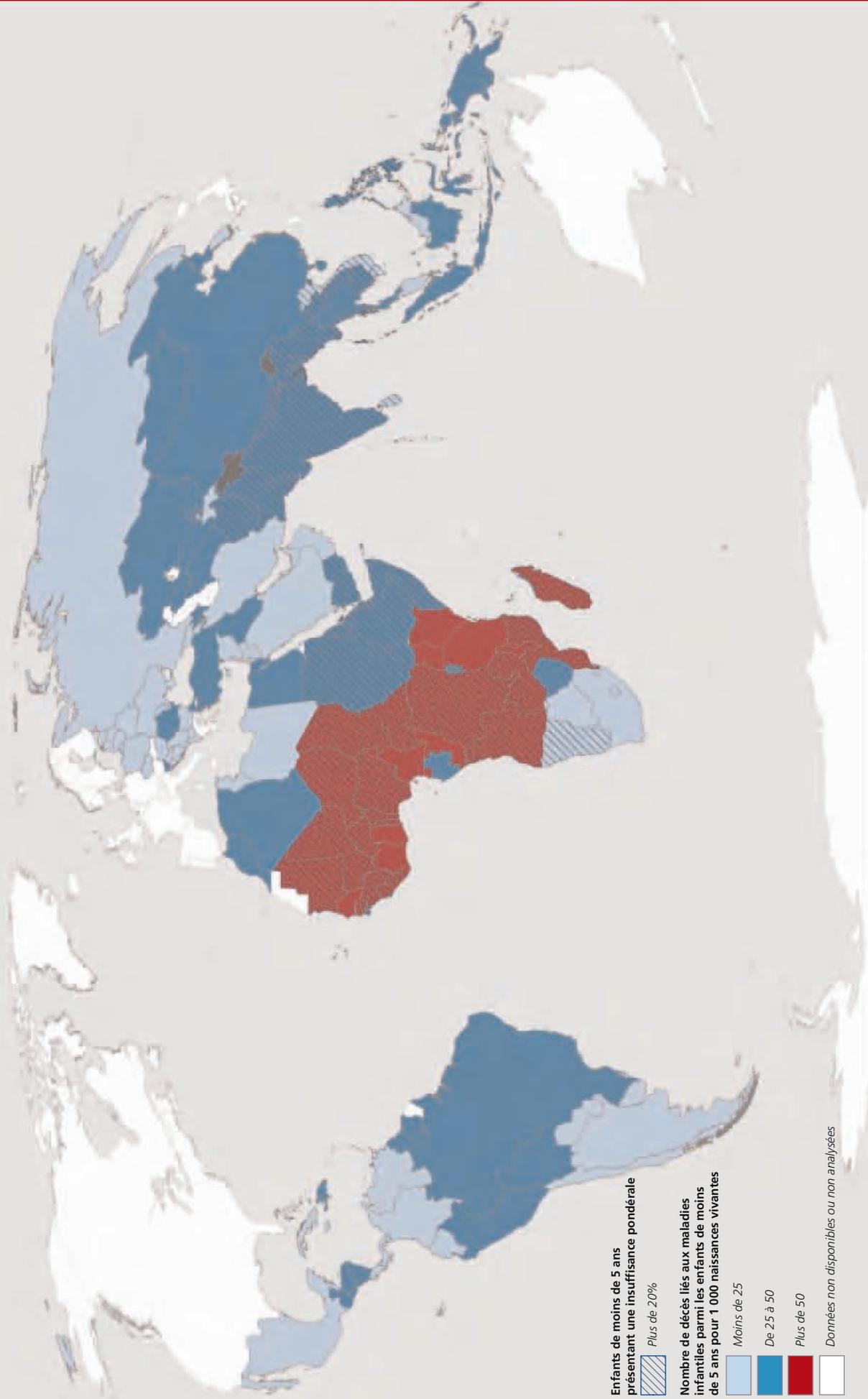
L'état micronutritionnel a été classé parmi les facteurs de risque dans les infections respiratoires aiguës. Par exemple, les maladies respiratoires ont été associées à un risque accru de carence en vitamine A; on a prouvé par ailleurs que la carence en vitamine A augmentait, à son tour, la gravité des maladies respiratoires, notamment chez les enfants d'âge scolaire. La supplémentation nutritionnelle et un allaitement prolongé au sein semblent réduire le nombre de cas d'infections respiratoires aiguës. La supplémentation

Données recueillies au Brésil

Une étude menée sur neuf ans au nord-est du Brésil a examiné l'ampleur et la durée de l'interaction entre les infections diarrhéiques dans la petite enfance et les troubles de croissance chez l'enfant. Les données recueillies ont montré que les épisodes diarrhéiques survenus dans la petite enfance et les infections intestinales ultérieures nuisaient au développement cognitif et physique de l'enfant (Moore *et al.*, 2001).

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Carte 4 – La charge de mortalité et les maladies infantiles



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Source des données: OMS, 2007

Les infections respiratoires aiguës et les carences en micronutriments

Les enfants sous-alimentés sont deux fois plus exposés aux infections respiratoires aiguës, en particulier lorsqu'ils ne sont pas allaités au sein et que leur situation socioéconomique est défavorable (Deb, 1998). Les données indiquent que les infections respiratoires aiguës compromettent l'absorption des micronutriments essentiels, y compris la vitamine A. Plusieurs études constatent que même après une supplémentation en vitamine A à forte dose, une importante proportion de nourrissons demeurent en carence en raison d'infections respiratoires fréquentes et récurrentes, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'une fièvre (Rahman *et al.*, 1996).

en zinc pourrait également permettre, semble-t-il, de réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections respiratoires aiguës.

Lacunes de connaissances: la nutrition et les maladies infantiles

Globalement, on constate d'énormes lacunes en ce qui concerne les informations relatives au fardeau des maladies infantiles, en particulier dans les pays les plus pauvres où les taux de mortalité infantile sont les plus élevés. La durée d'un épisode diarrhéique et son impact nutritionnel n'ont pas été indiqués correctement dans les courbes de croissance des enfants.

Les carences en micronutriments sont étroitement liées aux infections respiratoires aiguës et aux maladies diarrhéiques. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour déterminer les interactions éventuelles, qu'elles soient positives ou négatives, entre l'état nutritionnel et la supplémentation en micronutriments chez les enfants atteints de ces maladies.

Les maladies infectieuses qui touchent toutes les tranches d'âge

Il existe une forte interaction entre le **paludisme** et la dénutrition; près de 57 pour cent des décès dus au paludisme sont imputables à la dénutrition (Comité permanent de la nutrition, 2004b).

Le fardeau du paludisme

- **Plus de 500 millions** de personnes sont infectées chaque année.
- **1 million** d'enfants meurent chaque année du paludisme, la plupart en Afrique.
- **90 pour cent** des décès interviennent en Afrique.

Source: UNICEF, 2007b

Dans l'ensemble des régions tropicales, le paludisme demeure un problème de santé publique omniprésent touchant les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées dans plus de 100 pays et territoires. Plus de 40 pour cent de la population mondiale est exposée au risque de contracter cette maladie. C'est parmi les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qu'elle fait le plus de ravages. On a constaté que lorsqu'une personne gravement sous-alimentée contracte le paludisme, elle risque beaucoup plus d'en mourir, surtout s'il s'agit d'un enfant.

Le paludisme alimente le cercle vicieux reliant l'insécurité alimentaire, la faim chronique et la maladie. Il compromet régulièrement les progrès en matière de sécurité alimentaire familiale, car il réduit la productivité de ceux qui subviennent aux besoins du ménage, oblige à puiser sur les revenus et les économies pour traiter la maladie et, à terme, cause la mort – en particulier chez les jeunes enfants, mais aussi parmi les membres productifs de la famille.

La dénutrition et le paludisme: un lien étroit

On dispose de données nombreuses, bien que complexes, montrant un lien important entre la dénutrition et le paludisme. Plusieurs études ont examiné les liens – qu'il s'agisse d'une synergie, d'un antagonisme ou d'une relation neutre – entre les différents types de dénutrition, y compris les carences protéino-énergétiques, les retards de croissance et l'insuffisance pondérale. En outre, plusieurs études fournissent des données probantes attestant d'une interaction entre la dénutrition et *Plasmodium falciparum* (Shankar, 2000).

Un grand nombre de ces études montrent que le paludisme semble exacerber la dénutrition. Chez une personne infectée, cette maladie peut entraîner une

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

PALUDISME	
Étape du cycle de la vie	Risque faim/santé
Grossesse	<ul style="list-style-type: none">• Risque accru de morbidité, anémie, mise au monde d'enfants mort-nés et infections congénitales.• Risque accru de complications durant la grossesse.
Nourrissons et enfants en bas âge	<ul style="list-style-type: none">• Faible poids à la naissance des bébés.• Apport réduit en fer augmentant encore le risque d'anémie.
Enfants d'âge scolaire, adolescents, adultes et personnes âgées	<ul style="list-style-type: none">• Personnes infectées par le paludisme courant un risque accru d'anémie sévère.

perte de poids, une dénutrition et des troubles de croissance.

Plusieurs études menées en Afrique font état d'une perte de poids chez les jeunes enfants après une attaque de paludisme (Shankar, 2000):

- Gambie: une étude a constaté que le paludisme était fortement lié à un gain de poids réduit et à des troubles de croissance chez les enfants de moins de 3 ans.
- Tchad: les patients atteints de paludisme étaient 0,57 fois plus susceptibles d'être sous-alimentés, et les patients sous-alimentés atteints de paludisme avaient 1,5 fois plus de risques de ne pas survivre à la maladie.
- Burkina Faso: les enfants en insuffisance pondérale avaient 0,9 fois plus de risques d'être infectés.
- Zambie: les enfants en insuffisance pondérale avaient 1,27 fois plus de risques d'être infectés.
- Soudan: les enfants présentant des retards de croissance étaient 1,4 fois plus susceptibles d'avoir souffert d'une attaque récente de paludisme.

Il se peut que les données synthétisées ne rendent pas pleinement compte de la situation, mais elles indiquent l'existence d'une relation bidirectionnelle complexe entre le paludisme et la dénutrition, qui s'aggrave mutuellement et augmentent les risques de mortalité.

Le paludisme et la dénutrition: une relation complexe

- Deux études menées l'une au Brésil et l'autre dans l'ancienne Union des Républiques socialistes soviétiques, ont fait apparaître une fréquence supérieure de cas de paludisme graves chez les personnes sous-alimentées (Shankar, 2000).
- Une étude de faible ampleur menée en Inde a montré que la densité des parasites augmentait avec l'amélioration de l'état nutritionnel, indiquant que la dénutrition avait un effet protecteur.

L'amélioration générale de l'apport énergétique, grâce à un meilleur accès à des aliments de qualité, en particulier pour les enfants en bas âge, a toutes chances de réduire considérablement le fardeau de cette maladie.

Le paludisme et les carences en micronutriments

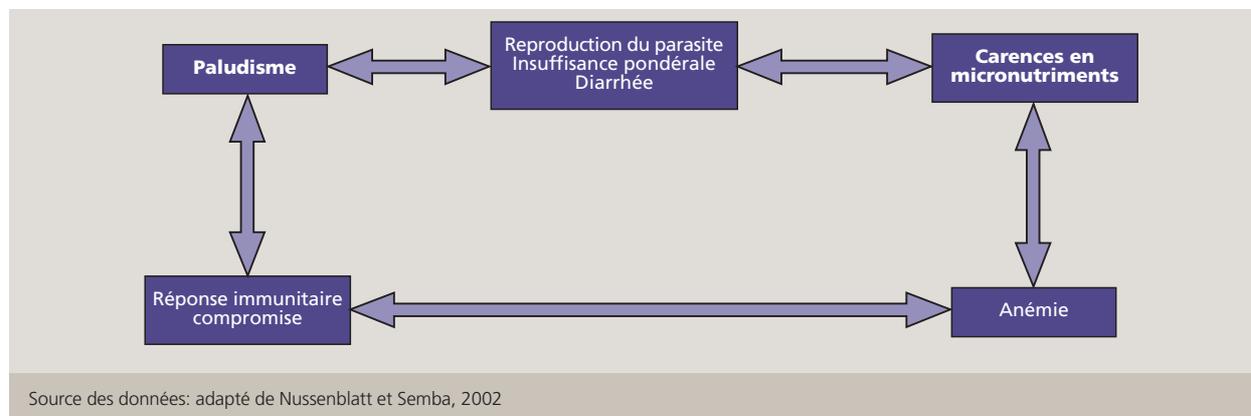
Chez les personnes atteintes de paludisme, on observe des concentrations de plusieurs micronutriments inférieures à celles de personnes non infectées. Par conséquent, la prévention et le traitement de cette maladie sont étroitement liés à l'interaction entre certains micronutriments spécifiques et les attaques de la maladie.

Les carences en micronutriments jouent également un rôle au niveau de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Des études attestent de résultats encourageants en ce qui concerne le rôle de la supplémentation en micronutriments – notamment en vitamine A et en zinc – dans la réduction de la morbidité chez les enfants qui vivent dans des régions où le paludisme est endémique.

Lacunes de connaissances: la nutrition et le paludisme

Des travaux de recherche plus approfondis sont nécessaires pour clarifier les liens entre certains nutriments spécifiques et la charge de morbidité du paludisme, et notamment l'effet des vitamines et des minéraux: vitamine A, zinc et fer. Des études ont constaté une réduction de la morbidité palustre associée à la supplémentation en vitamine A et en zinc chez des enfants d'âge préscolaire, mais ces effets

Figure 17 – La relation bidirectionnelle entre le paludisme et les carences en micronutriments



n'ont pas été observés parmi d'autres groupes vivant dans des régions où le paludisme est endémique.

Il convient de mener d'autres études sur les effets positifs et négatifs d'une supplémentation en fer dans les régions où le paludisme est endémique.

VIH/sida – un fardeau très lourd. Le double fardeau du VIH/sida et de la faim menace l'agriculture et le développement rural en réduisant la productivité et les revenus et en augmentant les dépenses de santé. Par ailleurs, le taux de dépendance augmente dans les familles en raison du nombre croissant de personnes qui dépendent d'un plus petit nombre de soutiens de famille. La maladie précipite la perte des méthodes culturelles traditionnelles, des connaissances intergénérationnelles ainsi que des compétences, pratiques et coutumes spécialisées (FAO, 2003). Aussi la faim va-t-elle souvent de pair avec le VIH/sida.

La faim contribue à l'infection par le VIH en ce qu'elle:

- augmente les migrations liées à la recherche de vivres et de revenus;

Fardeau du VIH/sida

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006:

Adultes: **37,2 millions**

Femmes: **17,7 millions**

Enfants: **2,3 millions**

Nombre de décès par le sida en 2006:

Adultes: **2,6 millions**

Enfants de moins de 15 ans: **380 000**

Source: ONUSIDA, 2006

- augmente la tendance à prendre des risques pour obtenir des vivres et des revenus; et

- accentue l'inégalité entre les sexes – quand la quantité de nourriture est limitée dans un ménage, les femmes souffrent souvent les premières de la faim et sont contraintes de chercher de la nourriture ailleurs.

Besoins énergétiques accrus et VIH

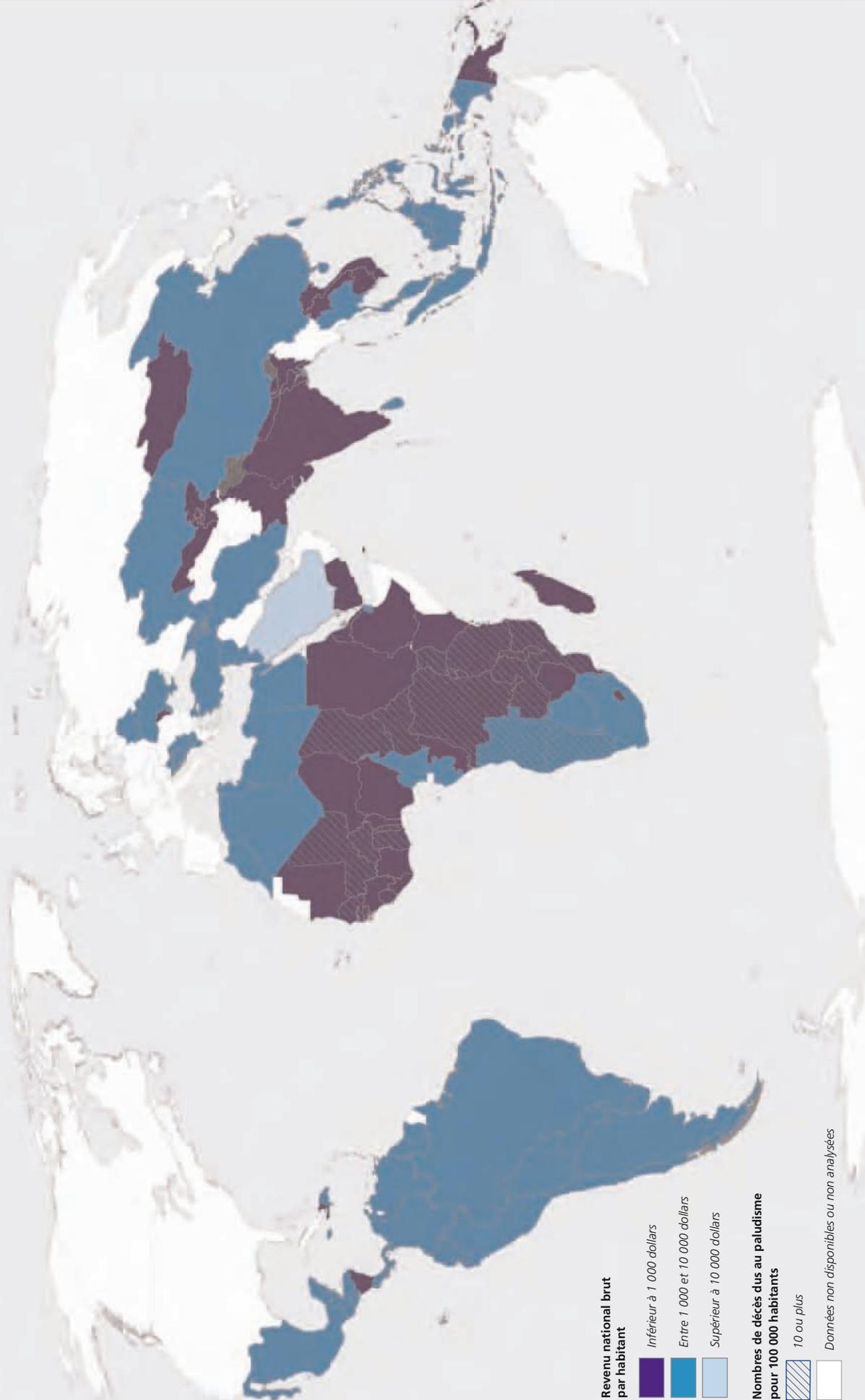
Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins nutritionnels spéciaux, même si l'évolution de l'infection par le VIH peut être extrêmement variable selon les cas. La relation entre le VIH et la dénutrition devient évidente dès les premières manifestations de la maladie. Les voies digestives étant touchées, il en résulte une malabsorption des nutriments et une perte d'appétit, qui réduit à son tour la quantité de nourriture consommée.

L'émaciation chez les adultes et les retards de croissance chez les enfants, signes caractéristiques du sida, sont d'importants facteurs prédictifs de la morbidité et de la mortalité parmi les individus atteints. Les études ont montré un accroissement des besoins énergétiques chez les personnes vivant avec le VIH: on a observé une augmentation de la dépense énergétique au repos chez les patients atteints du VIH. L'apport énergétique est compromis en raison du manque d'appétit et le manque d'accès à une quantité suffisante de denrées alimentaires de qualité peut encore aggraver le déficit nutritionnel.

Le but recherché est de maintenir la croissance chez les enfants et d'éviter une perte de poids chez les adultes.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Carte 5 – Le fardeau du paludisme dans le monde



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs frontières ou limites.
Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Sources des données: OCDE, 2006; OMS, 2007

VIH/sida	
Étape du cycle de la vie	Risque faim/santé
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru de dénutrition dû aux infections récurrentes. • Diminution du stock de nutriments et malabsorption des nutriments.
Nourrissons et enfants en bas âge	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance pondérale à la naissance; importants troubles de croissance. • Risque accru de transmission de la mère à l'enfant par l'allaitement maternel.
Enfants d'âge scolaire et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru de retards de croissance et d'émaciation. • Besoins énergétiques accrus résultant d'une malabsorption des nutriments. • Risque accru de transmission et d'infection lié à l'activité sexuelle.
Adultes et personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'émaciation. • Besoins énergétiques accrus. Malabsorption des nutriments.

Source: Fawzi et Mehta, 2007

L'OMS recommande que les séropositifs asymptomatiques de tous les âges augmentent leur apport énergétique de 10 pour cent pour ne pas perdre de poids et, dans le cas des enfants, pour garantir la croissance. Chez les adultes atteints du VIH et présentant des symptômes, les besoins énergétiques augmentent de 20 à 30 pour cent, tandis que chez les enfants vivant avec le VIH qui accusent une perte de poids, l'apport énergétique doit augmenter de 50 à 100 pour cent (OMS, 2003).

Carences en micronutriments et VIH

On sait que les carences en micronutriments affaiblissent le système immunitaire, ce qui est susceptible d'augmenter le risque de transmission et de progression de la maladie (Villamor *et al.*, 2004; Fawzi *et al.*, 2005; Kupka *et al.*, 2005). L'infection par le VIH risque en elle-même de nuire à l'absorption des nutriments et de contribuer à des carences en micronutriments.

Les études montrent invariablement que la supplémentation multivitaminique en vitamines B, C et E chez les femmes enceintes infectées par le VIH réduit les problèmes comme l'insuffisance pondérale à la naissance et l'accouchement prématuré. Ces vitamines sont également bénéfiques pour les hommes et les femmes atteints par le VIH avant de commencer un traitement antirétroviral, car elles permettent de ralentir la progression de la maladie et de réduire la mortalité (Fawzi et Mehta, 2007).

L'une des stratégies thérapeutiques est axée sur l'amélioration de l'état nutritionnel des individus déjà infectés par la maladie. Une autre consiste à veiller à la sécurité alimentaire des populations exposées au risque d'infection. La conscience de ces liens permet de mieux soigner et traiter les personnes atteintes, mais c'est aussi d'une importance capitale pour la prévention et la réduction de la maladie.

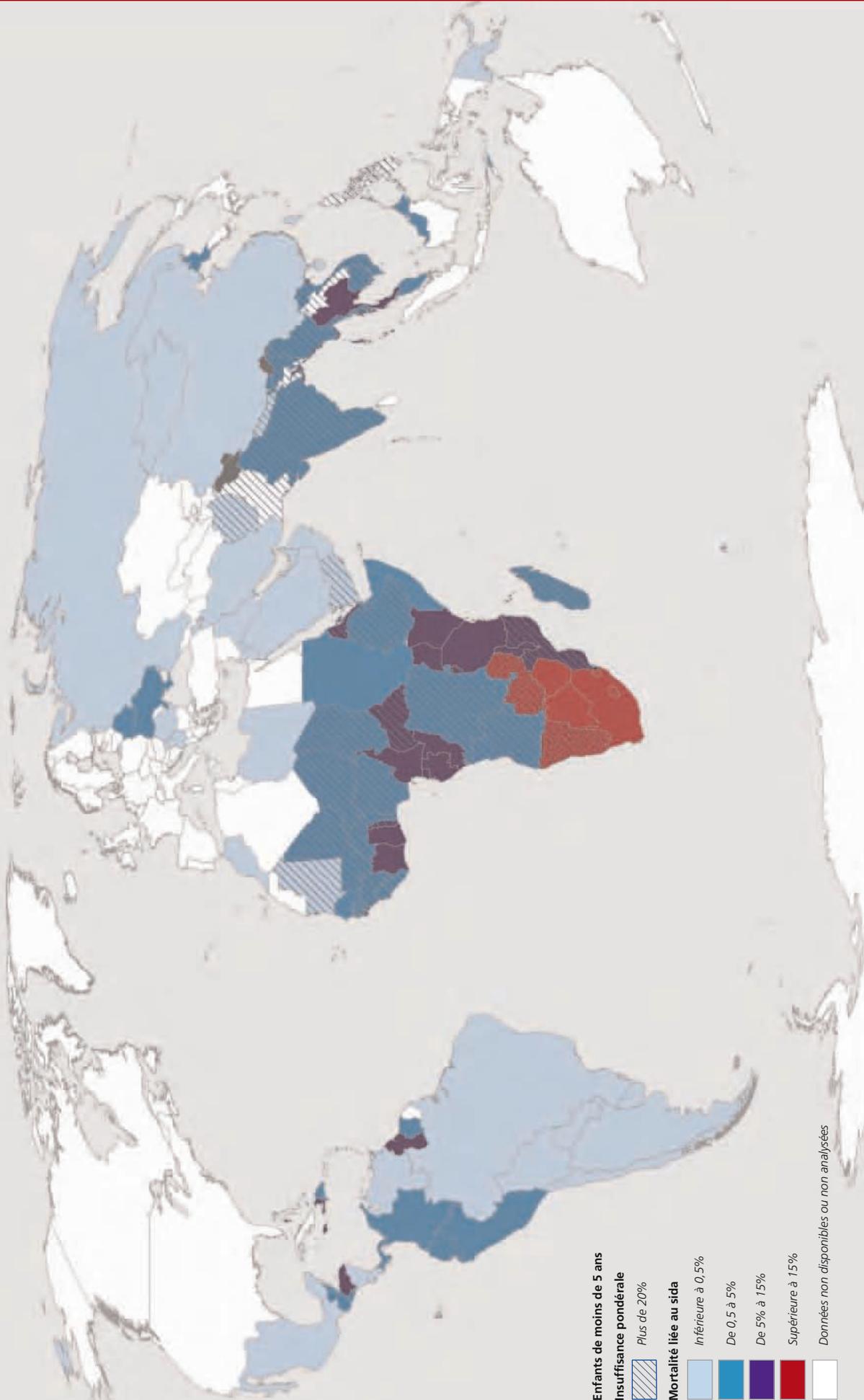
De l'avis général, il est bien préférable de proposer un traitement antirétroviral dans le cadre d'une stratégie thérapeutique intégrée et coordonnée. Une nutrition adéquate permet de réduire les effets secondaires et d'améliorer la tolérance aux médicaments, notamment au début du traitement. Les médecins commencent à reconnaître l'importance de la fourniture à court terme d'une ration alimentaire/nutritionnelle durant les 6 à 12 premiers mois de traitement. Ces aliments permettent aux patients de s'adapter aux médicaments et d'éviter une émaciation (Greenblott, 2007). Toute aide alimentaire qui améliore l'apport énergétique d'un individu permet de minimiser les effets secondaires du traitement antirétroviral et renforce

Données recueillies en Zambie

Dans une étude menée récemment en Zambie, on a analysé les effets de l'administration d'aliments enrichis en micronutriments aux séropositifs qui recevaient du PAM des rations alimentaires familiales mensuelles. Les résultats ont indiqué que la fourniture de ces rations aux patients exposés à l'insécurité alimentaire avant de commencer un traitement antirétroviral améliorerait l'adhésion au traitement (Megazzini *et al.*, 2006).

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Carte 6 – Mortalité due au VIH/sida parmi les enfants de moins de 5 ans



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Source des données: OMS, 2007

l'adhésion au traitement et son efficacité. Surtout, les personnes bien nourries sont moins susceptibles de décéder pendant une période donnée.

Les stratégies reposant sur une aide alimentaire destinée à accroître l'apport énergétique et à diversifier l'alimentation doivent être encouragées afin de répondre aux besoins énergétiques accrus, d'augmenter l'appétit et de réduire le risque de carences en micronutriments, notamment parmi les populations particulièrement vulnérables.

L'allaitement maternel et le VIH

L'allaitement maternel est responsable de plus d'un tiers des cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique subsaharienne. Le taux de transmission varie entre 15 et 40 pour cent dans les cas non traités, mais il peut être ramené à 2 pour cent seulement par la mise en place de mesures préventives. Par exemple, les pratiques nutritionnelles, y compris l'allaitement maternel exclusif, deviennent des facteurs critiques pour la survie de l'enfant (Coutsoudis *et al.*, 2001).

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) recommande d'éviter l'allaitement maternel dans le cas de femmes atteintes par le VIH lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre. Toutefois, ces conditions sont rarement satisfaites dans les régions moins développées du monde. Il n'est généralement pas possible d'éviter totalement l'allaitement maternel en raison du coût élevé des laits en poudre, des conditions d'hygiène inadéquates, du risque accru de morbidité parmi les enfants qui ne sont pas allaités par leur mère, et de l'opposition sociale à cette pratique.

Si une alimentation de remplacement telle que spécifiée par ONUSIDA n'est pas possible, il est recommandé aux femmes infectées par le VIH d'allaiter leurs bébés exclusivement au sein pendant les tout premiers mois, puis d'arrêter complètement dès que possible: le risque de transmission du VIH est beaucoup plus grand pour les nourrissons qui sont partiellement allaités au sein que pour ceux qui le sont exclusivement.

Lacunes de connaissances: la nutrition et le VIH

Il est urgent de consacrer d'autres études à la relation entre l'infection par le VIH et les besoins en macronutriments. Les données dont on dispose actuellement sont insuffisantes pour permettre de recommander une modification de la composition d'une alimentation équilibrée typique, en augmentant par exemple la proportion de protéines ou de lipides pour les personnes vivant avec le VIH.

Les données montrent de plus en plus que la supplémentation en certains micronutriments, notamment en vitamine A/bêta-carotène, peut avoir des effets adverses chez les personnes vivant avec le VIH, en particulier les femmes enceintes. Il est recommandé de procéder à une évaluation initiale de l'état nutritionnel du point de vue de ces nutriments avant de prescrire une supplémentation supérieure à l'apport nutritionnel recommandé.

Par contre, la supplémentation périodique en vitamine A chez les enfants atteints du VIH semble apporter les mêmes bienfaits que chez les populations séronégatives – par exemple une réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies comme la diarrhée – et elle est recommandée pour les enfants de plus de 6 mois.

La sûreté d'une supplémentation régulière en fer suscite des inquiétudes. Toutefois, les données sont limitées et, faute de preuves, aucun changement n'est recommandé relativement à la supplémentation en fer et en folates telle qu'elle est suggérée par l'OMS pour les femmes enceintes vivant au sein de populations infectées par le VIH.

La tuberculose – un fardeau encore lourd. Tout comme le VIH/sida, la tuberculose porte gravement atteinte aux moyens de subsistance et à la sécurité alimentaire, en partie parce qu'un grand nombre de personnes atteintes de tuberculose sont également infectées par le VIH.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Intermezzo 4: Le sida et la faim – enjeux et actions

Avec l'intensification constante des effets multiformes de la gigantesque épidémie de sida, on assiste à l'apparition de nouvelles interactions dangereuses qui menacent le développement social et économique national. La reconnaissance de la complexité et des ramifications de l'épidémie de sida – et du fait qu'elle est essentiellement induite par les stratégies, les contraintes et les possibilités relatives aux moyens de subsistance des individus – a été lente à venir.

L'examen de l'interaction entre le sida et la faim révèle l'existence de plusieurs cercles vicieux. Celui qui lie la dénutrition et la maladie est activé dans l'organisme immédiatement après l'infection d'un individu par le VIH. Un deuxième est centré sur l'accès d'un ménage à la nourriture dont il a besoin. L'insécurité alimentaire peut soumettre les populations à un risque accru d'exposition au VIH, en les obligeant par exemple à migrer pour trouver du travail ou à accepter la pratique du sexe transactionnel pour survivre. Les diverses répercussions de la maladie chronique et des décès prématurés sur les avoirs et les ressources des ménages, après la transmission du virus, sont bien connues. Du début à la fin, ce sont les pauvres, et parmi eux surtout les femmes, qui ont le plus de mal à s'en sortir.

L'agriculture est le principal moyen de subsistance pour la majorité des populations touchées par le VIH/sida. En Afrique orientale et australe, l'épidémie de sida a déjà de lourdes conséquences sur l'agriculture, puisqu'elle atteint les adultes en pleine vie productive, compliquant pour les pauvres et, dans ce cas également, surtout pour les femmes, la tâche de pourvoir aux besoins alimentaires de la famille. Toutefois, ce n'est pas généralement le problème de la main-d'œuvre qui est critique, mais le manque d'argent résultant des dépenses nécessitées par la maladie. Certaines études montrent que l'impact sur l'agriculture est relativement modeste, mais il est important de réaliser que la situation risque de changer lorsque les jeunes adultes, qui courent un risque particulièrement élevé de contracter le VIH, deviendront chefs de famille. Nous connaissons très mal les impacts à long terme du sida du point de vue du transfert des connaissances et des compétences des agriculteurs à leurs enfants.

Les causes et les conséquences de la crise du sida sont essentiellement multisectorielles. Les mesures correspondant à l'ampleur du problème sont

presque exclusivement sectorielles et "verticales", à l'exception de quelques initiatives novatrices, pour la plupart à petite échelle. Les belles paroles ne manquent pas, mais la plupart des organisations de développement restent enfermées dans des systèmes et des échéanciers qui ne cadrent absolument pas avec la dynamique du sida. Dans le contexte de cette épidémie, il est facile de se laisser gagner par le refus d'admettre la réalité ou par un sentiment progressif de paralysie professionnelle.

À tout professionnel de l'agriculture qui demande: "Pourquoi devrais-je me soucier du sida?", on répondra tout simplement: "Si le secteur agricole africain ne prend pas de mesures préventives à l'égard du sida, il ne réalisera pas son objectif premier d'améliorer la production alimentaire et l'accès à la nourriture". De même, les organisations agricoles internationales qui apportent un soutien aux pays africains doivent intégrer le sida à leurs préoccupations si elles veulent rester proches des réalités, sans quoi le premier OMD – réduire l'extrême pauvreté et la faim – restera un rêve.

Toutefois, on perçoit une lueur d'espoir: les communautés réagissent, les organisations non gouvernementales de proximité innovent activement et les gouvernements commencent à aller au-delà des déclarations sur papier et à mettre en place des programmes visant à s'attaquer au problème du sida. Les récentes conférences organisées en 2005 à Durban par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires et le Forum sur l'Afrique mis sur pied en 2006 à Lusaka par Project Concern International ont non seulement prouvé la demande croissante d'informations, mais aussi la multitude d'innovations au niveau local visant à endiguer la "double épidémie" du sida et de la faim.

En examinant les programmes d'aide alimentaire et nutritionnelle sous l'angle du sida et en tenant compte du contexte, on s'aperçoit souvent qu'il est possible d'améliorer l'impact des programmes tant sur la faim que sur le sida en les modifiant légèrement. Les cercles vicieux peuvent alors être rompus et devenir vertueux. L'amélioration des moyens de subsistance ruraux et de la production agricole peuvent contribuer à réduire la propagation du VIH et les répercussions du sida. Les programmes qui atténuent la nécessité pour les populations pauvres de migrer pour trouver du travail, par exemple en restaurant des terres dégradées, peuvent diminuer le risque d'exposition au virus.

De même, en évaluant les stratégies de prévention, de soins et de traitement des programmes de lutte contre le sida sous l'angle de l'alimentation et de la nutrition, on découvre parfois des synergies potentielles. Par exemple, les individus sous-alimentés lorsqu'ils commencent un traitement antirétroviral courent un risque six fois supérieur de décéder dans une période donnée que les personnes bien nourries. Nous savons qu'une nutrition adéquate améliore l'efficacité des médicaments, en réduit les effets secondaires et renforce l'adhésion au traitement. Ces effets présentent des avantages à court terme pour le patient, mais offrent aussi d'importants bienfaits à long terme, car l'adhésion au traitement ralentit le développement de souches pharmacorésistantes. Mais les interventions doivent aller bien au-delà d'une assistance alimentaire à court terme: elles doivent être fondées sur le lien entre l'agriculture et les actions sanitaires et s'articuler autour de la sécurité des moyens de subsistance, qui est un facteur de première importance.

Toutefois, et cela revêt une importance supérieure à toute cette nouvelle activité, il est manifestement nécessaire aujourd'hui d'élargir l'envergure des actions efficaces proportionnellement à l'ampleur de l'épidémie, afin qu'elles aient un impact réel et de longue durée. Parallèlement, il est important d'identifier quelles actions mises en œuvre par la collectivité produisent des résultats avant de chercher des moyens de les renforcer, ainsi que d'assurer une aide nutritionnelle complémentaire lorsque les capacités de réaction locales sont dépassées. Les gouvernements et les organisations internationales doivent travailler en collaboration afin d'élaborer des stratégies permettant

simultanément de renforcer l'aptitude de la collectivité à surmonter l'adversité et de créer des formes synergiques de protection sociale à l'initiative de l'État.

Selon l'adage éculé, "on apprend par la pratique". Cette approche est utile lorsque le temps est limité. Mais pour véritablement "apprendre en faisant", il convient de mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation simples et facilement applicables – qui ont fait cruellement défaut dans le passé. Pour que les connaissances issues de ces enseignements puissent être diffusées efficacement, les parties prenantes doivent établir des liens plus étroits entre elles. Des réseaux de contacts comme RENEWAL se sont formés ces dernières années dans le but de catalyser et d'intensifier cet enseignement en temps réel.

En 2003, les Nations Unies ont reconnu la "triple menace" du sida, de l'insécurité alimentaire et de la réduction des capacités en Afrique; en juin 2006, l'article 28 de la Déclaration politique sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies a explicitement demandé que "tous les êtres humains aient, à tout moment, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive [...] comme éléments d'une riposte globale au VIH/sida". Nous connaissons les faits et sommes investis d'une mission – il nous faut maintenant renforcer l'efficacité de nos interventions.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Stuart Gillespie, Chargé de recherche, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires et Directeur, Réseau régional sur le sida, les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire (RENEWAL).

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Fardeau de la tuberculose (en 2005)

- **8,8 millions** de nouveaux cas
- **1,6 millions** de décès
- **195 000** cas associés à une infection par le VIH

Sources: OMS, 2007a, b

La tuberculose est une maladie infectieuse courante, près de 9 millions de nouveaux cas étant dépistés chaque année dans le monde entier. Un tiers de la population mondiale est infectée par *Mycobacterium tuberculosis*, cette primo-infection risquant dans une grande proportion de cas d'évoluer vers une tuberculose active. Une fois qu'une personne a été infectée, la maladie reste généralement latente, le risque cumulé qu'elle évolue vers une tuberculose active étant de 10 pour cent pendant la vie entière. Ce risque est plus élevé chez les enfants, les personnes vivant avec le VIH, les personnes atteintes d'un cancer, les individus sous-alimentés et les personnes âgées (Shah *et al.*, 2001).

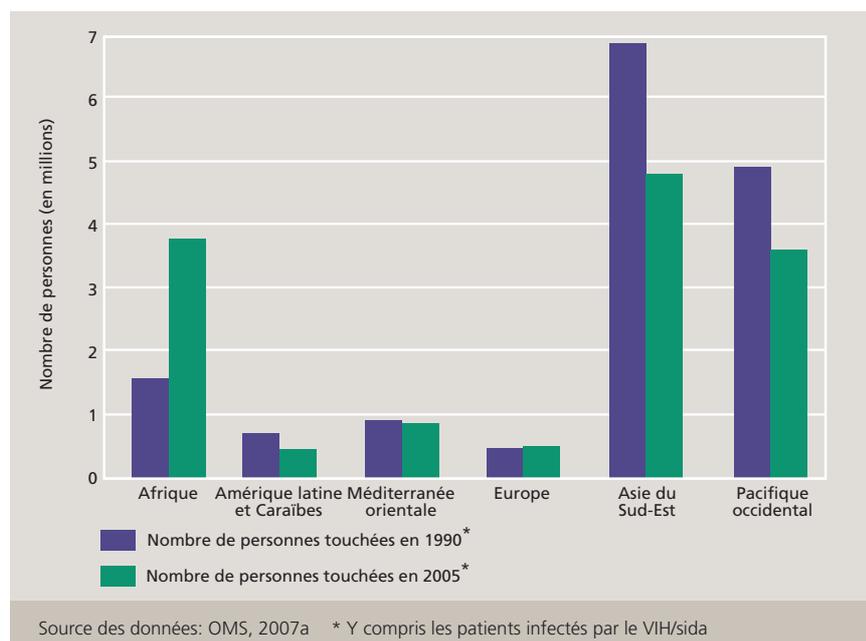
Le lien entre la faim et la tuberculose est bien connu, le risque de la contracter augmentant avec les carences nutritionnelles, la survenue de la maladie portant souvent atteinte à l'état nutritionnel (Cegielski et McMurray, 2004).

Plusieurs études ont constaté une corrélation entre la dénutrition et la tuberculose (Chatterjee *et al.*, 1968; Harries *et al.*, 1985, 1988; Onwubalili, 1988; Scalcini *et al.*, 1991; Cegielski et McMurray, 2004). Toutefois, il est difficile de déterminer la cause et l'effet: le rôle de la dénutrition dans la propagation de la tuberculose ne peut être dissocié d'autres facteurs pouvant éventuellement porter à confusion, comme par exemple une mauvaise hygiène, l'absence de soins médicaux adéquats, le surpeuplement et l'insalubrité des logements. Il est également possible que la tuberculose cause la dénutrition et non pas que la dénutrition entraîne un risque accru de contracter la tuberculose et augmente la gravité de la maladie. D'autres études cliniques sont nécessaires pour mieux comprendre les effets potentiels des interventions alimentaires et nutritionnelles sur le risque de contracter la tuberculose et sur l'issue du traitement.

Besoins nutritionnels accrus et tuberculose

Quelles que soient les causes, la dénutrition et la tuberculose sont étroitement liées. Comme le VIH/sida, la tuberculose est associée à une émaciation sévère, qui est probablement causée entre autres par une diminution de l'appétit et des pertes accrues de nutriments (Macallan *et al.*, 1998; Paton *et al.*, 1999, 2003). La perte de poids chez les patients tuberculeux

Figure 18 – Fardeau estimé de la tuberculose, 1990 et 2005



Données historiques

Une étude notable a été réalisée auprès de prisonniers de guerre britanniques et russes détenus dans des camps allemands pendant la Deuxième Guerre mondiale. Les prisonniers vivaient tous dans les mêmes conditions, mais les Britanniques recevaient de la Croix-Rouge une aide alimentaire consistant en 30 g de protéines et 1 000 kcal par jour. On a constaté un taux de prévalence de la tuberculose bien inférieur chez les prisonniers britanniques, à savoir 1,2 pour cent contre 15 à 19 pour cent chez les prisonniers russes (Leyton, 1946).

est un facteur prédictif de mortalité (Mitnick *et al.*, 2003; Zachariah *et al.*, 2002).

Lors d'un essai, les patients qui avaient commencé un traitement antituberculeux deux semaines auparavant ont été répartis de manière aléatoire en deux groupes et ont reçus, pendant six semaines, l'un des conseils nutritionnels standard et l'autre des conseils avec administration de suppléments à haute teneur énergétique. À la fin de l'étude, on a constaté une augmentation bien supérieure du poids, de la masse maigre totale et de la force de préhension des patients du groupe ayant reçu la supplémentation (Paton *et al.*, 2004).

Lacunes de connaissances: dénutrition et tuberculose

Bien que l'état nutritionnel d'un individu infecté semble influencer sur le risque que la tuberculose latente devienne active, rien ne permet de déterminer quel type d'intervention nutritionnelle pourrait empêcher

cette évolution. D'autres études sont nécessaires pour permettre de mieux comprendre la relation entre les macronutriments et la tuberculose. Il est également important de connaître l'effet des interventions nutritionnelles (macronutriments et micronutriments) sur l'issue du traitement antituberculeux et d'avoir une meilleure idée de la collaboration que pourraient mener les secteurs de la santé et de la nutrition pour combler les lacunes de connaissance.

Les bienfaits d'une supplémentation en vitamine A, en zinc ou multivitaminique chez les patients tuberculeux ne sont toujours pas clairs. On pense que la supplémentation en vitamine D pourrait améliorer les taux de guérison et réduire la vulnérabilité à l'infection, mais d'autres travaux de recherche sont nécessaires pour le confirmer. Pour cette raison, une supplémentation en micronutriments supérieure à l'apport nutritionnel recommandé n'est pas conseillée aux patients tuberculeux. D'autres essais randomisés portant sur des échantillons de taille plus importante, réalisés avec des doses standardisées de micronutriments et faisant l'objet d'un suivi de plus longue durée, sont nécessaires pour déterminer plus précisément le rôle des micronutriments dans le traitement de la tuberculose.

Bien que le lien entre la dénutrition et la tuberculose ne soit pas contesté, combler ces importantes lacunes de connaissances devrait figurer parmi les priorités des mesures de santé publique. Par ailleurs, de meilleures données sont nécessaires pour déterminer les effets des interventions nutritionnelles sur l'issue de la tuberculose pour les patients.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Intermezzo 5: L'aide alimentaire et le traitement de la tuberculose

La tuberculose est souvent exacerbée par la pauvreté et la faim, en particulier dans les pays connaissant des situations d'urgence complexes. L'Afghanistan et la Somalie, par exemple, souffrent depuis longtemps de troubles civils et d'une très lourde charge de morbidité et de mortalité due à la tuberculose. En Afghanistan, un pays de 30 millions d'habitants, 50 000 personnes contractent chaque année la tuberculose et 10 000 en meurent. En Somalie, qui compte 9 millions d'habitants, ces chiffres sont respectivement de 20 000 et 4 000. Ces taux d'incidence comptent parmi les plus élevés des pays qui ne sont pas encore gravement touchés par la pandémie de VIH/sida.

Heureusement, le traitement de la tuberculose est techniquement au point. L'OMS a élaboré, dans les années 90, une stratégie de lutte contre la tuberculose qu'elle a appelé DOTS – Traitement de brève durée sous surveillance directe – (OMS, 2007). La stratégie DOTS se compose de procédures de dépistage et de traitement efficaces: dépistage et traitement de six à huit mois par chimiothérapie avec administration de plusieurs médicaments antituberculeux. Le traitement DOTS a été récemment développé en une stratégie globale de lutte contre la tuberculose: la stratégie Halte à la tuberculose. L'efficacité du DOTS et de la stratégie Halte à la tuberculose est largement constatée. L'objectif visé est de guérir 85 pour cent des tuberculeux recevant un traitement.

Soigner la tuberculose est néanmoins une tâche décourageante dans des pays comme l'Afghanistan et la Somalie. Les troubles civils ont porté une atteinte sérieuse aux infrastructures sanitaires et par conséquent au traitement de la tuberculose. Les tuberculeux sont souvent issus des segments les plus pauvres de communautés déjà défavorisées. Il n'est pas facile pour eux d'accéder aux soins antituberculeux. De surcroît, le traitement est long: six à huit mois. Si les patients ne le suivent pas assidûment, la maladie risque de devenir résistante aux médicaments antituberculeux. La tuberculose multipharmacorésistante est, par définition, résistante à au moins deux des antituberculeux les plus efficaces: l'isoniazide et la rifampicine; elle est très difficile à guérir. Les patients peuvent aussi développer une résistance aux médicaments de deuxième intention, ceux qui sont utilisés pour traiter la tuberculose multipharmacorésistante. Ce type de résistance rend la maladie presque certainement incurable.

Face à ces difficultés, une initiative novatrice "Nourriture et traitement" a été mise en œuvre pour les patients tuberculeux. En Afghanistan et en Somalie, grâce à une collaboration entre le PAM, l'OMS et les gouvernements nationaux et locaux, les patients reçoivent une aide alimentaire pendant la durée du traitement. L'état nutritionnel des patients tuberculeux en est certainement amélioré. Par ailleurs, et c'est tout aussi important sinon plus, l'aide alimentaire incite les patients à achever leurs six à huit mois de traitement.

Afghanistan

L'Afghanistan a réussi à procurer de bons soins aux patients tuberculeux et à leur famille. En 2006, on a dépisté 25 475 cas de tuberculose; 89 pour cent des patients ont achevé leur traitement de huit mois et ont été guéris. Ce résultat est extrêmement encourageant. L'Afghanistan a réalisé l'objectif mondial relatif au traitement de la tuberculose. Tous les tuberculeux dépistés et leur famille élargie bénéficient de l'aide alimentaire apportée par le PAM, l'OMS et le Programme national de lutte contre la tuberculose du Ministère de la santé publique. Ainsi, en Afghanistan, un nombre total d'environ 180 000 personnes souffrant directement ou indirectement de la tuberculose ont reçu une aide alimentaire en 2006.

La nourriture est livrée tous les un ou deux mois pendant la durée du traitement. L'effet direct de l'aide alimentaire sur le taux de réussite élevé du traitement (89 pour cent) est difficile à évaluer car en Afghanistan tous les tuberculeux et leur famille reçoivent une aide alimentaire. Il serait contraire à la morale de mener une étude expérimentale avec deux groupes, l'un ne recevant pas d'aide alimentaire. Néanmoins, les données provenant d'observations faites sur le terrain qui confirment l'impact de l'aide alimentaire sont abondantes.

Somalie

En Somalie, un traitement antituberculeux basé sur la stratégie DOTS a été lancé en 1995. Chacune des 18 régions de Somalie dispose d'au moins un centre antituberculeux, mis en place en collaboration avec les ONG et les autorités locales. En 2006, 11 945 cas de tuberculose ont été dépistés dans ces centres; 89 pour cent des patients concernés ont achevé leur traitement et ont été guéris.

De bons soins antituberculeux ont été procurés grâce à l'apport d'une aide alimentaire. Celle-ci a contribué à une amélioration du traitement en Afghanistan et en Somalie, et a joué un rôle crucial dans l'achèvement de ce long traitement par les patients tuberculeux et leur famille. Même dans des conditions extrêmement difficiles, l'Afghanistan et la Somalie ont réalisé l'objectif mondial relatif au dépistage et au traitement de la tuberculose.

La tuberculose est souvent surnommée la maladie des pauvres, en particulier dans des pays comme

l'Afghanistan et la Somalie. Les tuberculeux doivent lutter contre la maladie, mais aussi contre la faim. Les problèmes de santé liés à la faim peuvent être résolus lorsque volonté politique et action sont réunies sous forme de partenariats efficaces entre les gouvernements nationaux et locaux, les ONG et des institutions des Nations Unies comme l'OMS et le PAM.

Contribution à la collection La faim dans le monde du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

“Celui qui veut approfondir la médecine doit faire ce qui suit: il considèrera d’abord les saisons de l’année et l’influence respective que chacune d’elles exerce... Il est nécessaire aussi de connaître les qualités des eaux... Il reconnaîtra le genre de vie des habitants, qui sont ou amis du vin, de la bonne chère et du repos, ou laborieux, adonnés aux exercices du corps...”

Hippocrate, 460–380 av. J.-C.

Établissement d’un lien entre la dénutrition infantile et les maladies chroniques chez l’adulte

Les maladies chroniques, qui représentent 60 pour cent de la totalité des décès, sont de loin la cause la plus importante de mortalité dans le monde (OMS, 2005). Les principales causes des maladies chroniques sont bien connues: alimentation mal équilibrée, manque d’activité physique et tabagisme. Ces causes sont associées à l’hypertension, à l’hyperglycémie, à des taux anormaux de lipides dans le sang, à la surcharge pondérale et à l’obésité.

On s’accorde pour reconnaître qu’une vaste proportion de la population mondiale est surnutrie, ce qui est à long terme préjudiciable pour la santé. Ce que l’on connaît moins c’est la relation entre la dénutrition dont souffre un enfant aujourd’hui et le risque accru d’obésité et de maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète de type II auquel il sera exposé par la suite.

On observe une coexistence croissante de la dénutrition et de la surnutrition, en particulier dans les pays en transition et à revenu intermédiaire. Dénommé “transition nutritionnelle”, le double fardeau d’une dénutrition infantile et d’une surnutrition à un stade ultérieur est particulièrement évident dans les pays subissant de rapides transitions économiques, qui s’accompagnent d’une hausse alarmante des taux de prévalence des maladies chroniques. Le nombre de personnes obèses augmente dans tous les pays du

Fardeau des maladies chroniques

- **35 millions** de personnes, dont la moitié avait moins de 70 ans, sont mortes de maladies chroniques en 2005.
- **80 pour cent** des décès par maladies chroniques interviennent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.
- **1 milliard** de personnes dans le monde sont obèses.
- D’ici 2010, les pays en développement compteront **plus de personnes obèses** que les pays développés.
- Les maladies dues à la dénutrition, à la surnutrition et au régime alimentaire représentent **plus de la moitié** des maladies mondiales et des dépenses publiques de centaines de millions de dollars.

Sources: OMS, 2005, 2006a

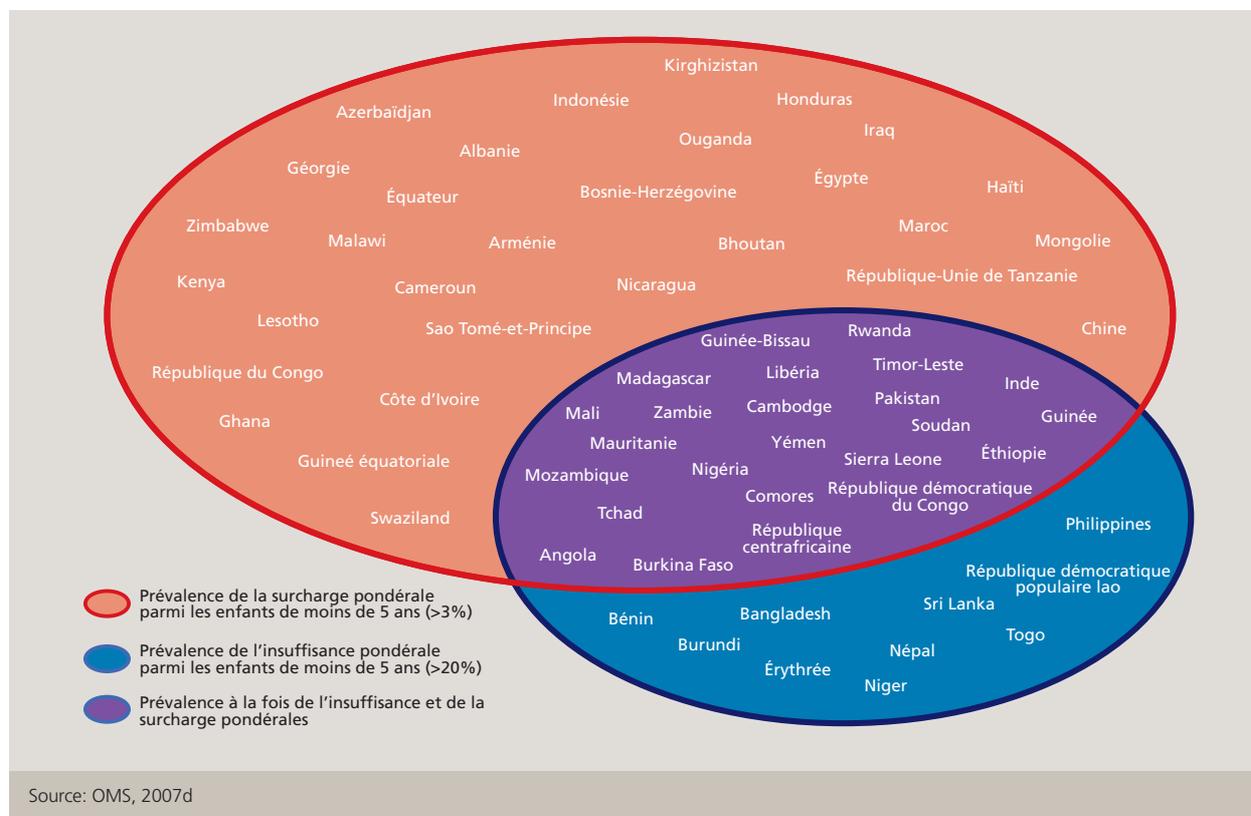
monde. En Amérique latine, en Inde et en Chine le lien entre la dénutrition et la surnutrition constitue une source de préoccupation croissante face à la rapide évolution de l’économie et de la société (OMS, 2005).

Cette transition nutritionnelle menace tout particulièrement les pays qui connaissent une forte prévalence de maladies infectieuses et de dénutrition en même temps que la surnutrition et les maladies chroniques. Les tendances mondiales indiquent que, même si l’obésité est essentiellement un problème des pays à revenu élevé, sa prévalence augmente actuellement parmi les enfants et les adolescents des zones urbaines dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Schneider, 2000). Les coûts associés aux maladies liées à l’obésité sont élevés, en particulier chez les adultes; la prévention est donc essentielle pendant l’enfance et l’adolescence (Delisle et al., 2000).

Directement liées par la faim dans la petite enfance, la dénutrition et la surnutrition convergent.

Les données montrant que la dénutrition infantile est liée à la surnutrition à un stade ultérieur de la vie sont de plus en plus nombreuses. Des données abondantes recueillies dans de nombreux pays indiquent également que la santé de l’adulte dépend des

Figure 19 – La malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans les PFRDV



conditions auxquelles il a été soumis avant la naissance et dans la petite enfance. Par exemple, on admet aujourd’hui le lien entre l’insuffisance pondérale à la naissance et l’hypertension, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. Certaines données font apparaître un lien entre la dénutrition maternelle durant la grossesse, un gain de poids rapide entre 2 et 10 ans, une surcharge pondérale chez les jeunes enfants et un risque accru de maladies chroniques à l’âge adulte (Michels, 2003). De toute évidence, ce qui est vécu à un stade particulier du cycle de la vie a des incidences sur les stades ultérieurs.

Déjà en 1944, lors de la famine hollandaise, plusieurs études avaient constaté qu’un mauvais état nutritionnel dans l’enfance prédisposait les individus aux maladies chroniques plus tard dans leur vie. Une étude a examiné l’effet des pénuries alimentaires chez les femmes enceintes qui ont plus tard développé une intolérance au glucose (Godfrey et Barker, 2001). Une

autre étude s’est penchée sur la relation entre les maladies coronariennes et le poids à la naissance (Roseboom *et al.*, 2000a, b, 2001). Ces conclusions, augmentées de données recueillies récemment, montrent un lien étroit entre l’insuffisance pondérale à la naissance et les maladies coronariennes, l’hypertension et le diabète de type II.

Une étude menée aux États-Unis a constaté que les filles de 8 à 16 ans vivant dans des familles sous-alimentées couraient un risque d’obésité 3,5 fois supérieur à celui des filles de familles suffisamment alimentées (Alaimo *et al.*, 2001). Cette contradiction apparente s’explique par le fait que les aliments meilleur marché ont souvent une plus haute teneur énergétique et contiennent notamment plus de matières grasses et de sucres que les aliments plus chers, de meilleure qualité. Les enfants et adolescents obèses ont des chances de le rester une fois adultes, ce qui les expose à un risque accru d’invalidité ou de mort prématurée (Sorenson *et al.*, 1992; OMS, 2007c).

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

L'obésité a également été associée à la dépression, en particulier chez les adolescentes aux États-Unis (Anderson *et al.*, 2006).

Les programmes de prévention de l'obésité devraient cibler en priorité les adolescents, car les interventions sanitaires auprès de cette tranche d'âge semblent donner de meilleurs résultats que celles qui s'adressent aux populations adultes, dont les habitudes de vie et les comportements sont ancrés (Gortmaker *et al.*, 1993; Delisle *et al.*, 2000).

Lacunes de connaissances

L'augmentation de l'obésité parmi les populations affamées des pays développés pourrait être associée à l'insuffisance d'activité physique ou à la consommation d'aliments de mauvaise qualité et à haute teneur en lipides qui, généralement moins chers, sont plus à la portée des familles à faible revenu. Il est urgent de mener d'autres études afin de mieux comprendre la relation entre la faim, une alimentation de qualité adéquate, l'obésité et certaines maladies chroniques spécifiques.

Intermezzo 6: La transition nutritionnelle en Amérique latine – l’expérience du Programme du Conseil national chilien des jardins d’enfants

Maria s’inquiète du fait que depuis qu’elle a accouché de Pedrito – son fils cadet – elle prend de plus en plus de poids. Elle aimerait aussi être un peu plus grande.

L’inquiétude de Maria pourrait être aussi celle de nombreuses femmes d’Amérique latine. Au cours des 20 dernières années, la région a connu plusieurs changements économiques, démographiques et environnementaux, tels que la mondialisation du marché, l’urbanisation et l’amélioration de l’assainissement, qui ont modifié la composition de l’organisme, les habitudes alimentaires et les modes d’activité physique. Les hauts niveaux de dénutrition, l’alimentation essentiellement végétale à faible teneur énergétique et l’activité physique intense cèdent progressivement la place à des taux d’obésité élevés et des maladies chroniques d’origine nutritionnelle, à une consommation élevée de produits alimentaires transformés et de produits d’origine animale, et à des activités sédentaires – processus désigné sous le nom de transition nutritionnelle. Malheureusement, étant donné la rapidité de ces changements, les maladies chroniques d’origine nutritionnelle viennent s’ajouter aux problèmes associés aux carences nutritionnelles au lieu de les remplacer, créant une double charge de morbidité. Par exemple, au Mexique et au Brésil, on a constaté chez certains adultes la coexistence d’une obésité et d’un retard de croissance et, dans la plupart des pays, les enfants qui accusent des retards de croissance présentent également une surcharge pondérale, alors qu’on s’attendrait à ce qu’il soit d’un poids insuffisant ou normal par rapport à leur taille.

Toutefois, ce qui est plus inquiétant encore, c’est que la dénutrition dans la petite enfance semble accentuer l’effet de cette transition nutritionnelle. Selon des données de plus en plus nombreuses, la dénutrition qu’un individu a connue aux stades critiques de sa petite enfance – la période fœtale et les deux premières années de vie indépendante – le prédispose à l’obésité et aux maladies connexes plus tard dans sa vie. Plusieurs études ont montré que les bébés maigres et les nourrissons de faible poids et petite taille ont un risque accru de souffrir d’obésité, de diabète, de maladies cardiovasculaires et de plusieurs autres maladies chroniques à l’âge adulte. L’enjeu que représente la lutte contre la dénutrition exige que l’on s’attaque simultanément aux problèmes liés à la dénutrition et à la surnutrition, dans la perspective du cycle de la vie.

Les carences nutritionnelles et l’obésité ont souvent leur origine dans la pauvreté. Les pauvres des pays en développement continuent d’être exposés aux infections et à la dénutrition pendant leur enfance, et s’ils parviennent malgré tout à l’âge adulte, ils ont alors du mal à accéder à une alimentation saine, ont peu de possibilités d’exercer une activité physique, et souffrent donc d’un risque accru d’obésité et de maladies connexes. Dans certains pays latino-américains, comme le Brésil, le Chili et le Mexique, les taux d’obésité sont déjà plus élevés parmi les couches de la population à faible revenu, et les prévisions économiques indiquent que la même chose se produira, à terme, dans la plupart des pays de la région.

Hier, Maria a été convoquée au jardin d’enfants parce que Pedrito est en surpoids. L’institutrice lui a expliqué les risques qui sont associés à l’obésité infantile et a recommandé qu’elle diminue la quantité de boissons sucrées, de frites et de biscuits que Pedrito mange à la maison. Elle a également demandé à Maria de l’amener à pied au jardin d’enfants. L’institutrice a insisté sur l’importance d’agir avant que Pedrito ne soit plus grand et qu’il ne soit trop tard. Cependant, Maria hésite: Pedrito est comme beaucoup d’autres enfants de sa maternelle...

Le Programme du Conseil national chilien des jardins d’enfants (JUNJI) est un programme national qui fournit des services de puériculture ainsi qu’une alimentation complémentaire aux nourrissons et aux enfants d’âge préscolaire de familles à faible revenu. En 1970, quand le programme a été mis en place, l’insuffisance pondérale et les retards de croissance constituaient les problèmes nutritionnels les plus urgents chez les enfants chiliens, et par conséquent les efforts étaient centrés sur la réduction des carences nutritionnelles. Au cours des années suivantes (probablement en raison de la contribution de beaucoup d’autres programmes d’assistance comme le JUNJI), le taux de prévalence de l’insuffisance pondérale au Chili a baissé, passant de 16 pour cent en 1975 à 9 pour cent en 1986. Par contre, les retards de croissance (5 pour cent en 1987) persistaient. En conséquence, en 1990, le programme a cessé d’utiliser uniquement l’indicateur du poids par rapport à l’âge et a incorporé la taille dans ses évaluations nutritionnelles périodiques.

2.2 Examen plus approfondi de la dénutrition et de la maladie

Au cours de la décennie suivante, la prévalence des retards de croissance a diminué, tandis que l'obésité a augmenté. Les responsables du programme JUNJI se sont alors rendus compte que les problèmes nutritionnels des enfants que le programme ciblait n'étaient plus liés à la quantité de nourriture, mais à sa qualité. Aussi fut-il décidé de diminuer l'apport calorique fourni par les repas JUNJI. Selon les rapports du programme JUNJI, les taux d'obésité se sont stabilisés après la mise en œuvre de ces changements. On s'attend à ce que d'autres ajustements apportés au programme, comme l'organisation d'ateliers et de stages de formation pour les parents, contribuent à réduire encore davantage l'obésité dans cette catégorie vulnérable.

L'Amérique latine a mis en place un réseau de programmes d'aide nutritionnelle qui luttent avec succès contre la dénutrition depuis des décennies; on peut citer en exemple Progesa au Mexique et Red de Protección Social au Nicaragua. Toutefois, l'Amérique latine se heurte aujourd'hui au problème

de la transition nutritionnelle. L'expérience du JUNJI montre que l'adaptation des programmes d'aide nutritionnelle en cours et l'exploitation des ressources déjà disponibles offrent une possibilité inégalée de résoudre ces problèmes. En passant aux stades suivants de la transition nutritionnelle, les pays devront s'attacher à concevoir de nouvelles stratégies visant à garantir une alimentation d'une teneur nutritive adéquate – énergie et micronutriments – plutôt qu'à supprimer les programmes d'aide nutritionnelle.

Les données qui sont régulièrement collectées dans le cadre de ces programmes doivent être utilisées pour suivre les tendances et surveiller l'état nutritionnel des bénéficiaires afin de redéfinir leurs objectifs et leurs priorités. Ce sera le seul moyen de continuer de garantir une nutrition adéquate aux Maria et aux Pedrito de ces pays.

Contribution à la collection La faim dans le monde du Dr Camila Corvalan, Université Emory, Université du Chili.

2.3 Menaces émergentes

“Pour réduire la faim et la pauvreté et améliorer l'accès à l'eau propre et à l'assainissement, nous devons disposer d'une base solide de durabilité environnementale qui permettra de fournir les services qui sont nécessaires au bien-être des populations.”

Neville Ash, 2005

Les changements climatiques mondiaux, la grippe aviaire et l'urbanisation sont autant d'évolutions actuelles qui ont le potentiel de transformer de façon spectaculaire les interventions visant à éliminer la faim et la maladie. Comme dans le cas des évolutions et menaces antérieures, ce sont les populations pauvres et marginalisées qui seront les plus touchées.

Les changements climatiques mondiaux

Au cours des deux dernières décennies, les pays développés comme les pays en développement ont subi les effets de changements climatiques mondiaux qui se sont manifestés sous la forme de catastrophes naturelles particulièrement dévastatrices et de plus en plus fréquentes (Guha-Sapir *et al.*, 2004). Outre la fréquence et la gravité accrues des phénomènes naturels, parmi les autres menaces inquiétantes susceptibles de mettre en échec les stratégies d'atténuation de la faim figurent la réduction de la disponibilité d'eau propre et de terres arables et la régression de la biodiversité.

Les modifications climatiques engendreront des changements au niveau de la pluviométrie et de la quantité d'eau disponible provenant des glaciers et de la fonte des neiges. On prévoit une réduction de la disponibilité et de la qualité de l'eau, en particulier dans les régions touchées par la sécheresse. D'ici 2020, entre 75 millions et 250 millions de personnes pourraient être confrontées à des pénuries d'eau en Afrique (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, 2007). Les changements climatiques, l'augmentation du nombre de catastrophes naturelles et la surexploitation de la biodiversité mondiale pourraient mettre à rude épreuve la capacité des écosystèmes à s'adapter.

La régression de la biodiversité

La biodiversité et le bien-être humain sont intrinsèquement liés. Tout comme nos ancêtres étaient tributaires de toute une variété d'espèces, le monde moderne dépend et bénéficie des services des écosystèmes. Avant la sédentarisation humaine, les premiers êtres humains pouvaient choisir parmi environ 250 espèces végétales pour se nourrir et jouir d'une alimentation diversifiée bénéfique à leur santé. Toutefois, au 3^e millénaire av. J.-C., le nombre d'espèces végétales disponibles consommées était tombé à 56. Globalement, 75 pour cent de nos calories proviennent aujourd'hui de seulement 12 végétaux (Barnes, 2007).

Dans certaines régions, il se peut que le maintien de la diversité alimentaire devienne un problème préoccupant. “Une hausse des températures moyennes mondiales de 1,5 à 2,5°C par rapport à 1990 entraînera un risque accru d'*extinction irréversible* de 20 à 30 pour cent des espèces. Une augmentation des températures moyennes mondiales dépassant 1,5–2,5°C risque d'entraîner des changements au niveau des écosystèmes qui auront des effets négatifs sur les biens et services environnementaux que les humains utilisent” (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, 2007).

Les effets sur l'alimentation

La production alimentaire mondiale et locale subira les effets de la hausse des températures et des changements au niveau de la pluviométrie et de la disponibilité d'eau. Le rendement des céréales augmentera probablement dans les plus hautes latitudes si les températures augmentent de 1 à 3°C. En revanche, on s'attend à ce que les rendements baissent dans les plus basses latitudes, en particulier dans les régions tropicales qui ont une saison sèche (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, 2007). Conjuguée au risque d'augmentation du nombre de catastrophes naturelles, et au préjudice qu'elles sont susceptibles de porter à la production agricole, l'évolution de l'agriculture pourrait conduire à des pénuries alimentaires et à la famine (Pimentel, 1993).

La modification des écosystèmes causée par les changements climatiques pourrait aussi influencer sur la

2.3 Menaces émergentes

Pertes et sécurité alimentaire

La destruction des produits agricoles par les insectes peut être catastrophique. Par exemple, en 2004, les locustes ont envahi l'Afrique occidentale et dévasté les cultures, les arbres fruitiers et la végétation (FAO, 2006). Les pays développés ne sont pas à l'abri de pertes agricoles causées par les ravageurs; une étude estime que les agriculteurs américains vont voir une augmentation de 25 à 100 pour cent de leurs pertes selon les cultures (Pimentel, 1993).

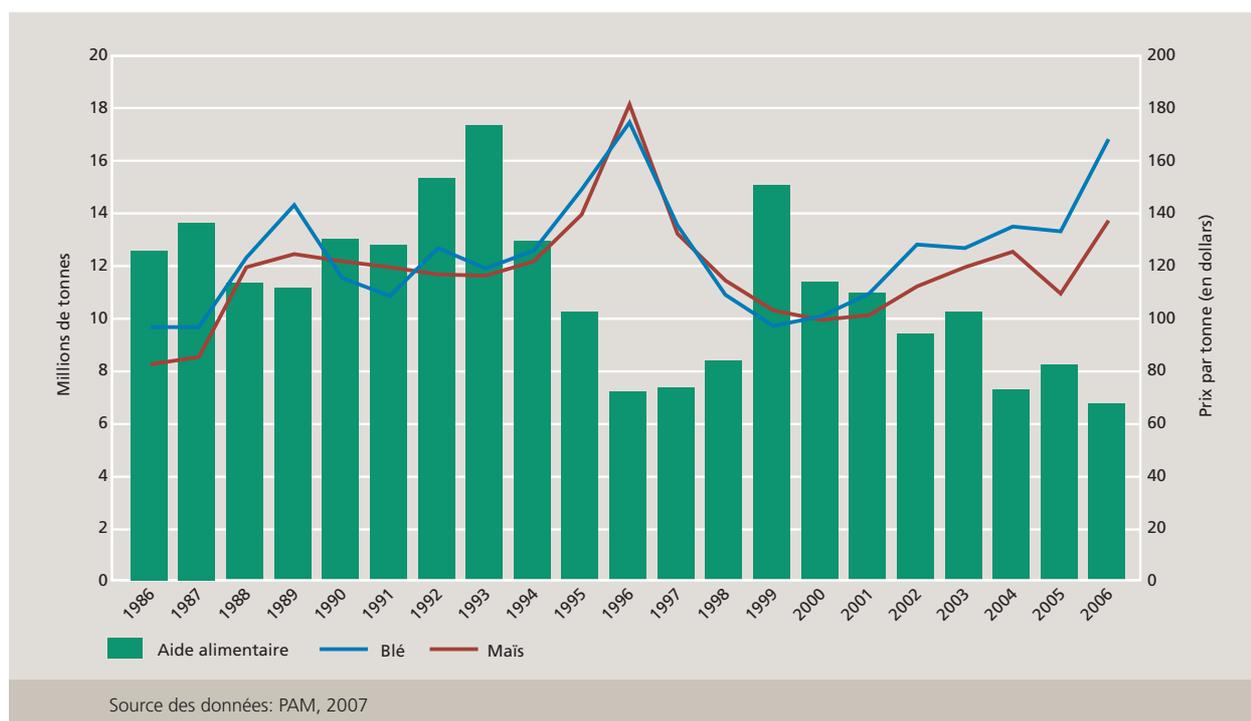
prévalence des infestations de ravageurs et avoir des effets adverses sur la production alimentaire. Il se peut que les changements climatiques entraînent une modification de la température et des taux d'humidité des sols et portent atteinte aux organismes et parasites bénéfiques. L'augmentation des températures prolongera les périodes de reproduction, conduisant à une hausse du taux de reproduction, et donc du nombre d'insectes. Les changements climatiques pourraient favoriser la migration de tout un éventail d'insectes et de ravageurs dans de nouveaux écosystèmes, avec les conséquences que cela entraînerait pour la propagation des maladies infectieuses et l'agriculture.

Une autre menace pour l'alimentation

Dans le domaine du pétrole, avec les inquiétudes soulevées par les prix élevés et l'instabilité de l'offre, les tensions géopolitiques et une sensibilisation croissante aux problèmes environnementaux, l'intérêt se porte sur la production de biocarburant. Bien que la croissance du secteur de la bioénergie soit une bonne chose pour ceux qui cultivent ces cultures, y compris les agriculteurs des pays en développement, la hausse des prix alimentaires et l'utilisation de cultures vivrières pour la production d'énergie pourraient réduire la disponibilité globale de nourriture. En outre, cela pourrait diminuer l'accès des populations pauvres à une nourriture de qualité et aggraver la situation économique des pays à faible revenu importateurs nets de produits alimentaires. En fait, les nombreux petits agriculteurs des pays en développement qui sont acheteurs nets de produits alimentaires pourraient être pénalisés par la hausse des prix alimentaires.

Il se peut que la production de biocarburant incite les agriculteurs des pays en développement à modifier considérablement leur production culturale, au détriment des cultures vivrières et des aliments pour animaux. La production de biocarburant pourrait aussi avoir un impact important sur l'occupation des sols et ceux qui dépendent d'économies agricoles.

Figure 20 – Lien historique entre le prix des céréales et les volumes d'aide alimentaire



Les prix du pétrole brut et des céréales influent sur l'aide alimentaire expédiée. Si le montant des budgets que les donateurs allouent à l'aide alimentaire est fixe, l'augmentation des prix de l'énergie et des denrées alimentaires pourrait conduire à une diminution du volume de l'aide alimentaire, ce qui pourrait avoir à son tour des conséquences – tout du moins à court terme – sur l'approvisionnement en vivres. Il pourrait s'ensuire une réduction de la disponibilité d'aide alimentaire, et par conséquent une insécurité alimentaire accrue pour les populations les plus vulnérables et souffrant le plus de la faim (PAM, 2007).

Le risque d'exposition à de nouvelles maladies

Les changements climatiques pourraient entraîner une augmentation de la température dans les régions de haute altitude et de haute latitude, laquelle pourrait à son tour influencer sur le risque moyen d'exposition aux maladies des populations humaines. Par exemple, le cycle de vie du vecteur du paludisme est étroitement lié aux tendances climatiques: le macroenvironnement détermine la manière dont le paludisme se transmet, ce qui affecte la vulnérabilité d'une communauté à cette maladie. Les pays se trouvant en bordure de zones où le paludisme est endémique, par exemple à la lisière de déserts ou à la limite supérieure des régions montagneuses, pourraient être exposés à des épidémies de paludisme de plus en plus fréquentes (Bates *et al.*, 2004).

La grippe aviaire

Malgré les mesures de contrôle, la grippe aviaire continue de se propager parmi les populations d'oiseaux, soulevant de sérieuses inquiétudes pour la santé publique et la sécurité alimentaire du fait de la coexistence insalubre des humains et des animaux (FAO et OIE, 2005).

Dans de nombreux pays en développement, les infrastructures sanitaires inadéquates, qui doivent déjà faire face au problème de la dénutrition, ont peu de chances de pouvoir maîtriser adéquatement les maladies émergentes et réémergentes et risquent même dans certains cas de provoquer une augmentation des cas de réémergence.

CAS HUMAINS DE GRIPPE AVIAIRE		
Pays	Cas	Décès
Azerbaïdjan	8	5
Cambodge	7	7
Chine	25	16
Djibouti	1	0
Égypte	36	15
Indonésie	100	80
Iraq	3	2
République démocratique populaire lao	2	2
Nigéria	1	1
Thaïlande	25	17
Turquie	12	4
Viet Nam	93	42
Total	313	191

Nombre cumulé de cas humains confirmés entre 2003 et 2007, au 15 juin 2007.
Source: OMS, 2007e

La transmission de la grippe aviaire aux humains présenterait de nouvelles difficultés énormes pour les systèmes sanitaires et services de santé, particulièrement en Afrique, où les ressources sont déjà fortement mobilisées par le sida, la tuberculose et le paludisme (OMS, 2006b).

L'insécurité alimentaire et la pauvreté augmentent la probabilité de mauvaises pratiques sanitaires au niveau de la production et de la consommation de volaille. Pour les familles pauvres, les volailles et les œufs sont des sources de protéines bon marché et un moyen de produire des revenus qui n'exige pas de capitaux importants. Des millions de personnes vivent au milieu de leurs volailles, ce qui augmente le risque de transmission du virus aux humains (FAO et OIE, 2005). La déclaration d'une épidémie de grippe aviaire parmi les volailles anéantirait les moyens de subsistance et exacerberait le problème de la faim.

L'urbanisation et les bidonvilles

L'année 2007 marque un tournant historique: le nombre d'habitants des villes dépasse celui des zones rurales. Plus de 3 milliards de personnes vivent aujourd'hui dans des agglomérations urbaines (ONU-HABITAT, 2006). L'Asie, l'Amérique latine et l'Afrique ont connu le développement rapide et non planifié de villes surnommées "mégalofoles" abritant

2.3 Menaces émergentes

plus de 20 millions d'habitants. Les projections indiquent que, dans les pays en développement, ces mégalo-poles et les villes de taille moyenne absorberont 95 pour cent de la croissance urbaine au cours des deux prochaines décennies. D'ici 2030, ces villes abriteront 80 pour cent de la population urbaine mondiale.

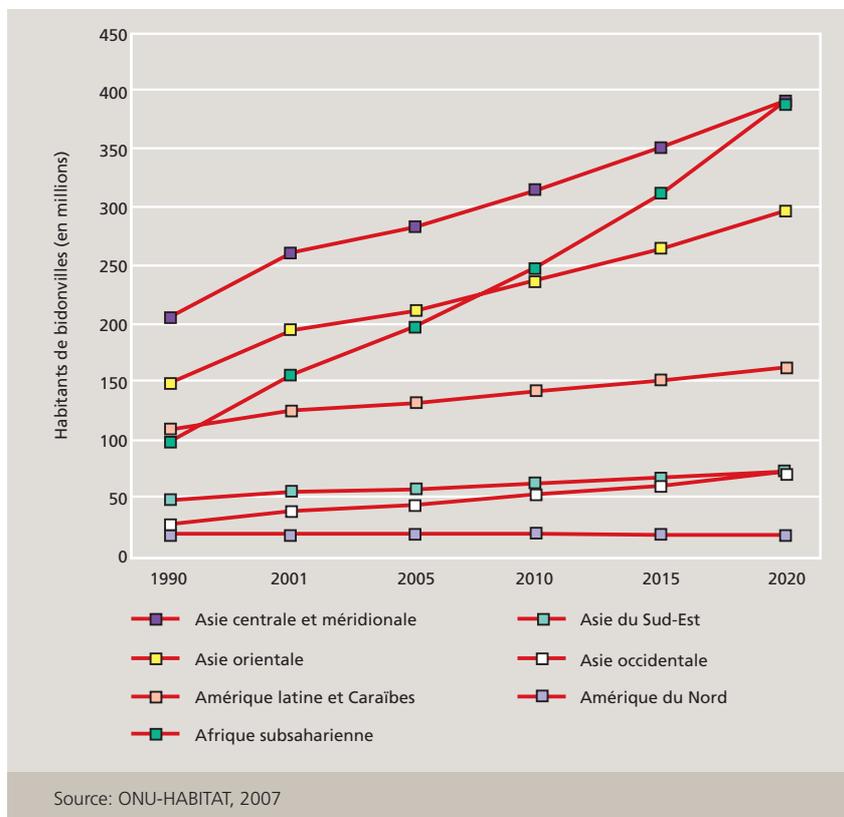
Les déplacements forcés, la croissance démographique, le rapide développement économique et l'exode rural jouent un rôle critique dans le développement urbain et l'augmentation de la pauvreté et du nombre de bidonvilles. La relation entre la faim et la maladie devient une réalité cruelle pour ceux qui n'ont aucun moyen de produire de la nourriture, aucune possibilité d'emploi et aucun accès à des soins de santé de qualité.

L'assainissement inadéquat, la dénutrition, le surpeuplement et le manque d'infrastructures sanitaires adéquates s'allient pour créer un environnement favorable aux maladies infectieuses courantes qui compromettent encore davantage l'état nutritionnel.

Les enfants vivant dans des bidonvilles sont exposés au risque de contracter des maladies d'origine hydrique ou respiratoires. En Éthiopie, le taux de dénutrition chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans des bidonvilles s'élève à 47 pour cent, contre 27 pour cent dans les autres zones urbaines. Au Brésil et en Côte d'Ivoire, le taux de prévalence de la dénutrition infantile est de trois à quatre fois supérieur dans les bidonvilles (ONU-HABITAT, 2006).

Le choix de moyens de subsistance semble également dépendre de l'endroit où l'on vit. Une étude menée en France a révélé que les candidats pour un emploi venant d'un quartier pauvre avaient moins de chances d'être convoqués à un entretien que ceux de quartiers plus riches. Une autre étude réalisée à Rio de Janeiro a

Figure 21 – Nombre de personnes vivant dans des bidonvilles (actuel et futur, 1990–2020)



constaté que le fait d'habiter dans un bidonville constituait un plus grand obstacle à l'obtention d'un emploi que le fait d'être une femme ou d'avoir la peau noire – une conclusion qui confirme l'importance du lieu où l'on vit lorsqu'il s'agit d'avoir accès à la nourriture, aux soins de santé de base, à l'éducation et à l'emploi (ONU-HABITAT, 2006).

Les enjeux de l'avenir

La deuxième partie de ce rapport a présenté les liens étroits entre la faim et la santé et entre la dénutrition et la maladie en s'appuyant sur des données afférentes à certaines des menaces qu'affronte aujourd'hui le monde. Tout au long de l'histoire, la race humaine a progressé en passant par des périodes de transition. Aujourd'hui, les effets conjugués de la dénutrition, de la surnutrition et de la maladie, alliés au réchauffement de la planète et à l'urbanisation, exigent que les dirigeants s'attaquent de front – et à bref délai – à ces problèmes.



Troisième partie: Le développement national – engagements et choix politiques

La principale tâche, pour tous ceux qui interviennent dans les domaines de la nutrition et de la santé, consiste donc à optimiser les ressources afin de libérer tous les êtres humains de la faim...

La troisième partie approfondit le débat sur les conséquences de la faim et de la maladie en définissant leurs répercussions sur le développement national. **Le chapitre 1** présente les coûts économiques considérables de la faim, en particulier la perte de capital humain et le ralentissement du développement national qui s'ensuit. **Le chapitre 2** dégage des activités économiquement rationnelles et éprouvées – des “solutions essentielles” – permettant de s'attaquer aux problèmes corrélatifs de la faim et de la maladie. **Le chapitre 3** décrit certains des choix qui s'offrent aux dirigeants, et les engagements qui, s'ils sont pris au sérieux, pourraient permettre d'accomplir des progrès significatifs vers l'élimination de la faim.

3.1 La faim nuit au développement humain

“Les problèmes que nous affrontons aujourd’hui: conflits violents, destruction de la nature, pauvreté, faim, etc., sont des problèmes créés par les êtres humains et qui peuvent être résolus par leurs efforts, par une compréhension mutuelle et par l’éveil d’un sentiment de fraternité. Nous devons cultiver une responsabilité universelle les uns envers les autres et envers la planète que nous partageons.”

14e Dalai Lama (n. 1935)

Le coût élevé de la faim

La faim, la dénutrition et la maladie forment un fardeau cumulatif qui accable les populations pauvres (pesant sur les individus, les familles, les communautés et, au bout du compte, sur la croissance et le développement nationaux) et entraîne d’énormes pertes de capital humain, de génération en génération. Les coûts élevés associés au traitement des maladies et de la dénutrition imposent de sérieuses contraintes au développement.

Pour la première fois dans l’histoire, le monde est en mesure d’affecter des ressources considérables à la lutte contre la faim et la maladie. On reconnaît de plus en plus que le coût de l’inaction est élevé, tant sur le plan économique que moral, et que le coût de l’action à mener est modeste par comparaison. Il existe plusieurs solutions abordables qui ont fait leurs preuves, mais qui devront être mises en œuvre à grande échelle si l’on veut atteindre les populations vulnérables et marginalisées du monde. Il est essentiel de créer un environnement propice à la conversion des connaissances en actions réalisables et à l’élimination des obstacles institutionnels; sinon, il sera difficile de maximiser les gains susceptibles d’être retirés des ressources publiques et privées croissantes consacrées au combat contre la faim et la maladie. Des approches synergiques seront nécessaires pour faire un usage optimal des ressources accrues lors de la mise en œuvre de solutions éprouvées. Et les dirigeants devront faire les bons choix politiques.

La faim et les pertes de productivité sont étroitement liées

La faim et la maladie portent directement atteinte à la formation du capital humain et social et à la croissance économique. Comme l’a montré le rapport 2006 *La faim et la capacité d’apprendre* de la collection *La faim dans le monde*, les enfants sous-alimentés fréquentent l’école moins longtemps et par conséquent gagnent moins durant leur vie. Les répercussions sont de longue durée et intergénérationnelles, leurs impacts entravant la réalisation d’autres objectifs sociaux à l’échelle mondiale (Fernholz *et al.*, 2007). La réduction de la faim augmente la productivité en améliorant la capacité d’apprendre, le développement cognitif et la capacité de travail et en limitant les conséquences des maladies et de la mortalité prématurée.

L’insuffisance pondérale représente le plus grand facteur de risque contribuant à la charge de morbidité dans les pays en développement. Plusieurs études ont constaté le coût économique élevé de la faim et de la maladie et leurs répercussions indéniables sur la productivité économique et le rendement du travail (Hall et Jones, 1998; Behrman *et al.*, 2004; Edwards, 1998; Barro, 1990). On a observé, par exemple, que les carences en fer entraînent une baisse de la productivité de la main-d’œuvre manuelle de 17 pour cent, comme le montre la figure 22.

Les données les plus probantes attestant du lien entre la faim et la productivité se rapportent à la croissance dans la petite enfance. On a montré que la productivité était liée la stature, ou taille: une infériorité de taille de 1 pour cent due à un retard de croissance, chez un adulte, est associée à une perte de productivité de 1,4 pour cent (Bloom *et al.*, 2001).

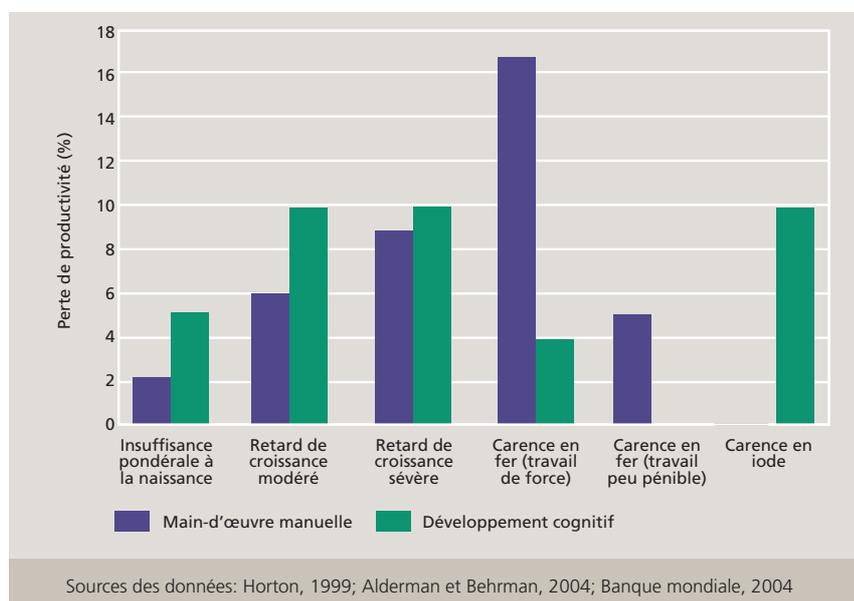
La dénutrition, du fait qu’elle conduit à une perte de productivité physique et cognitive, est également

Le revenu est lié à la stature

La stature d’un adulte en tant qu’indicateur de retard de croissance a été liée au niveau de revenu, les données montrant globalement que pour les hommes et les femmes qui travaillent dans le secteur commercial (en zone urbaine, au Brésil), une supériorité de taille de 1 pour cent conduit à une augmentation de 2,0 à 2,4 pour cent du revenu (Thomas et Strauss, 1997).

3.1 La faim nuit au développement humain

Figure 22 – Dénutrition et perte de productivité individuelle sur la vie entière



responsable de pertes équivalant à plus de 10 pour cent des revenus individuels sur toute une vie (Banque mondiale, 2006). L'anémie, entre autres, a été associée à une baisse de productivité même dans des tâches n'exigeant qu'un effort modéré. En Asie du Sud, par exemple, les carences en fer sont responsables à elles seules de baisses de productivité dont le coût est estimé à environ 4,2 milliards de dollars par an (Horton et Ross, 2003). Cela équivaut à des pertes pouvant atteindre jusqu'à 3 pour cent du produit intérieur brut (PIB), en fonction de la taille de l'économie concernée.

Une analyse réalisée en Inde a estimé que le coût des pertes de productivité résultant de maladies ou de décès liés à la malnutrition se situait entre 10 milliards et 28 milliards de dollars par an, soit entre 1,0 et 3,6 pour cent du PIB (Chatterjee et Measham, 1999).

Cette évaluation, bien qu'instructive, ne permet certainement pas de rendre compte intégralement des répercussions multidimensionnelles, actuelles et futures, de la faim et de la malnutrition. Par conséquent, elle sous-estime probablement les conséquences de l'inaction et les avantages d'une action.

Dans le cadre d'une étude portant sur 12 pays, les données recueillies auprès des ménages ont été modélisées afin de prédire l'effet de la croissance du PIB par habitant sur la prévalence de la nutrition parmi

les enfants d'âge préscolaire, sur une période de 20 ans (Alderman *et al.*, 2001). Cette étude a montré que, même dans le cas d'une croissance optimiste et soutenue du PIB par habitant entre 2000 et 2020, et à l'exclusion de tous les autres facteurs, au rythme actuel des progrès, le déclin de la dénutrition ne serait pas suffisant pour réaliser les OMD connexes.

Ces analyses soulignent que la croissance économique est nécessaire mais pas suffisante. L'inertie devancera la réduction de la faim si la croissance économique reste la stratégie employée pour réduire la faim.

L'amélioration de la nutrition permet également de réaliser des économies

Les retombées économiques des actions menées en vue de réduire la faim et d'améliorer la nutrition peuvent également être considérées comme des économies. Les pays retirent des bénéfices de la productivité accrue et de la réduction des dépenses de santé. La dénutrition chez les enfants et les adultes coûte cher aux services de santé en raison de la nécessité plus fréquente de soins médicaux et d'hospitalisations. Mais ce n'est pas seulement une question de productivité et de dépenses de santé: les personnes accablées par la faim et la maladie sont incapables de faire face aux chocs extérieurs comme les catastrophes naturelles.

COÛTS ESTIMÉS DE LA DÉNUTRITION INFANTILE DANS LA RÉGION AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES EN 2004

	Costa Rica	République dominicaine	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panama	El Salvador	Total
Millions de dollars	318	672	3 128	780	264	321	1 175	6 659
% du PIB	1,7	3,6	11,4	10,6	5,8	2,3	7,4	6,4

Source: CEPALC et PAM, 2007

MONTANT ESTIMÉ DES ÉCONOMIES ISSUES DE LA RÉDUCTION DE LA DÉNUTRITION INFANTILE DANS LA RÉGION AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES ENTRE 2004 ET 2015 (EN MILLIONS DE DOLLARS)

	Costa Rica	République dominicaine	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panama	El Salvador	Total
Réalisation des OMD	49	71	525	118	25	99	133	1 019
Éradication	49	71	1 534	243	46	125	203	2 271

Source: CEPALC et PAM, 2007

En collaboration avec les gouvernements de la région Amérique latine et Caraïbes, le PAM et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) ont élaboré conjointement une méthodologie permettant d'estimer les répercussions de la dénutrition infantile sur l'économie pour une année donnée. Sur la base des données nationales, les pertes s'élevaient, en 2004, à plus de 6,6 milliards de dollars pour les sept pays inclus dans l'étude (CEPALC et PAM, 2007).

Les pertes de productivité représentent 93 pour cent du coût total. Ces pertes sont causées presque à égalité par des taux de mortalité plus élevés et des niveaux d'éducation inférieurs. Les coûts induits par les taux de mortalité supérieurs ont résulté de 2,6 millions de décès prématurés imputables à des causes liées à la dénutrition, dont 1,7 million supposés avoir touché la population active en 2004. Cela représente une perte de 6 pour cent de la population active sous-régionale cette année-là. Les déficiences imputables à des niveaux d'éducation inférieurs ont été calculées sur la

base d'une fréquentation scolaire écourtée de deux ans en moyenne chez les individus sous-alimentés.

Grâce à cette méthode on a pu également établir des prévisions pour différents scénarios futurs. Celles-ci montrent que la réalisation de la cible de l'OMD 1 relative à la dénutrition permettrait de réaliser des économies de 1,02 milliard de dollars, et que l'éradication de la dénutrition infantile en engendrerait plus de 2,27 milliards de dollars entre 2004 et 2015. Si l'échéance est portée au-delà de 2015, les économies potentielles augmentent encore plus.

Ces lourdes conséquences pour l'économie et les économies considérables que les actions visant à réduire la faim permettent de réaliser incitent fortement à renforcer les alliances entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile en vue de la mise en œuvre d'actions cruciales permettant de limiter les effets dévastateurs de la faim.

3.2 Des solutions efficaces

“Le médecin de demain ne soignera plus le corps humain avec des médicaments, mais il guérira et évitera la maladie par des moyens nutritionnels.”

Thomas Edison (1847–1931)

Des solutions applicables à l'ensemble du cycle de la vie

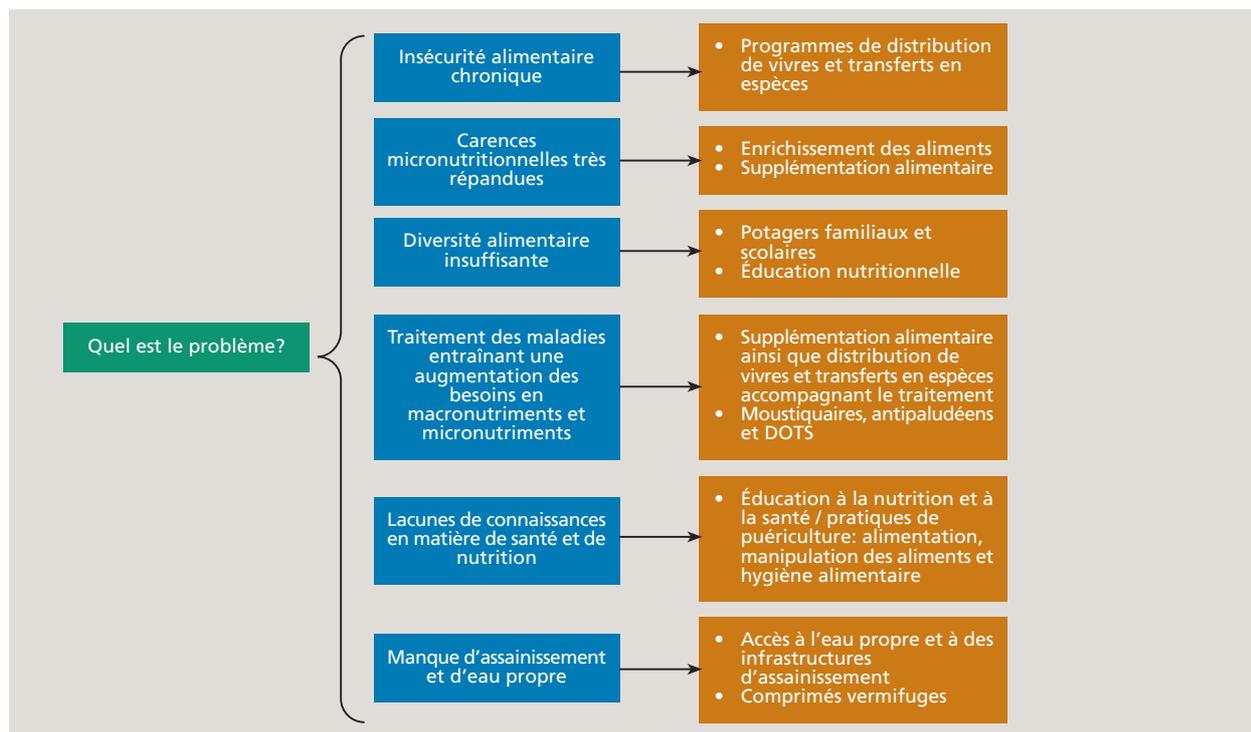
Bien trop souvent, les projets s'organisent autour d'une activité principale et ne sont pas en mesure d'exploiter les bienfaits d'activités complémentaires. L'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* propose un ensemble de solutions éprouvées, pratiques et économiquement rationnelles permettant de s'attaquer aux causes corrélatives de la faim et de la maladie. Ces solutions, qui allient des activités portant sur l'alimentation et des activités de soin et de prévention de base, constituent des “solutions essentielles” à la réduction de la faim et à l'amélioration de la santé. De conception similaire à “l'enveloppe de services essentiels” mis en œuvre en complément des programmes d'alimentation scolaire élaborés par l'UNICEF et le PAM, ces solutions essentielles sont éprouvées et efficaces individuellement; regroupées en une “enveloppe”,

elles peuvent présenter des avantages supplémentaires considérables.

En mettant l'accent sur l'impact tout au long du cycle de la vie, ces solutions essentielles visent à éviter la faim et à améliorer la santé des populations affamées, contribuant ainsi à la réalisation des OMD. Elles ont pour objectif spécifique de développer les programmes correspondant à deux grandes périodes propices, deux des stades critiques de la vie d'un individu: **la petite enfance**, focalisant l'attention sur les mères, les nourrissons et les enfants en bas âge; et **l'adolescence**, qui comprend les enfants d'âge scolaire. Toutefois, des solutions efficaces sont proposées pour tous les stades du cycle de la vie.

Ces solutions essentielles ont pour principaux avantages d'accroître l'efficacité des autres investissements dans le capital humain, de conduire à des meilleurs résultats en matière de santé et de promouvoir l'égalité sociale. Les coûts, qui sont indicatifs, ont été calculés sur la base des frais réels de mise en œuvre dans un endroit donné. Il est possible que, dans les pays pauvres, les ressources nécessaires à l'élimination des formes graves de la faim et des carences nutritionnelles sévères soient

Figure 23 – Des solutions pratiques applicables à tous les stades de la vie



Solution essentielle	Coûts indicatifs
Distribution de vivres et transferts en espèces	Ration individuelle pour une personne entièrement dépendante de l'aide alimentaire: 5,10 dollars par personne et par mois (PAM, 2000, 2006).
Supplémentation en micronutriments ciblée	Fer: 3,17–5,30 dollars par enfant et par traitement (Horton, 2006). Fer + Acide folique: 0,027 dollar par comprimé (Gillespie <i>et al.</i> , 2007). Vitamine A: 0,25–0,67 dollar par enfant et par dose (Banque mondiale, 2004). Zinc: 0,47 dollar par enfant et par cure (Gillespie <i>et al.</i> , 2007).
Alimentation supplémentaire	Ration sur place: 2,09 dollars par personne et par mois (PAM, 2002, 2006). Ration à emporter: 3,11 dollars par personne et par mois (PAM, 2002, 2006).
Alimentation complémentaire	3,11 dollars par enfant et par mois (PAM, 2002, 2006).
Enrichissement des aliments à grande échelle	Iode: 0,10 dollar par personne et par an (OMS et FAO, 2006). Fer: 0,12 dollar par personne et par an (OMS et FAO, 2006). Vitamine A: 0,10 dollar par personne et par an (OMS et FAO, 2006). Zinc (farine de blé): 0,06 dollar par personne et par an (OMS et FAO, 2006).
Enrichissement des aliments à domicile	Sachet de suppléments: entre 0,015 et 0,035 dollar par sachet (Zlotkin, 2007).
Soutien nutritionnel et traitement des maladies (VIH/sida et tuberculose)	Soutien nutritionnel accompagnant le traitement antirétroviral: 4,99 dollars par enfant et par mois (PAM, 2006). Soutien nutritionnel accompagnant le traitement de la tuberculose: 4,99 dollars par enfant et par mois (PAM, 2006).
Prévention des maladies infectieuses: Paludisme	Antipaludéens: 0,10–0,20 dollar par traitement (Gillespie <i>et al.</i> , 2007). Moustiquaires: 2,50–3,50 dollars par moustiquaire (Gillespie <i>et al.</i> , 2007).
Tuberculose	DOTS: 128 dollars par traitement (Gillespie <i>et al.</i> , 2007).
Parasites	Comprimés vermifuges et distribution: 1,40 dollar par enfant et par an (PAM, 2007).
Maladies diarrhéiques	Thérapie par réhydratation orale: 0,08–0,10 dollar par traitement (Gillespie <i>et al.</i> , 2007).
VIH/sida	Préservatifs masculins: 0,03 dollar la pièce (UNFPA, 2005).
Diversification de l'alimentation et promotion de la consommation d'aliments de qualité	Repas scolaire: 20 dollars par enfant et par an (PAM, 2007). Potagers scolaires (intégrés à "l'enveloppe de services essentiels"): 16 dollars par enfant et par an (PAM, 2007)
Transfert de connaissances en matière de santé et de pratiques alimentaires	Promotion de l'allaitement maternel: 2–3 dollars par enfant (Caulfield <i>et al.</i> , 2006). Programmes nutritionnels communautaires: 2–10 dollars par enfant (Caulfield <i>et al.</i> , 2006). Formation des enseignants au déparasitage: 0,78–1,08 dollar par habitant et par année (Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies, 2006). Éducation VIH: 0,48 dollar par enfant et par an (PAM, 2006). Éducation nutritionnelle pour les femmes enceintes: 3,75 dollars par femme et par an (Banque mondiale, 1994).
Accès à l'eau propre et à un meilleur assainissement	Traitement de l'eau au point d'utilisation: 170–525 dollars par dispositif (Agence pour la protection de l'environnement, 2007). Latrine à simple fosse: 415 dollars l'unité (Groupe de travail Europe orientale, Caucase et Asie centrale, 2006).

Sources et méthodes de calcul: voir pages 209–211.

proportionnellement plus importantes et plus difficiles à obtenir. Cela provient probablement du fait que le coût des services de santé de base varie considérablement en fonction du pays, de la région, de la proximité des réseaux de transport et des voies d'approvisionnement, de la géographie, de la topographie et de la densité de la population. Par

conséquent, il est difficile de présenter des coûts en chiffres absolus; les coûts moyens présentent d'énormes variations et sont souvent plus élevés lorsque les programmes ciblent les plus nécessiteux. Néanmoins, les solutions prescrites dans le tableau ci-dessous et examinées dans ce chapitre sont éprouvées, efficaces et abordables.

3.2 Des solutions efficaces

Des solutions pour toutes les étapes du cycle de la vie

Les solutions essentielles proposées sont pratiques et valables pour tous les stades du cycle de la vie. Il convient de noter qu'elles allient des solutions portant sur l'alimentation à d'autres axées sur des problèmes de santé plus généraux. L'accès aux services de santé de base et la lutte contre la faim invisible par l'apport d'une supplémentation en micronutriments constituent des éléments fondamentaux.

Parmi les solutions pratiques dont on retire des bienfaits à tous les stades de la vie figurent les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lutter contre le paludisme et d'autres maladies transmises par vecteur, la diversification de l'alimentation, qui garantit une nutrition plus équilibrée, la facilitation de l'accès à l'eau propre et la sensibilisation aux pratiques sanitaires. Les comprimés vermifuges devraient être également rendus facilement disponibles. L'éducation à la santé et à la nutrition, notamment en ce qui concerne les pratiques de puériculture et d'alimentation (régime alimentaire et mode de vie sain), constitue un complément essentiel des soins de santé de base à tous les stades de la vie.

Distribution de vivres et transferts en espèces. La distribution de vivres et les transferts en espèces ciblés permettent aux ménages vulnérables de faire face aux chocs et de satisfaire à leurs besoins alimentaires minimums. L'aide peut être fournie par le biais de distributions générales et ciblées de rations, d'une alimentation supplémentaire généralisée, de programmes de santé et nutrition maternelles et infantiles, d'une alimentation collective, d'initiatives Vivres contre travail et Travail contre rémunération en espèces, d'initiatives Vivres au profit de la formation ou Espèces contre formation et de programmes d'alimentation scolaire.

La sensibilité aux comportements discriminatoires fondés sur le sexe est primordiale en ce qui concerne les programmes de distribution de vivres et transferts en espèces. On recommande par exemple que l'aide soit distribuée aux femmes, pour deux raisons: premièrement, les femmes jouent souvent le rôle le plus important dans la gestion de la nourriture du ménage; et deuxièmement les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les rations alimentaires à des fins

nutritionnelles que de les vendre ou de les échanger pour d'autres marchandises. On peut améliorer l'efficacité de la distribution de vivres et des transferts en espèces en prenant certaines mesures, et notamment en veillant à ce que:

- ces transferts n'entraînent pas un risque d'attaques ou de mauvais traitements;
- des dispositions spéciales soient prises pour les femmes enceintes, les mères d'enfants en bas âge et les personnes âgées;
- les femmes soient capables d'emmener les vivres chez elles – les points de distribution doivent être suffisamment proches et les paquets de denrées pas trop lourds; et
- le programme n'empiète pas sur les autres responsabilités domestiques des femmes (PAM, 2000).

Alimentation supplémentaire. Les programmes ciblés d'alimentation supplémentaire sont destinés à des individus à risque sélectionnés, dans le but:

- d'assurer la réhabilitation nutritionnelle des personnes souffrant d'une dénutrition modérée, en particulier les enfants et les adolescents;
- d'empêcher les personnes souffrant de dénutrition modérée de devenir sévèrement sous-alimentés;
- de réduire le risque de morbidité parmi les enfants de moins de 5 ans;
- d'apporter un supplément alimentaire aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et autres personnes vulnérables;

Farine de maïs enrichie

Un projet pilote réalisé en Zambie en 2003 a montré que l'utilisation, dans un camp de réfugiés, de farine de maïs enrichie produite au moyen de moulins mobiles a permis d'améliorer considérablement l'état sanitaire et nutritionnel de ses habitants. Chez les enfants, on a observé un gain de taille et de poids, l'anémie est passée de 47,7 pour cent à 24,3 pour cent, et le taux de prévalence des carences en vitamine A de 46,4 pour cent à 20,3 pour cent. Le taux de morbidité parmi les femmes et les enfants a diminué et les issues de grossesse se sont améliorées (PAM, 2007).

- d'assurer une alimentation de suivi aux personnes qui ont été traitées dans le cadre de programmes d'alimentation curative.

Par exemple, entre 25 et 35 pour cent de l'apport énergétique dont un enfant de moins de 3 ans a besoin doit provenir de matières grasses. Tous les enfants doivent consommer des aliments riches en vitamine A, à savoir lait maternel, aliments d'origine animale (œufs, foie, poisson, produits laitiers), légumes-feuilles et fruits et légumes de couleur orange. Après une maladie, un enfant a besoin de prendre des repas supplémentaires tous les jours pendant une semaine. L'alimentation supplémentaire est plus économiquement efficace lorsqu'elle est intégrée à des interventions s'attaquant aux causes non alimentaires de la dénutrition.

Enrichissement des aliments. L'enrichissement des aliments est un processus qui consiste à ajouter un ou plusieurs micronutriments à des aliments de consommation courante, afin d'améliorer la qualité de l'alimentation. Cet enrichissement des aliments augmente la teneur en micronutriments, compensant une consommation ou une biodisponibilité insuffisantes. Les besoins peuvent être élevés en période de croissance ou lors d'infections.

L'aliment choisi doit être acceptable, abordable, fréquemment consommé par la population et susceptible d'être fourni au moyen d'un système de distribution efficace. Les aliments non transformés comme les céréales complètes ou les légumineuses peuvent être difficiles à enrichir, tout particulièrement au niveau sous-régional, mais le sucre est fréquemment enrichi en vitamine A au niveau régional au Nigéria et en Zambie, ainsi que dans certains pays d'Amérique centrale. Le PAM fortifié par exemple des aliments comme le sel, l'huile, la farine de céréale, les aliments composés et les biscuits et intervient de plus en plus dans la production locale d'aliments composés enrichis. L'enrichissement du riz fait actuellement l'objet d'essais.

L'enrichissement des aliments n'est pas le seul moyen de compenser un apport inadéquat en nutriments; la supplémentation est une stratégie parfois plus efficace, en fonction du type de carence et de la situation locale.

Supplémentation alimentaire. La supplémentation alimentaire consiste généralement à ajouter à un aliment un nutriment qu'il ne contient pas normalement. Plusieurs types de supplémentation alimentaire sont reconnus: i) ajout de nutriments qui ramène une carence à un niveau "normal"; ii) ajout de nutriments qui augmente la valeur nutritive d'un aliment; et iii) suppléments pris en plus de l'alimentation normale.

De même que l'enrichissement des aliments, la supplémentation est une composante capitale des mesures visant à répondre aux besoins en nutriments de groupes ciblés critiques. Parmi les programmes d'enrichissement et de supplémentation efficaces et viables figurent (Sanghvi *et al.*, 2007):

- les ensembles d'interventions s'articulant autour des deux principales approches éprouvées – l'enrichissement et la supplémentation – reconnaissant que les individus obtiennent les micronutriments dont ils ont besoin de plusieurs manières; et
- les activités locales de supplémentation et des stratégies telles que l'amplification des actions de proximité et de mobilisation sociale pour desservir les populations marginalisées.

Malgré les résultats positifs de l'enrichissement des aliments, de nouvelles stratégies sont nécessaires pour satisfaire aux besoins en micronutriments divers des populations vulnérables. Certains groupes comme les enfants de moins de 2 ans ont à cet égard des besoins supérieurs qui sont difficiles à satisfaire au moyen des stratégies actuelles. De nouveaux produits qui devraient permettre de remédier plus efficacement aux carences en micronutriments font actuellement l'objet d'essais; on est notamment en train de revoir et de mettre au point de nouveaux aliments composés.

L'enrichissement des aliments à domicile est une stratégie prometteuse permettant de satisfaire aux besoins nutritionnels des enfants qui consiste à ajouter des micronutriments en poudre ou sous forme de pâte à tartiner aux aliments préparés à la maison. Les expériences tentées au Darfour et en Indonésie montrent que les aliments peuvent être enrichis de manière à apporter une quantité précise de micronutriments à un individu particulier ou à la famille tout entière.

3.2 Des solutions efficaces

Lutter contre l'insécurité alimentaire chronique par la mise en place de filets de protection sociale performants

Le taux de prévalence de la dénutrition reste très élevé dans les hautes terres du nord-est de l'Éthiopie, où, selon les données recueillies, 52 pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent d'une insuffisance pondérale, et dans la région de l'Amhara, où 57 pour cent présentent des retards de croissance. Depuis 2005, Save the Children fait partie d'un partenariat pour la mise en œuvre du Programme de protection sociale fondé sur des activités productives. Il s'agit de l'un des programmes prioritaires du Gouvernement visant à réduire la faim. Il consiste à rémunérer le travail des populations souffrant d'une insécurité alimentaire chronique en espèces ou en vivres (afin de leur permettre de subvenir à leurs besoins immédiats et d'éviter l'épuisement de leurs ressources), et à créer des avantages pour la communauté.

Des interventions complémentaires renforcent les effets bénéfiques du programme du point de vue de l'état nutritionnel des enfants; parmi celles-ci figurent des activités visant à développer les moyens de subsistance, comme la fourniture de moutons ou de chèvres, de poulets et d'abeilles, et des actions de sensibilisation à la nutrition destinées à aider les mères à améliorer leurs pratiques de puériculture.

Le district de Meket Woreda de l'État régional de l'Amhara (2004–2006)

Dans le cadre du projet Travail contre rémunération en espèces de Meket Woreda (district administratif), on a versé des paiements en espèces de 1 106 birrs (environ 125 dollars) par ménage à 70 000 personnes vulnérables souffrant d'une insécurité alimentaire chronique. Selon les données mensuelles détaillées recueillies auprès de 50 ménages, près de 76 pour cent des budgets familiaux avaient été consacrés à l'achat de vivres, et notamment de sucre, d'huile, de pommes de terre et de viande. Les mères ont indiqué que grâce aux paiements en espèces, elles avaient pu donner à leurs enfants une nourriture plus diversifiée comprenant une plus grande variété de céréales et de légumineuses, des produits d'origine animale et de l'huile, et augmenter la fréquence des repas. Les familles ont également pu acheter du savon et des vêtements et bénéficier d'un meilleur accès aux soins de santé.

Outre le programme standard Travail contre rémunération en espèces, on a mis en œuvre une composante complémentaire visant à promouvoir et à favoriser l'allaitement maternel. Une analyse des causes de la dénutrition réalisée avant le démarrage du projet a révélé que pour les enfants de moins de 6 mois, l'allaitement maternel était le principal déterminant dans la lutte contre la dénutrition: les enfants qui n'étaient pas exclusivement allaités au sein avaient cinq fois plus de risque d'être sous-alimentés. Les femmes de familles pauvres ont indiqué qu'elles étaient contraintes de partir au travail moins longtemps après l'accouchement et de faire plus d'heures pour subvenir aux besoins alimentaires et monétaires de leur famille, et qu'elles étaient moins en mesure d'allaiter exclusivement leurs bébés pendant les six premiers mois de leur vie. En réponse à ce problème, le programme a décidé de dispenser du travail les femmes qui allaitaient et de leur demander à la place, en échange des paiements en espèces, d'aller suivre des stages de formation en nutrition avec leurs bébés, afin de pouvoir, ainsi, les allaiter plus longtemps.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Save the Children UK.

Diversification de l'alimentation. La diversification de l'alimentation peut permettre d'éviter les carences en micronutriments. La promotion de potagers familiaux et scolaires, la formation aux compétences agricoles et l'éducation nutritionnelle sont à cet égard des solutions d'un bon rapport coût-efficacité. Il est essentiel d'augmenter la consommation de légumes et de fruits, de volaille, de poisson et de petits animaux pour accroître la diversité des vitamines et de minéraux, car ceux-ci sont souvent absents de l'alimentation de base des populations affamées. Parmi les autres moyens de diversifier l'alimentation, il faut citer:

- l'augmentation des nutriments par la sélection végétale;

- la diversification de la production agricole grâce à la création de potagers familiaux et scolaires; et
- la formation en matière de préparation et de stockage des aliments à domicile.

Soutien nutritionnel en parallèle aux traitements médicaux.

Les traitements médicaux comme le traitement antirétroviral et le DOTS doivent s'accompagner d'un soutien nutritionnel. Même s'ils ne suivent pas de traitement, ceux qui sont atteints par ces maladies ont des besoins énergétiques et micronutritionnels accrus. Comme on l'a mentionné dans la deuxième partie de ce rapport, les données indiquent que, pour être efficaces et viables, le traitement antirétroviral et le DOTS nécessitent

Il est possible de sauver de nombreuses vies au moyen d'une nutrition adéquate

Lorsque les patients ont finalement accès à un traitement, les mois et semaines de maladie ont épuisé leurs ressources financières, leur laissant peu de moyens pour se procurer la nourriture dont ils ont besoin pour accompagner le traitement. Au Kenya et au Mozambique, certaines personnes refusent de commencer un traitement car elles n'ont pas suffisamment de vivres pour satisfaire à l'appétit accru qu'entraîne un traitement antirétroviral ou le DOTS (PAM, 2006a).

l'absorption constante d'une quantité importante de nutriments. Aussi est-il important d'assurer la disponibilité d'une alimentation de qualité adéquate pour optimiser les bienfaits de ces traitements.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide et médicaments antipaludéens. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont un moyen bon marché d'éviter de contracter le paludisme. On a prouvé qu'elles réduisaient considérablement les taux de morbidité et de mortalité imputables au paludisme, et amélioraient ainsi l'état nutritionnel. On a démontré, par exemple, que l'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide réduisait considérablement les cas de paludisme maternel et congénital, ainsi que l'anémie maternelle, conduisant à une réduction du risque d'insuffisance pondérale à la naissance (Ter Kuile *et al.*, 2003).

Le recours aux moustiquaires traitées à l'insecticide ne constitue pas une solution suffisante dans la lutte contre le paludisme, mais étant donné leur effet remarquable sur la réduction de sa transmission et le nombre de vies qu'elles permettent de sauver, elles devraient former la base de tous les programmes de santé mis en œuvre dans les régions où le paludisme est endémique (Hawley *et al.*, 2003).

Comprimés vermifuges. Les traitements vermifuges, généralement administrés sous forme de comprimés, sont un moyen efficace et bon marché de remédier aux carences nutritionnelles, y compris l'anémie, qui résultent de la malabsorption des nutriments causée par la présence de vers dans l'intestin. Les infestations chroniques peuvent nuire à long terme au

Usage plus répandu des moustiquaires

L'ONG Services internationaux de population a mis au point une nouvelle approche visant à augmenter le recours aux moustiquaires parmi les populations défavorisées du Malawi. Dans le cadre de leur programme, on vend des moustiquaires aux mères au prix de 0,50 dollar par l'intermédiaire des centres ruraux de soins prénatals; l'infirmière qui distribue les moustiquaires reçoit 0,09 dollar par moustiquaire, ce qui l'incite à veiller à en avoir toujours en stock. On vend également des moustiquaires aux Malawiens plus aisés par la filière privée à un prix plus élevé (environ 5,00 dollars). Comme les bénéficiaires ainsi réalisés sont utilisés pour subventionner les moustiquaires vendues dans les centres de soins prénatals, le programme s'autofinance. Grâce à cette intervention, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire est passé de 8 pour cent en 2000 à 55 pour cent en 2004, une augmentation du même ordre ayant été constatée chez les femmes enceintes. Une enquête de suivi a révélé un usage presque universel des moustiquaires par ceux qui les avaient payées. En revanche, une étude portant sur un programme qui distribuait gratuitement des moustiquaires en Zambie a montré que 40 pour cent des bénéficiaires ne s'en servaient pas (Easterly, 2006).

développement mental et physique des enfants. Les infestations graves peuvent être fatales (UNICEF, 2007c). Les programmes scolaires constituent un moyen efficace de dispenser les traitements vermifuges.

Exemples fournis par l'Ouganda et l'Afghanistan

L'analyse du rapport coût-efficacité d'un programme national de déparasitage dans le milieu scolaire en Ouganda a montré que le coût du traitement se situait entre 0,32 et 0,70 dollar par enfant et par cure, ce qui est négligeable par rapport aux bienfaits sanitaires que ces enfants en retirent (Brooker *et al.*, 2007).

Dans le cadre de la campagne nationale de déparasitage, initiative mise en œuvre conjointement par le Gouvernement, le PAM, l'UNICEF et l'OMS, on a organisé un stage de formation sur l'éducation à la santé et à l'hygiène destiné à 8 800 enseignants; ultérieurement, en 2006, 6 millions d'enfants ont reçu un traitement vermifuge (PAM, 2006b).

3.2 Des solutions efficaces

Données recueillies au Kenya

Un système d'approvisionnement en eau propre a été mis en place au Kenya en vue de réduire le risque de diarrhée. Les enseignants ont expliqué aux élèves l'importance d'utiliser une eau saine ainsi que les pratiques d'hygiène. Des réservoirs d'eau ont été installés entre les classes et remplis tous les jours d'eau traitée. Les consultations médicales pour diarrhée ont atteint un niveau maximum entre janvier et mars 2002, avec 130 visites, et en 2003 avec 71, mais en 2004, après la mise en œuvre du projet, seulement 13 épisodes diarrhéiques avaient été enregistrés (Migele *et al.*, 2007).

Eau propre et amélioration des pratiques sanitaires. L'eau insalubre et l'assainissement inadéquat, dont pâtissent plus de 1,1 milliard de personnes, sont des problèmes élémentaires directement liés aux causes de la dénutrition, à savoir la qualité et la quantité de nourriture consommée et la transmission des maladies. Ce sont les enfants qui sont le plus durement touchés. En effet, la majorité des individus qui contractent des maladies d'origine hydrique ont moins de 5 ans, une forte proportion d'entre eux ayant moins de 2 ans (Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies, 2007).

Les infections transmises par l'eau sont la cause principale des maladies diarrhéiques. Lorsqu'elles sont conjuguées à un accès limité aux soins de santé préventifs et curatifs, les répercussions de cette insalubrité et du manque d'assainissement sont sérieuses. L'amélioration de l'accès à l'eau propre et la promotion de mesures d'hygiène et d'assainissement de base constituent des solutions essentielles à la réduction de la faim et à l'amélioration de la santé.

Périodes propices aux interventions

Les premières années de vie: solutions pour les mères, les nourrissons et les jeunes enfants

La première période propice aux interventions – les premières années de vie, couvrant la grossesse et la petite enfance – est mise en évidence par les récentes enquêtes démographiques et sanitaires réalisées au Bangladesh, au Cambodge, en Éthiopie, en République-Unie de Tanzanie et au Tchad. Dans ces pays, le gain moyen de poids commence à baisser vers 3 mois, et continue de chuter nettement jusqu'à l'âge de 10 mois, accusant de rapides déclin jusqu'à environ 12 mois. Dans tous les pays sauf au Tchad, on assiste à un déclin plus lent du gain de poids jusqu'à

Figure 24 – Échantillons nationaux montrant la prévalence des troubles de croissance (poids par rapport à l'âge)

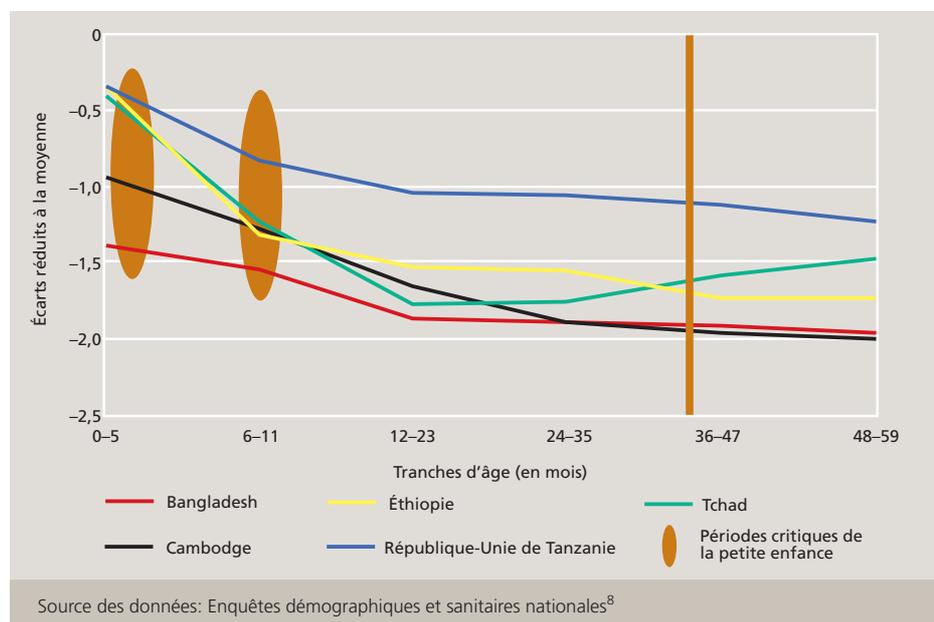
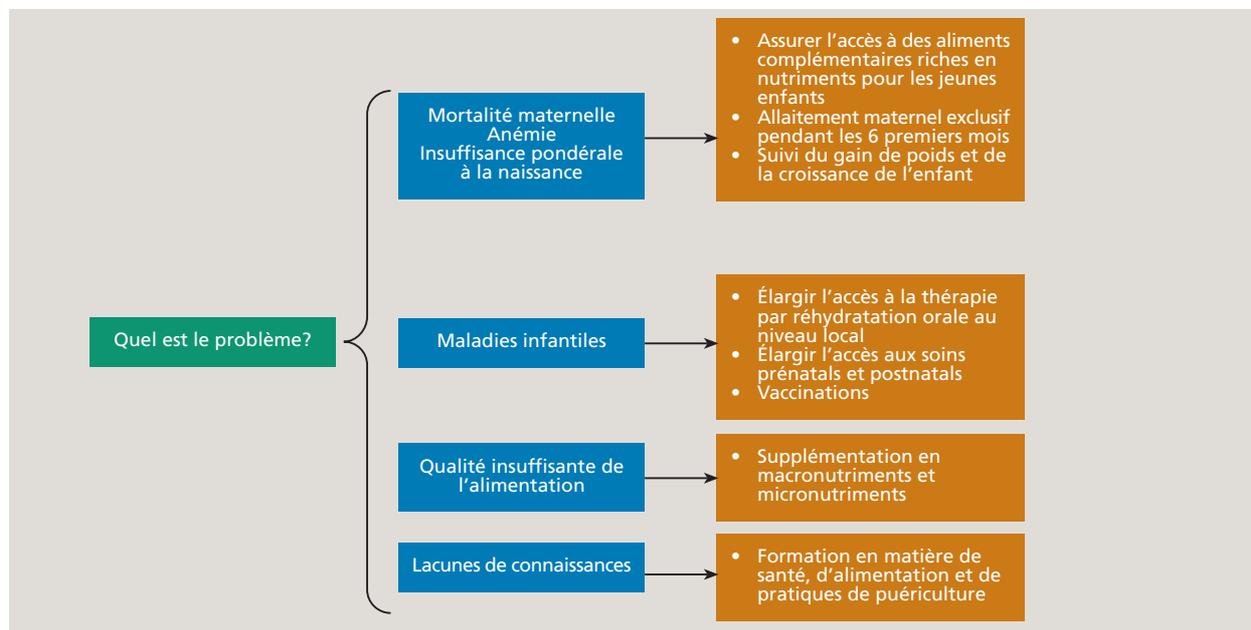


Figure 25 – Solutions pratiques destinées aux femmes enceintes, aux mères allaitantes, aux nourrissons et aux jeunes enfants



35 mois environ. Les troubles de croissance sévères constatés dans la petite enfance prouvent l'importance de veiller à ce que les interventions préventives portent principalement sur cette étape critique de la vie.

Pendant la grossesse, et tout particulièrement la première grossesse, on doit avoir pour objectifs principaux d'éviter le décès de la mère et l'insuffisance pondérale de l'enfant à naître. Le suivi du gain de poids durant la grossesse et de la croissance de l'enfant est essentiel à la prévention et au traitement des carences nutritionnelles et des problèmes de santé. Les données montrent que la supplémentation alimentaire, qui permet d'assurer un apport énergétique suffisant, représente l'une des interventions les plus importantes, notamment au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse. La supplémentation en micronutriments s'est révélée particulièrement efficace dans le cas de femmes enceintes anémiques.

Assurer l'accès à une alimentation complémentaire riche en nutriments. Les aliments complémentaires ne sont pas des aliments de sevrage qui impliquent l'arrêt de l'allaitement maternel. Toutefois, des aliments semi-solides devraient être introduits progressivement dans l'alimentation d'un jeune enfant pour compléter l'allaitement maternel.

La quantité, la qualité, la forme et la fréquence d'administration de ces aliments complémentaires sont importantes. Ils doivent être sûrs, agréables au goût, à haute teneur énergétique, riches en micronutriments et préparés à base de quatre ingrédients essentiels: i) céréales ou tubercules; ii) sources de protéines; iii) suppléments vitaminiques et minéraux; et iv) sources d'énergie comme l'huile (PAM, 2000).

L'introduction d'aliments complémentaires est plus efficace lorsqu'elle s'accompagne d'une hygiène alimentaire et de pratiques de puériculture adéquates. Le "paquet" d'activités qui englobe l'alimentation (allaitement maternel et alimentation complémentaire), l'hygiène et l'assainissement (préparation des aliments et accès à l'eau propre) et les pratiques de puériculture (éveil) a fait ses preuves.

Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. L'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant six mois afin de réduire considérablement la mortalité et la malnutrition infantile, puis sa poursuite avec l'introduction d'une alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate jusqu'à 2 ans au moins, afin de réduire la mortalité et les retards de croissance. Le succès de cette stratégie dépend des activités de promotion et d'éducation mises en œuvre pour aider

3.2 Des solutions efficaces

L'allaitement maternel n'est pas seulement une nourriture

L'allaitement maternel protège les bébés contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, stimule leur système immunitaire et améliore leur réaction aux vaccins. Le lait maternel, recommandé durant les deux premières années et exclusivement pendant les six premiers mois de la vie d'un bébé, est souvent remplacé par des substituts commerciaux ou autres. Les préparations pour nourrissons coûtent cher et comportent des risques de morbidité et de mortalité supplémentaires, en particulier lorsque la prévalence des maladies infectieuses est forte et ces produits de remplacement ne sont pas préparés et conservés comme il se doit. Les enfants qui vivent dans des conditions insalubres où la maladie sévit, et qui ne sont pas nourris au sein, ont de 6 à 25 fois plus de risques de mourir de la diarrhée, et 4 fois plus de risques de mourir de pneumonie, que les enfants nourris au sein (UNICEF, 2007a).

les mères allaitantes à améliorer l'efficacité de la pratique de l'allaitement maternel.

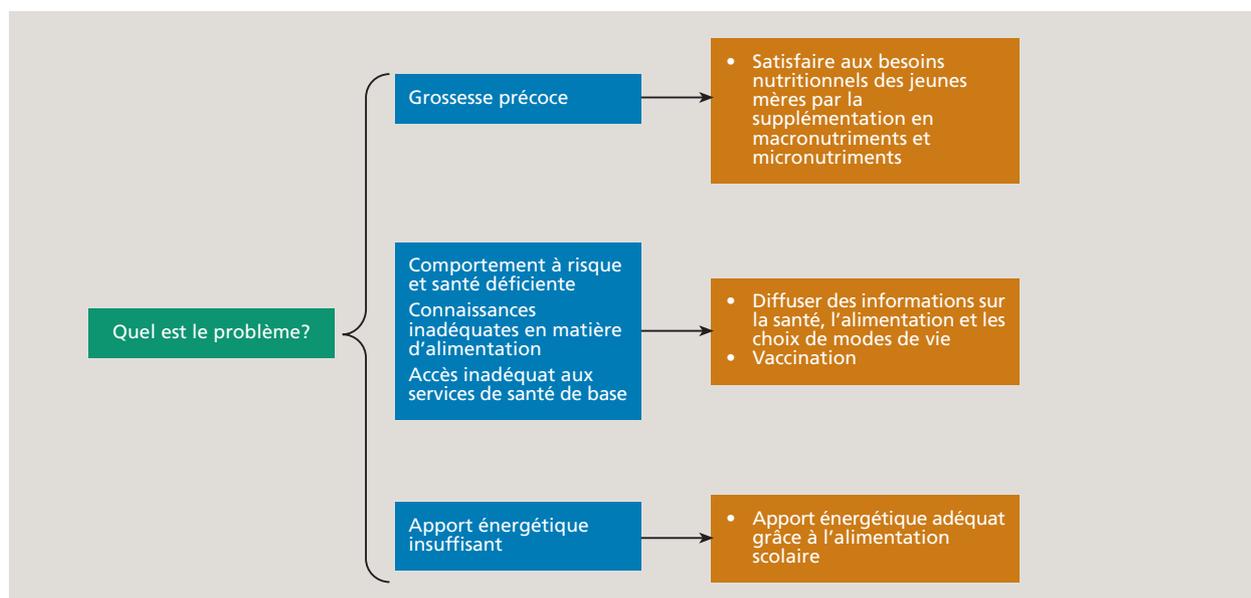
Suivi du gain de poids et de la croissance de l'enfant. La croissance d'un enfant est très sensible à la nutrition et à la maladie. Les problèmes, en particulier la dénutrition, peuvent être détectés grâce au suivi de sa croissance bien avant l'apparition

d'autres manifestations ou symptômes. La manière la plus efficace de suivre la croissance des enfants consiste à mesurer le poids et la taille l'un par rapport à l'autre, comme on le fait dans les programmes de santé maternelle et infantile.

Thérapie par réhydratation orale. Cette thérapie sert à traiter les pertes en eau et électrolytes causées par la diarrhée. Les sachets de sels de réhydratation orale, qui coûtent environ 0,10 dollar pièce, ou une simple solution de sucre, de sel et d'eau, réduiraient considérablement le nombre de décès infantiles causés par une déshydratation diarrhéique. Étant donné l'efficacité de ce traitement et la prévalence des maladies diarrhéiques, les dispensaires doivent être équipés de manière à pouvoir le fournir aux enfants à risque (OMS et UNICEF, 2006). Ces sels peuvent par exemple être distribués facilement au niveau local lors de la vaccination des enfants.

Vaccination. La vaccination figure parmi les interventions les plus importantes et les plus économiquement efficaces dont disposent les systèmes de santé; elle est essentielle pour sauver la vie des enfants. C'est un moyen abordable de protéger des communautés entières et de réduire la pauvreté. On estime que la vaccination a permis de sauver 20 millions de vies ces deux dernières décennies (UNICEF, 2007b).

Figure 26 – Solutions pratiques pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents



Thérapie par réhydratation orale au Bangladesh

Entre 1980 et 1990, une ONG bangladaise a appris à plus de 12 millions de mères comment préparer chez elles la thérapie par réhydratation orale avec du sel et du sucre roux. La formation a été appuyée par la promotion et la distribution de thérapies par réhydratation orale prêtes à l'emploi par le Gouvernement et diverses institutions. En 1993, une évaluation nationale a révélé que 70 pour cent des mères savaient préparer elles-mêmes des thérapies par réhydratation orale sûres et efficaces et que celles-ci étaient utilisées pour traiter 60 pour cent des épisodes diarrhéiques. Les vendeurs de médicaments et les médecins ruraux recommandent plus souvent maintenant la thérapie par réhydratation orale, et la disponibilité de thérapies par réhydratation orale prêtes à l'emploi dans les pharmacies rurales s'est améliorée. Tout semble indiquer que ces améliorations sont dues aux campagnes de grande ampleur mises en œuvre pour promouvoir le recours à la thérapie par réhydratation orale pour le traitement de la déshydratation diarrhéique (Chowdhury *et al.*, 1997).

L'adolescence: les solutions destinées aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents

Pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents, les solutions doivent être axées sur la croissance et le développement cognitif, la promotion d'une alimentation et d'un mode de vie sains et la communication de connaissances permettant d'éviter les risques menaçant la santé.

Promotion d'un mode de vie sain. Les interventions les plus efficaces – outre une alimentation de qualité adéquate – sont celles qui portent sur les problèmes comportementaux et sociaux affrontés par les adolescents, comme le tabagisme, les comportements sexuels à risque, la prévention du VIH et la promotion d'un mode de vie sain. L'élaboration de stratégies à long terme visant à améliorer l'état nutritionnel, à

Une alimentation scolaire novatrice pour les adolescents

En général, en grandissant, et notamment dans le secondaire, les élèves renoncent fréquemment à prendre leurs repas à l'école: le petit-déjeuner est souvent considéré comme "nul". Les communautés de la Réserve des Indiens Flathead à Ronan, dans le Montana (États-Unis), ont trouvé un moyen efficace d'attirer les élèves des cours supérieurs; dans le cadre de leur programme d'alimentation scolaire, elles ont inclus des fruits frais au menu. Il s'agit là d'une solution simple, mais efficace, car elle permet aux élèves de prendre une pomme, une poire ou une banane en passant et de continuer leur chemin. En conséquence, le pourcentage d'élèves du secondaire mangeant des fruits le matin est passé de 10 pour cent à 70 pour cent (Département de l'agriculture des États-Unis, 2005).

retarder le mariage et la première grossesse, à prolonger la fréquentation scolaire pour les filles et à renforcer l'autonomie des jeunes femmes est également fondamentale.

Alimentation scolaire. L'alimentation scolaire incite non seulement les parents à envoyer leurs enfants à l'école, mais elle améliore la nutrition et la santé ainsi que les résultats scolaires, et diminue les redoublements et les taux d'abandon. L'alimentation scolaire accompagnée d'activités éducatives complémentaires peut influencer sur des questions comme la nutrition et la diversité de l'alimentation, l'hygiène, l'adoption d'un mode de vie sain et la prévention du VIH/sida.

Ces solutions essentielles présentent l'avantage d'éliminer la faim, d'améliorer la santé, de favoriser l'égalité sociale et de renforcer l'efficacité des autres investissements dans le capital humain.

3.2 Des solutions efficaces

Intermezzo 7: Les *Sprinkles* – un moyen novateur et économiquement efficace de fournir des micronutriments aux enfants

Les carences en micronutriments, auxquelles on impute 7,3 pour cent de la charge de morbidité mondiale, touchent un tiers de la population mondiale. Les micronutriments comprennent les vitamines et minéraux hydrosolubles et liposolubles. On estime que les carences en fer, en vitamine A et en iode sont les plus répandues. Parmi les catégories de la population les plus vulnérables figurent les nourrissons, les jeunes enfants et les femmes enceintes car leurs besoins physiologiques sont particulièrement élevés. L'anémie par carence en fer touche 750 millions d'enfants dans le monde entier, ce qui en fait la carence en micronutriments la plus répandue; elle se rencontre dans tous les pays, quel que soit leur revenu. Plus de 100 millions d'enfants en bas âge souffrent d'une carence en vitamine A qui, sous sa forme la plus sévère, conduit à une cécité partielle ou totale. Selon les estimations, les affections dues à une carence en iode touchent 43 millions de personnes dans le monde; elles représentent à elles seules la cause la plus importante des retards mentaux évitables.

Dans le passé, lors de situations de crise, les efforts se sont concentrés sur la réduction de la faim et des carences en macronutriments. Plus récemment, les études ont déterminé que les carences en micronutriments étaient tout aussi importantes, en particulier parmi les populations touchées par ce problème avant la crise. L'apport de vitamines et de minéraux aux populations à risque, particulièrement en situation d'urgence, joue un rôle déterminant dans la réduction du nombre de décès, de la charge de morbidité et de la vulnérabilité aux infections. Par conséquent, des recommandations visant à garantir un apport adéquat en micronutriments lors des interventions d'urgence ont été établies récemment (OMS, 2006). "L'enrichissement à domicile" des aliments avec les *Sprinkles* marque un progrès important dans l'enjeu mondial que représente la réduction des carences en micronutriments lors de situations de crise et dans le cadre des programmes de développement.

En quoi consistent les *Sprinkles*?

Dans les pays développés, les produits alimentaires commercialisés sont généralement enrichis en vitamines et en minéraux. Les *Sprinkles* sont un produit unique qui renferme des micronutriments à utiliser pour enrichir les aliments préparés chez soi, d'où le terme "enrichissement à domicile".

Les *Sprinkles* se présentent sous forme de poudre blanchâtre insipide contenant plusieurs micronutriments et conditionnée en sachet-dose. Le contenu entier d'un sachet, qui correspond à la dose journalière, est saupoudré sur n'importe quel aliment semi-solide ou préparé à la maison, ou mélangé à celui-ci. On peut par exemple ajouter des *Sprinkles* aux rations enrichies ou non enrichies qui sont distribuées dans le cadre d'une aide alimentaire, comme les mélanges maïs-soja ou blé-soja. Ils peuvent aussi être ajoutés aux bouillies et aux purées faites avec des céréales, des féculents ou des tubercules quelconques, ainsi qu'au yaourt. Le fer des *Sprinkles* est encapsulé pour l'empêcher de réagir avec les aliments et d'en modifier le goût, la couleur ou la texture. Cette formulation souple des *Sprinkles* permet de conjuguer divers micronutriments, dont du fer, des vitamines A, C et D, un complexe de vitamines du groupe B, de l'acide folique, du zinc et d'autres micronutriments.

Quand doit-on utiliser les *Sprinkles*?

Il est particulièrement opportun d'utiliser les *Sprinkles* dans les situations d'urgence où les besoins en micronutriments des jeunes enfants augmentent en conséquence du manque d'aliments frais et variés et de l'incidence élevée des maladies et des infections. Bien que les aliments composés distribués lors d'interventions d'urgence soient généralement enrichis en plusieurs micronutriments, il est possible que ceux-ci ne soient pas suffisants pour satisfaire pleinement aux besoins des nourrissons et des jeunes enfants. Les *Sprinkles* peuvent par conséquent être intégrés aux programmes d'aide alimentaire existants afin d'améliorer la qualité nutritionnelle des rations distribuées.

Quelles preuves a-t-on de l'efficacité des *Sprinkles*?

Afin d'évaluer l'effet sur la santé des *Sprinkles*, des études portant sur des nourrissons et des jeunes enfants anémiques et non anémiques ont été réalisées au niveau local sur l'ensemble de l'Asie, de l'Afrique et du continent américain. À ce jour, les *Sprinkles* ont été utilisés avec succès, par exemple, dans le cadre de situations d'urgence en Indonésie et à Haïti, de programmes de développement en Bolivie, en Guyane et en Mongolie et de programmes d'alimentation scolaire en Chine. Globalement, les données montrent que les interventions *Sprinkles* ont permis de traiter et

d'éviter l'anémie, que ces suppléments sont sûrs, bien tolérés par les enfants et bien acceptés par les personnes qui en ont la charge et par les communautés.

En Indonésie, après le tsunami, des *Sprinkles* ont été distribués à 200 000 enfants de 6 mois à 12 ans, prouvant la faisabilité de la mise en œuvre de la récente déclaration de l'OMS/UNICEF/PAM concernant la distribution de micronutriments aux populations vulnérables dans le cadre de secours d'urgence (De Pee *et al.*, 2006). En Mongolie, des *Sprinkles* ont été distribués à plus de 15 000 enfants de 6 mois à 3 ans dans le cadre d'un programme nutritionnel intégré qui a réduit la prévalence de l'anémie de 55 pour cent à 33 pour cent. Au Cambodge, au Ghana et en Inde, des essais cliniques ont montré qu'entre 50 et 65 pour cent des nourrissons et des jeunes enfants anémiques ayant reçu des *Sprinkles* ont été guéris de leur anémie (Zlotkin *et al.*, 2001; Agostoni *et al.*, 2006; Hirve *et al.*, 2007).

Les données recueillies au niveau mondial en ce qui concerne l'acceptabilité du produit et l'adhésion au traitement indiquent que les *Sprinkles* ont été bien acceptés et utilisés comme il convient dans les communautés ayant bénéficié de l'intervention. En Chine, à Haïti et au Pakistan, parmi les bienfaits perçus des *Sprinkles* figuraient, selon les mères interrogées, un meilleur appétit et une amélioration générale de l'état de santé de leurs enfants, de leur capacité d'apprendre et de leur bien-être. Au Bangladesh, parmi les principales raisons données en faveur des *Sprinkles* figuraient la facilité avec laquelle on pouvait les mélanger aux aliments complémentaires et le fait que leur utilisation encourageait l'introduction adéquate d'aliments complémentaires.

Quels sont les avantages et les bienfaits secondaires des *Sprinkles*?

Dans les situations de crises, les *Sprinkles* peuvent être ajoutés à n'importe quel aliment semi-solide; il n'est pas nécessaire d'attendre l'arrivée de l'aide alimentaire et la distribution d'aliments enrichis. Des données récentes ont montré que l'administration de *Sprinkles* aux jeunes enfants en plus du mélange blé-soja enrichi permettait de mieux réduire la prévalence de l'anémie que le mélange blé-soja seul (Menon *et al.*, 2007).

Les *Sprinkles* contiennent la quantité de minéraux et de vitamines dont les enfants ont besoin. Comme ils peuvent être ajoutés aux aliments préparés localement et que les enfants ont l'habitude de manger, ceux-ci risquent moins de les refuser que

des produits commerciaux nouveaux, qu'ils ne connaissent pas. La tâche difficile de changer les habitudes alimentaires traditionnelles est ainsi minimisée. Le stockage dans de mauvaises conditions et la cuisson excessive diminuent parfois la teneur en micronutriments des aliments enrichis, mais comme les *Sprinkles* sont ajoutés une fois les aliments cuits, ces pertes sont réduites.

Non seulement les *Sprinkles* apportent des micronutriments, mais ils contribuent à un sevrage sain car ils ne peuvent être utilisés qu'avec des aliments complémentaires. Leur utilisation n'est pas en contradiction avec l'allaitement maternel et elle peut faciliter le passage de l'allaitement maternel exclusif aux aliments complémentaires à 6 mois, comme le recommande l'OMS. Les sachets-doses, qui sont pratiques et faciles d'emploi, n'exigent pas de savoir lire ou mesurer des quantités. Ils sont faciles à stocker car ils prennent peu de place (chaque sachet mesure 3,5 x 6 cm et pèse 1 g) et leur durée de conservation est de deux ans. Le prix dépend de la quantité de sachets commandés, de la composition du mélange et du lieu de production, mais se situe généralement entre 1,5 et 3,5 centimes de dollar le sachet. Outre leurs effets bénéfiques sur la santé et l'état nutritionnel, les sachets sont légers et par conséquent faciles à transporter et à distribuer; il s'agit donc d'un moyen économiquement efficace et facilement mis en œuvre de fournir des micronutriments aux enfants vulnérables.

Quelles sont les exigences de la mise en œuvre d'un programme *Sprinkles*?

Pour être efficace, la distribution à grande échelle de *Sprinkles* nécessite un système de distribution bien organisé, caractérisé par un approvisionnement régulier, une couverture adéquate de la population par rapport au groupe cible, ainsi que la formation et la motivation des bénéficiaires, qui garantira ainsi la demande et l'adhésion au traitement. Une alliance réunissant des partenaires de divers secteurs est nécessaire, ce qui exige l'ouverture d'un dialogue avec les ministères de la santé, les institutions des Nations Unies, les ONG, les organisations de la société civile et le secteur privé.

Les caractéristiques d'un programme *Sprinkles* varieront d'un pays à l'autre en fonction des infrastructures en place. Les partenaires de distribution peuvent inclure des organisations du secteur public, de la société civile et du secteur privé. Au stade initial de l'élaboration d'une stratégie de contrôle pour la distribution de *Sprinkles*, il sera très utile d'obtenir des informations sur l'état nutritionnel de la population ciblée et sur le bilan actuel et passé

3.2 Des solutions efficaces

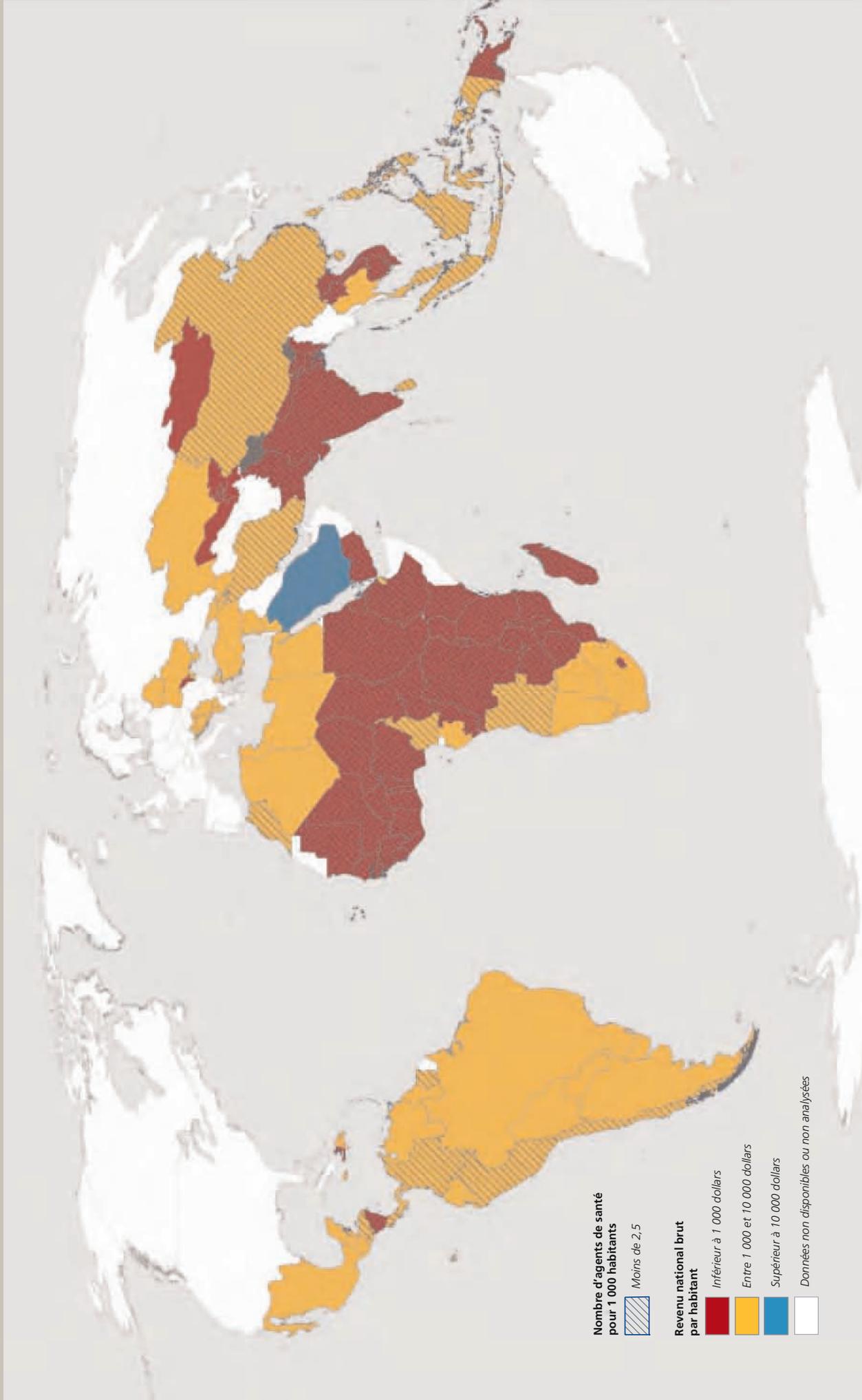
des programmes micronutritionnels. Par souci d'économie, il est préférable d'intégrer les interventions *Sprinkles* à des programmes en cours, tels que des programmes de santé ou de proximité, qui sont en mesure de développer et de gérer la distribution, d'évaluer l'intervention et de la rattacher à leurs objectifs.

Une des difficultés au niveau de la mise en œuvre du programme concerne la communication avec les bénéficiaires afin de renforcer l'adhésion au traitement et l'utilisation durable des suppléments. Cela exige une communication sensible au contexte

culturel et des campagnes médiatiques en vue d'informer les bénéficiaires quant à l'emploi correct et à l'importance des *Sprinkles*, ainsi qu'à leurs effets positifs sur la santé, en particulier dans le cas d'une première utilisation. La promotion de la participation de la communauté à l'intervention *Sprinkles* doit être fortement encouragée.

Contribution à la collection La faim dans le monde du Dr Stanley Zlotkin, Professeur, Sciences nutritionnelles et Sciences de la santé publique, Université de Toronto.

Carte 7 – Les inégalités devant la santé dans le monde



Nombre d'agents de santé
pour 1 000 habitants

Moins de 2,5

Revenu national brut
par habitant

Inférieur à 1 000 dollars

Entre 1 000 et 10 000 dollars

Supérieur à 10 000 dollars

Données non disponibles ou non analysées

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Sources des données: OCDE, 2006; OMS, 2007

3.3 Les bons choix politiques

“La manière dont les êtres humains s'épanouissent est un “miroir” qui reflète les conditions socio-économiques de la société.”

John Komlos et Benjamin E. Lauderdale, 2007⁹

Malgré les diverses solutions économiquement rationnelles permettant de lutter contre la faim et d'améliorer la santé, et la possibilité d'orienter les engagements politiques nationaux et internationaux de manière à s'attaquer à ces problèmes corrélatifs qui accablent les plus pauvres, les efforts demeurent insuffisants. On court le risque réel de ne pas réaliser les OMD, qui sont en eux-mêmes relativement modestes. L'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* met les dirigeants au défi d'exploiter les succès passés, en alliant les connaissances actuelles à une volonté de mettre en œuvre des solutions pratiques et efficaces afin d'éliminer la faim dans les décennies à venir.

Quatre raisons impératives incitent à accorder un degré de priorité élevé à ces solutions:

- Le coût de la faim et de la maladie est élevé.
- Les solutions sont abordables, économiquement rationnelles et durables.
- Le droit à une alimentation, à une nutrition et à une santé adéquates fait l'objet d'un consensus.
- Les populations bien nourries et en bonne santé contribuent de manière plus efficace à la croissance économique.

La tâche pour les dirigeants consiste à recueillir des engagements et à formuler des stratégies visant à intégrer ensemble la faim et la maladie aux objectifs explicites du développement humain et économique. Ce chapitre examine plusieurs domaines dans lesquels les engagements pourraient être renforcés.

Sensibilisation au lourd fardeau de la faim

La mise en œuvre d'efforts pour attirer l'attention des décideurs sur les données empiriques montrant le fardeau que représentent la faim, la dénutrition et la maladie pour différents groupes socio-économiques constitue le fondement de toute action efficace. Cela impose aux gouvernements, aux particuliers et aux organismes spécialisés dans les questions de santé et de nutrition de recueillir des données au niveau infranational et concernant des groupes vulnérables spécifiques. Il faut également pour cela prendre l'engagement d'évaluer les interventions et d'établir, à partir des conclusions, des propositions claires et réalisables à l'intention des responsables de l'élaboration de politiques et au public.

L'action en faveur de la cause des populations affamées a souffert en conséquence de l'ignorance du public concernant les véritables coûts de la faim et des maladies connexes. Les manifestations de la faim et de la malnutrition, bien que considérables, sont essentiellement insidieuses et invisibles. Même lorsque l'on a conscience des problèmes, d'autres priorités limitent parfois les actions efficaces, dont l'absence reflète l'impuissance de ceux qui souffrent le plus de la faim et de la maladie:

- Ni les individus, ni les familles, ni les gouvernements ne mesurent le coût total, humain et économique, de la faim.
- Les gouvernements n'apprécient pas que les actions réduisant la faim comptent parmi les interventions les plus efficaces pour remédier à la lenteur de la croissance économique et à la pauvreté.
- La meilleure façon d'intervenir pour lutter contre la faim et la maladie ne fait pas toujours l'objet d'un consensus.

En fin de compte, c'est la détermination à les mettre en œuvre qui conditionne l'efficacité et la durabilité des interventions. Regrettablement, dans le passé, de nombreuses interventions n'ont pas donné les résultats attendus parce qu'elles ont été mal conçues et n'ont pas bénéficié de crédits suffisants.

Accroître les engagements: éradiquer la faim doit être un objectif prioritaire

“Si vous ne savez pas où vous allez, vous pouvez emprunter n’importe quelle route.”

Lewis Carroll (1865)

L'élimination de la faim ne peut être reléguée au rang d'objectif secondaire. Étant donné son coût humain, économique et social considérable, son élimination doit figurer parmi les priorités de développement et faire partie intégrante des objectifs relatifs à la santé. Il est vital d'aligner les stratégies de lutte contre la faim et la santé sur les autres stratégies sectorielles et de leur donner une place prioritaire dans les plans de développement nationaux et locaux. Si l'on se fixe comme objectif d'éliminer la faim, il faut identifier les problèmes les plus répandus liés à la faim et à la maladie, leurs causes, les groupes sociaux les plus touchés et les plus vulnérables, les objectifs à viser, la répartition des responsabilités ainsi que des mécanismes d'obligation redditionnelle.

Plusieurs pays ont élaboré et mis en œuvre des programmes nationaux de nutrition et santé très exhaustifs visant explicitement à éliminer la faim. Ces programmes reconnaissent l'impossibilité de réduire la faim et les charges de morbidité et de mortalité qui lui sont imputables en une seule intervention. Étant donné la futilité de modèles généraux pour la réalisation d'objectifs de développement, il incombe aux responsables chargés de l'élaboration de politiques de définir eux-mêmes les stratégies de lutte contre la faim et la maladie à mettre en œuvre dans leur pays.

Les engagements contraignants en matière de la lutte contre la faim et la maladie figurant dans les constitutions, les plans de développement nationaux ou les accords internationaux sont un bon point de départ, à condition qu'ils s'accompagnent:

- de politiques qui puissent conduire à l'établissement d'objectifs, puis de plans d'action et enfin de programmes auxquels on allouera un budget annuel et qui feront l'objet d'un suivi régulier;
- d'un financement régulier à intégrer dans le budget national;

- d'un cadre organisationnel possédant les pouvoirs et les capacités administratives nécessaires pour la mise en œuvre des mesures; et
- d'une répartition des responsabilités afin d'assurer la mise en œuvre complète des actions prévues.

Cependant, les gouvernements se trouvent souvent en présence de demandes concurrentielles et les priorités peuvent changer, compromettant les engagements à lutter contre la faim et la maladie. Les priorités des donateurs et les tendances de l'aide influent parfois sur les priorités des pays, d'où la nécessité pour les donateurs d'apporter leur soutien aux programmes gouvernementaux visant à réduire la faim.

Maximiser les ressources

Il est impératif d'augmenter les ressources humaines et financières pour éliminer le fardeau de la faim et de la maladie.

L'allocation des ressources doit respecter les objectifs et les priorités. Les stratégies visant à éliminer la faim et à améliorer la santé devront surmonter les restrictions financières. Pour obtenir un résultat optimal, il est essentiel de disposer de ressources appropriées et d'en faire le meilleur usage possible. Les ressources financières ne suffisent pas: pour que les services sociaux soient efficaces, il faut aussi soutenir les dirigeants, les cadres et les systèmes.

Les programmes doivent avoir des effets durables et il est essentiel pour cela de ventiler les inégalités par groupe vulnérable et par sexe. Plusieurs pays, régions et districts ont accompli d'énormes progrès dans la réduction de la faim et l'amélioration de la santé: le Sri Lanka et l'État indien de Kerala en fournissent des exemples édifiants. En revanche, plusieurs pays connaissant un développement économique impressionnant et soutenu continuent d'être affligés par des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et de dénutrition. Cela prouve qu'à lui seul l'accroissement des revenus ne conduit pas à une amélioration suffisante de la nutrition et de la santé, et que les progrès économiques ne sont pas nécessairement ressentis par les plus pauvres.

L'augmentation des dépenses publiques est un bon début

Au niveau régional, entre 2000 et 2004, le pourcentage des budgets publics consacré aux dépenses de santé a augmenté en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique subsaharienne. Ces augmentations, bien que légères, correspondent à des tendances positives en matière de réduction de la mortalité, en particulier parmi les très jeunes enfants (OMS, 2007).

On recense de nombreux programmes nationaux axés sur la nutrition et la santé performants dans les pays à faible et moyen revenu. Le Brésil, le Honduras, le Sri Lanka et l'Ouganda figurent parmi les pays où ces programmes ont été gérés avec efficacité. Les succès durables remportés par le Chili dans des programmes, comme le programme d'alimentation complémentaire, sont bien connus: en 30 ans, ils ont conduit à une baisse spectaculaire des taux de mortalité infantile, qui sont passés de 119,5 à 16 pour 1 000 naissances vivantes, et à une augmentation de l'espérance de vie de 13 ans (Binswanger et Landell-Mills, 1995).

Toutefois, même si elle est importante, l'augmentation des dépenses en matière de santé et de nutrition n'est qu'un aspect de la problématique. L'utilisation

optimale et efficace des ressources exige un engagement encore plus ferme. Les gouvernements peuvent maximiser les ressources dans de nombreux domaines, dont celui de la gestion financière et administrative pour citer un bon exemple.

De nombreuses mesures peuvent être prises pour rationaliser les processus bureaucratiques et par là-même économiser du temps et de l'argent.

Le programme *Progres*, au Mexique, livre de nombreux enseignements sur la rationalisation et l'amélioration de l'efficacité. Le Gouvernement a mis en place des systèmes visant à renforcer l'obligation redditionnelle et la transparence, qui sont critiqués pour maximiser l'efficacité des ressources. Les services sociaux ont été développés et ont reçu pour mission de donner la priorité à l'amélioration de la nutrition chez les très jeunes enfants, aux efforts permettant de mieux cibler les plus vulnérables et au renforcement du suivi institutionnel afin de montrer les résultats de l'intervention (Skoufias et Parker, 2001).

La principale tâche pour tous ceux qui interviennent dans les domaines de la nutrition et de la santé consiste à optimiser les ressources de manière à atteindre les populations affamées.

Utiliser l'aide alimentaire plus efficacement

Bien que, globalement, les ressources consacrées à l'aide alimentaire aient augmenté, les fonds réservés aux mesures d'hygiène publique de base sont restés assez limités. Les donateurs se sont montrés mieux disposés à réagir aux situations de conflit, aux catastrophes naturelles et à des maladies spécifiques qu'à fournir une aide dans ce domaine et pour la nutrition, ignorant le fait que ces investissements de base pourraient réduire l'impact des chocs et des catastrophes.

Dans les années 90, moins de 5 pour cent de la recherche médicale mondiale était consacrée aux maladies et aux problèmes de santé endémiques dans les pays en développement, et moins de 10 pour cent, aux problèmes majeurs touchant 90 pour cent de la population mondiale. En conséquence, très peu de nouveaux produits traitant les maladies qui sont essentiellement endémiques dans les pays pauvres ont été homologués (Fernholz *et al.*, 2007).

Figure 27 – Dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage du PIB

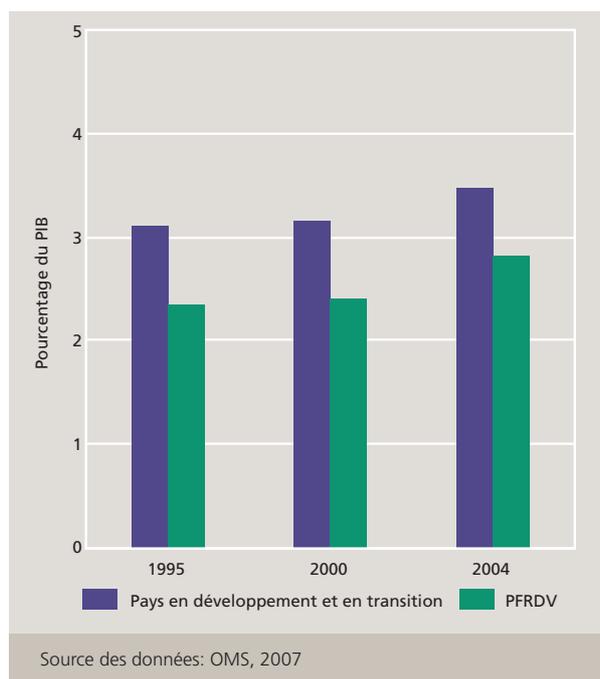
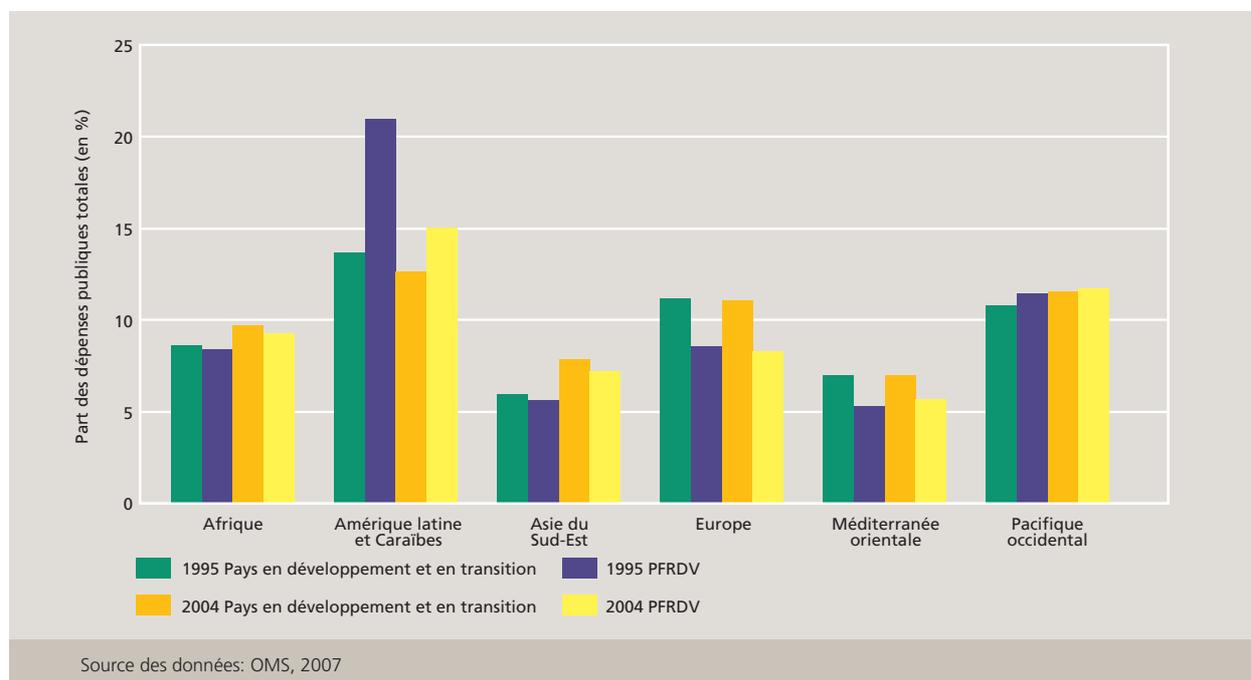


Figure 28 – Dépenses publiques de santé



Les campagnes très médiatisées menées en faveur de maladies spécifiques ont attiré des fonds supplémentaires considérables. Une analyse de cette aide a montré que certaines maladies avaient bénéficié de fonds proportionnellement bien supérieurs à d'autres par rapport à leur taux de prévalence et à leur impact. Les auteurs de l'analyse ont calculé l'aide allouée entre 1996 et 2003 pour 20 maladies infectieuses représentant depuis longtemps un fardeau élevé, à partir de données recueillies auprès de 42 donateurs, en classant les dons par maladie.

Les données ont montré que le financement n'était pas en rapport étroit avec la charge de morbidité (Shiffman, 2006). Par exemple, les infections respiratoires aiguës représentaient 25 pour cent de la charge de morbidité, mais ont reçu moins de 3 pour cent d'aide directe. Il est également ressorti que le paludisme n'avait pas reçu l'attention qu'il méritait, ayant bénéficié de seulement 9 pour cent des fonds, alors qu'on lui impute 14 pour cent de la charge de morbidité. La lutte contre la tuberculose avait aussi été insuffisamment financée, bien que les fonds accordés aient été plus en rapport avec la charge qu'elle impose. Parmi les maladies qui avaient bénéficié d'un financement hors de proportion avec leur charge de morbidité figurait la polio, qui avait reçu 14 pour cent des fonds alors qu'on lui associe une charge de

morbidité inférieure à 0,1 pour cent. Le VIH/sida, qui correspondait à une charge de morbidité de 31 pour cent, avait bénéficié de 46 pour cent des fonds.

Ces contradictions s'expliquent parfois par des raisons valables, notamment les coûts élevés de l'étape finale de l'élimination mondiale de maladies spécifiques comme la variole et la polio et la concentration des efforts sur des maladies pour lesquelles il existe des solutions efficaces et économiques. Les ressources doivent être dirigées vers les besoins les plus urgents.

Nouvelles sources de financement

Le financement a été influencé par l'émergence de groupes de pression axés sur des maladies particulières. Grâce à ces groupes, les fonds recueillis globalement ont augmenté, mais les maladies qui ont bénéficié d'une plus grande attention de la part des donateurs concernent parfois moins directement les pays en développement (Fernholz *et al.*, 2007).

En général, le traitement des maladies a attiré davantage de fonds que les activités de prévention – le VIH/sida en est un exemple – en partie parce qu'on peut en montrer les résultats positifs. L'attention s'est portée sur les domaines dans lesquels on pensait pouvoir obtenir des résultats rapides plutôt que sur

3.3 Les bons choix politiques

Migration du personnel sanitaire qualifié

L'OMS estime que les pays en développement ont un besoin urgent de plus de 4 millions de docteurs, infirmiers, sages-femmes, gestionnaires et agents de santé publique supplémentaires. La situation est aggravée par la migration des agents sanitaires qualifiés. En conséquence du déséquilibre du marché mondial de l'emploi, les agents sanitaires, et notamment les infirmiers, sont attirés des pays pauvres vers les pays riches. Le Code de conduite du Commonwealth sur le recrutement international des professionnels de la santé est actuellement le seul code international tentant de remédier à cette situation. On a assisté à un vaste développement de l'éducation, de la formation et du renforcement des capacités dans le monde entier, mais c'est justement les personnes dont on a besoin pour mettre en œuvre les programmes de santé qui manquent: agents sanitaires locaux, personnel infirmier et nutritionnistes aux ministères de la santé et de l'agriculture. Les personnes qui ont le plus besoin d'éducation – les femmes et les adolescentes – sont souvent oubliées (OMS, 2006).

ceux qui nécessitent des interventions à plus long terme. Les institutions qui ont un effet positif sur les populations pauvres, par exemple les systèmes de prestations sanitaires de base et l'amélioration de l'hygiène publique (en particulier l'approvisionnement en eau et l'assainissement) restent trop souvent inefficaces et sous-dotées.

L'afflux récent de fonds accordés par des organisations philanthropiques pour la lutte contre des maladies comme le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a donné une massive impulsion au traitement et à la prévention de ces maladies. Mais il a également soulevé des questions quant à l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé lorsqu'elles sont mises en œuvre "verticalement" dans le sens où elles ciblent des maladies et des affections spécifiques; les approches "horizontales" sont axées sur l'amélioration des services de santé publique et s'attaquent aux causes profondes de la faim et de la maladie.

Bon nombre des organisations philanthropiques qui se sont créées ces cinq à dix dernières années ont concentré leurs efforts sur des approches verticales, adoptant des stratégies interventionnistes. Les partisans de l'approche verticale prétendent que les

problèmes de santé mondiaux d'une grande gravité, en particulier le VIH/sida, exigent des actions du type interventions d'urgence dotées de leurs propres infrastructures de mise en œuvre, axées sur un nombre restreint de résultats mesurables. Cette approche est peut-être valable, mais elle risque de fragiliser les structures de santé existantes en détournant les professionnels de la santé des programmes nationaux, et en privant de fonds les activités de base portant sur la nutrition et les soins de santé.

On avancerait beaucoup plus en utilisant plus efficacement les ressources disponibles. Une augmentation des financements internes et externes sera nécessaire pour réaliser les OMD – et d'autant plus pour les dépasser.

Assurer l'efficacité des partenariats

La prestation de services à long terme nécessite le renforcement des partenariats. En mars 2005, le Forum de haut niveau de Paris a consolidé les engagements de Rome par une déclaration sur l'efficacité de l'aide couvrant l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, les résultats et la responsabilité mutuelle. L'harmonisation est en cours, mais les frais de transaction peuvent être élevés en raison des difficultés que présente la mise en œuvre de programmes couverts par un seul et même budget ou employant un personnel commun.

La coordination et l'harmonisation de l'aide exigent la participation des nombreuses parties prenantes concernées par la sécurité alimentaire, la nutrition et la santé aux niveaux national et local. L'apport d'un soutien pour la planification, participative ou nationale, du développement, basé sur un meilleur échange des informations et un soutien aux initiatives menées au niveau local, est une composante essentielle de la prestation de services sanitaires et nutritionnels.

Au cours des 10 dernières années, les ONG nationales et internationales ont renforcé leur engagement en faveur de la lutte contre la pauvreté et la maladie. La capacité des ONG à militer pour l'obtention de fonds en faveur de certaines causes et à travailler avec efficacité sur le terrain est indiscutable. Leurs campagnes visant à obtenir de la part des gouvernements et du secteur privé des engagements

financiers pour le développement ont produit des résultats particulièrement positifs.

L'établissement de partenariats est fondamental pour l'éradication de la faim et de la maladie. Aucun gouvernement ni aucun organisme ne peut y parvenir seul. Les partenariats doivent réunir des représentants des gouvernements centraux et locaux ainsi que de la population desservie. Ils doivent reposer sur les principes de la coopération et de la complémentarité: les partenariats sont efficaces lorsque les intervenants ont une perception commune des objectifs recherchés et des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser, et lorsque des ressources et des moyens complémentaires sont mobilisés.

L'établissement de partenariats en mesure de faire une différence exige un effort soutenu.

Engagements à l'égard des victimes de la faim

Dans les pays pauvres, l'essentiel est de s'assurer que les interventions du gouvernement bénéficient aux personnes vulnérables de manière durable. Une des raisons pour lesquelles une importante partie de l'aide internationale au développement n'arrive pas jusqu'aux populations les plus vulnérables provient du fait qu'elles n'ont aucune possibilité de se faire entendre et aucun pouvoir pour remédier aux insuffisances ou attirer l'attention sur les problèmes qui sont les plus importants pour elles (Easterly, 2006). Néanmoins, on a constaté dernièrement des signes de changement encourageants.

Le droit à l'alimentation est consacré dans les constitutions de quelque 20 pays. Les textes sont généralement sans équivoque. Par exemple:

"La famille, la société et l'État ont pour devoir de garantir aux enfants et aux adolescents, à titre de priorité absolue, le droit à la vie, à la santé, à l'alimentation, à l'éducation, aux loisirs, à la formation professionnelle, à la culture, à la dignité, au respect, à la liberté et à la vie familiale et sociale, et de les protéger en outre contre toutes formes de négligence, de discrimination, d'exploitation, de violence, de cruauté et d'oppression" (Constitution du Brésil, article 227).

Caractéristiques des partenariats de financement

Une étude récente des tendances de financement émergentes a conclu que les nouveaux partenariats de financement produisent les effets suivants:

- sensibilisation de la communauté internationale aux questions de santé, les faisant placer au centre des préoccupations nationales et internationales;
- orientation de fonds supplémentaires vers les programmes de santé primaire et vers de nouveaux travaux de recherche;
- amélioration des règles et normes internationales régissant les financements;
- amélioration de l'accès des personnes disposant de faibles moyens financiers à des interventions sanitaires économiquement efficaces;
- renforcement des processus d'élaboration de politiques nationales de santé et du contenu de celles-ci en les axant sur les résultats; et
- augmentation des capacités en matière de prestation de services sanitaires de base.

Source: Buse et Harmer, 2007

"L'État placera l'élévation du niveau nutritionnel et du niveau de vie de son peuple ainsi que l'amélioration de la santé publique au premier rang de ses devoirs..." (Constitution de l'Inde, article 47).

Ces déclarations prouvent la détermination croissante des gouvernements à protéger leurs citoyens de la faim. Et pourtant, peu d'instruments légaux ont été mis en place pour assurer le respect de ces engagements. Trop souvent, les victimes de la faim n'ont ni le pouvoir, ni les ressources nécessaires pour exhorter l'État à honorer ses engagements.

Un petit nombre de pays ont déployé de sérieux efforts pour respecter leurs engagements par le biais de programmes nationaux d'éradication de la faim ayant pour objet de donner aux pauvres la possibilité de mieux se faire entendre. Par exemple, en 2003, le Brésil a lancé Fome Zero (Faim zéro) en 2003, une stratégie fédérale visant à assurer aux populations pauvres un accès à l'alimentation. En juin 2006, 11,1 millions de familles avaient bénéficié de ce programme.

Intermezzo 8: Partenariats visant à éradiquer la dénutrition infantile en Amérique latine et aux Caraïbes

Principes constitutionnels garantissant le droit à la santé et la nutrition dans la région

La prise de conscience du problème de la faim a incité les Gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes à renforcer les droits à la santé, à la sécurité alimentaire et à la nutrition garantis par la constitution. Ces droits s'accompagnent de plus en plus souvent de plans nationaux pour la santé et la nutrition plus efficaces (souvent liés à des initiatives régionales bénéficiant d'un soutien international), la faim figurant désormais au premier rang des préoccupations politiques nationales.

Le droit à la santé est consacré dans la constitution de 17 des 33 pays de la région. Le droit à l'alimentation (condition *sine qua non* du droit à la santé) est garanti par les lois fondamentales de l'Équateur et du Nicaragua et par les constitutions de la République dominicaine, du Guatemala, du Panama et du Suriname. Dans d'autres pays, le gouvernement est investi par la constitution du devoir de veiller à la nutrition de groupes vulnérables, comme les femmes enceintes et les mères allaitantes, les enfants, les populations autochtones et les personnes très pauvres. On ne peut pas s'attendre à ce que les dispositions constitutionnelles résolvent à elles seules le problème

de la faim dans la région, mais elles donnent un droit légal aux ressources nationales et internationales et mettent en place des mandats politiques et des mécanismes procéduraux permettant d'éliminer la faim dans la région.

Initiative régionale: vers l'éradication de la dénutrition infantile chronique en Amérique centrale et dans la République dominicaine

En matière d'éradication de la faim, on privilégie actuellement les approches régionales basées sur des partenariats nationaux et internationaux. "Vers l'éradication de la dénutrition infantile chronique d'ici 2015" est une des initiatives de ce type mise en œuvre en Amérique centrale et en République dominicaine (CEPALC et PAM, 2007). Ce programme proposé conjointement par le PAM et la BID, a été présenté en juin 2006 lors d'une Consultation régionale et technique organisée au Panama. Il revêt une importance particulière car les facteurs environnementaux, sociaux, culturels et économiques continuent d'entraver les progrès de l'Amérique centrale dans la réalisation de l'OMD relatif à la faim. Dans cette sous-région, 1 million d'enfants de 0 à 36 mois présentent des retards de croissance et une insuffisance pondérale sévères, qui sont symptomatiques d'une dénutrition chronique.

Dispositions constitutionnelles relatives à la sécurité alimentaire et à la nutrition en Amérique latine et aux Caraïbes

"Les Nicaraguayens ont le droit d'être protégés contre la faim. L'État favorisera des programmes assurant une disponibilité adéquate et une distribution équitable de la nourriture."

Constitution du Nicaragua, article 63

"L'État veillera à ce que l'alimentation et la nutrition de la population respectent des exigences sanitaires minimales. Les institutions concernées de l'État coordonneront leurs actions entre elles, ou avec les organisations internationales de la santé, afin de mettre en place un système d'alimentation national efficace."

Constitution du Guatemala, article 99

"En ce qui concerne la santé, les activités suivantes concernent principalement l'État, qui leur intégrera des actions préventives, curatives et de rééducation: 1) Élaboration d'une politique alimentaire et nutritionnelle nationale qui garantira un état nutritionnel optimal à toute la population, en favorisant la disponibilité, la consommation et l'utilisation biologique d'aliments de qualité."

Constitution du Panama, article 110

L'initiative "Vers l'éradication de la dénutrition infantile chronique d'ici 2015" rassemble des parties prenantes du Belize, du Costa Rica, du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua, du Panama, de la République dominicaine, d'El Salvador, du PAM, de la BID, de l'UNICEF, de l'Organisation panaméricaine de la santé, de l'Institut nutritionnel d'Amérique centrale et de Panama, et de l'Institut national mexicain de la santé publique. Ce programme vise à accélérer la réduction de la dénutrition chronique dans chacun des pays participants, en centrant tout particulièrement ses efforts sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 36 mois. Il incite à accroître les investissements publics dans les interventions préventives et à améliorer leur efficacité. Il a, entre autres, comme objectifs d'élaborer des critères communs pour tous les programmes nationaux visant à réduire la faim, d'appuyer la mise au point de plans nationaux permettant de réduire la dénutrition chronique ainsi que de mieux faire connaître les entités décisionnelles et les meilleures pratiques par le biais de consultations régionales organisées pour la présentation des résultats.

Réactions des Gouvernements d'Amérique centrale et de la République dominicaine

Les représentants des Gouvernements concernés ont réaffirmé leur soutien à l'initiative régionale et se sont engagés à mettre au point des plans nationaux en vue d'éradiquer la dénutrition chronique. Les ministres de la santé ont confirmé l'importance de lier la proposition aux mécanismes nationaux et régionaux d'intervention d'urgence.

Ce soutien régional général s'est suivi de l'élaboration de politiques nationales spécifiques s'y rapportant dans chacun des pays de la sous-région. En décembre 2006, le Costa Rica a publié sa Politique sur la santé et la nutrition 2006–2010, qui préconise explicitement l'élaboration et la mise en œuvre du plan "Vers l'éradication de la dénutrition infantile chronique d'ici 2015". Le Guatemala a lancé en 2006 un "Programme de réduction de la dénutrition chronique" qui est

comparable et comprend une analyse des coûts de la faim. En El Salvador, diverses institutions ont participé, en collaboration avec le Gouvernement, à la rédaction d'un plan de nutrition national 2007–2012 en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD.

Le plan de nutrition du Honduras, qui est en cours de préparation, servira de cadre à un plan national préconisant des interventions spécifiques en matière de nutrition infantile. Au Nicaragua, on est en train de mettre au point un programme national qui sera incorporé dans l'agenda social. La République dominicaine a lancé son plan national d'éradication de la dénutrition infantile et publié le rapport relatif aux coûts de la faim.

Le plan "Vers l'éradication de la dénutrition infantile chronique d'ici 2015" et les efforts nationaux favorisés par cette initiative ont été en outre avalisés par les ministres des finances des pays concernés. Les ministres se sont rencontrés au Guatemala en mars 2007 lors de la 48^e réunion annuelle des directeurs de la BID et ont convenu de placer la nutrition infantile au premier rang des priorités des stratégies de réduction de la pauvreté et d'accélérer les activités d'élimination de la dénutrition chronique (CEPALC et PAM, 2007).

La marche à suivre

En Amérique centrale et en République dominicaine, le système des Nations Unies a adopté une approche unifiée de soutien aux plans nationaux mis au point par les Gouvernements pour éradiquer la dénutrition infantile; des programmes conjoints des Nations Unies sont en cours dans huit pays. La coopération Sud-Sud, comme celle qui existe entre le Chili et le Pérou et entre le Chili et El Salvador, est porteuse de grandes promesses dans la lutte contre la faim. Ces activités offrent aux pays engagés dans le combat contre la dénutrition la possibilité d'échanger les meilleures pratiques et les expériences concluantes.

Contribution à la collection La Faim dans le monde du Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ODP), PAM.

3.3 Les bons choix politiques

La composante phare de cette initiative est le programme *Bolsa Familia* (Allocation familiale), qui verse tous les mois aux mères de famille une petite somme en espèces fixée selon une échelle mobile. Cela augmente la capacité des ménages à acheter les vivres dont ils ont le plus besoin et qu'ils apprécient le plus. En ciblant les mères de famille, on maximise l'utilité des transferts en espèces. En effet, diverses études montrent que les mères font tout leur possible pour répartir leurs ressources limitées pour le bien-être de leurs enfants (PAM, 2000).

La coordination des efforts au niveau local est importante si l'on veut garantir la participation des groupes marginalisés et privés de droits. Diverses approches permettant la participation de toutes les parties prenantes ont été élaborées, mais elles ne sont pas toujours mises en pratique. Il est important de prendre en considération les déséquilibres de pouvoir et le manque d'accès aux informations et de comprendre pourquoi certains groupes sont marginalisés et n'ont qu'un accès inadéquat à l'alimentation et aux services de santé de base.

Les processus participatifs permettent à différents groupes d'exprimer leur crainte ou de manifester leur soutien. Les décisions peuvent aller de la hiérarchisation des interventions qui composent les services sanitaires et nutritionnels à la sélection de critères servant à l'identification des bénéficiaires. Il existe des structures informelles dans toutes les sociétés; elles peuvent permettre, par exemple, d'obtenir rapidement des réactions et des informations pour les activités de suivi.

Les changements les plus efficaces se sont produits lorsqu'on a réussi à démontrer que l'amélioration du bien-être des groupes marginalisés améliorerait le bien-être de la société tout entière. Dans le cas des populations autochtones, il existe aujourd'hui plusieurs modèles et programmes visant à lutter contre la malnutrition par des moyens culturellement acceptables et non discriminatoires.

Il est nécessaire d'assurer l'appropriation des interventions et leur acceptation à tous les niveaux: international, national, communautaire et individuel. Les programmes et les projets prendront peut-être plus longtemps à démarrer, mais ils auront plus de chances de réussir.

Engagement en faveur de mesures efficaces

L'une des tâches les plus difficiles sera de tirer des enseignements des initiatives performantes en matière de réduction de la faim et de la maladie et de les mettre en application dans d'autres pays et contextes culturels. Avant d'amplifier les activités, il est important d'évaluer les résultats et de déterminer quelles interventions sont concluantes. Les ressources pourront ensuite être allouées aux projets qui donnent des résultats.

L'amplification de programmes éprouvés ou leur mise en œuvre dans d'autres contextes ont pour avantage d'accroître la probabilité de succès à long terme. Les différentes parties prenantes ont chacune des ressources particulières à apporter au processus d'amplification et, ensemble, elles créent souvent des conditions favorables à une nouvelle expansion et à une plus grande durabilité.

Les ressources doivent être réorientées vers les solutions qui produisent des résultats; des ressources supplémentaires doivent être obtenues pour élargir les projets à l'échelle voulue.

L'aide internationale au développement est une source de financement importante pour les programmes sociaux, en particulier dans les pays pauvres. Au cours des cinq dernières années, on a assisté à une augmentation progressive du volume de fonds fournis

L'importance d'évaluer les résultats

Si vous n'évaluez pas les résultats, vous ne pouvez pas distinguer les réussites des échecs.

Si vous n'identifiez pas les réussites, vous ne pouvez pas les encourager.

Si vous n'encouragez pas les réussites, vous encouragez sans doute les échecs.

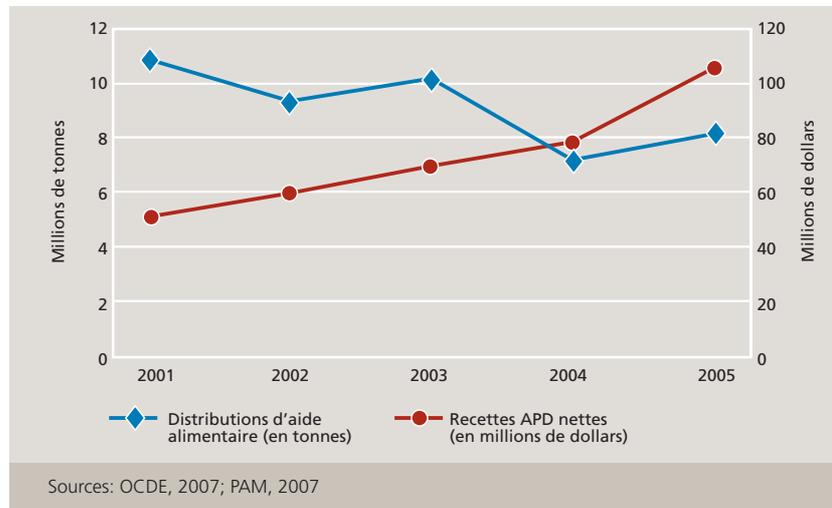
Si vous n'encouragez pas les réussites, vous ne pouvez pas en tirer d'enseignements.

Si vous n'identifiez pas les échecs, vous ne pouvez pas y remédier.

Si vous ne pouvez pas démontrer l'efficacité de votre action, vous ne gagnerez pas le soutien du public.

Source: adapté d'Osborne et Gaebler, 1992

Figure 29 – L'APD et l'aide alimentaire (2000–2005)



par la communauté internationale au profit de programmes mondiaux de réduction de la faim et d'amélioration de la santé. Selon le Comité d'aide au développement de l'OCDE, le montant total de l'aide publique au développement (APD) a augmenté, en valeur réelle, de 7 pour cent en 2002 et de 5 pour cent supplémentaires en 2003 pour atteindre un niveau record, en termes réels et nominaux. Sur la base des engagements pris par les donateurs, on s'attend à une croissance continue de l'APD (OCDE, 2007).

Des innovations prometteuses émergent dans les domaines de la nutrition et de la santé grâce à la création de fondations privées qui s'engagent à apporter un soutien financier important aux initiatives. La Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation William J. Clinton, créées récemment, accordent toutes deux une haute priorité aux questions de santé et incitent d'autres dirigeants à se joindre à leurs efforts. Ces fondations fournissent des ressources financières et techniques, ainsi que des conseils critiques en matière de gestion, concernant divers programmes et initiatives mis en œuvre à travers le monde. Elles soutiennent les approches du type partenariats public-privé-ONG, et constituent des sources de financement significatives pour les initiatives innovantes et pour l'amplification de programmes ciblés.

Le secteur privé joue un rôle important en octroyant des fonds pour l'amplification des programmes. L'important est de reconnaître le cadre dans lequel les entreprises privées opèrent et d'invoquer leur sens de

la responsabilité sociale. Les sociétés privées peuvent fournir un encadrement, des compétences, ainsi que des ressources financières et des moyens matériels.

Toute une gamme de produits peut être mise au point avec l'aide du secteur privé. Celui-ci s'est ainsi orienté vers le marché étroit de l'enrichissement en iode du sel et l'utilisation de la farine de riz et de blé comme supports de vitamine A et de fer. La lutte contre la faim par le biais de programmes comme l'alimentation scolaire donne la possibilité de faire intervenir les sociétés locales dans la fourniture de denrées alimentaires ou de services, comme par exemple le transport.

Les nouvelles technologies de l'information offrent des possibilités dans les domaines de la santé et de la nutrition. Les dispensaires équipés d'ordinateurs reliés à Internet peuvent servir de centres de formation et d'échange d'idées. Cela permet aux parties prenantes de communiquer plus rapidement et d'effectuer le suivi des activités de terrain de manière plus précise et en temps plus opportun.

L'amplification des programmes performants permet d'améliorer les résultats, mais il faut pour cela mettre l'expérience à profit. Parmi les enseignements généraux que l'on peut tirer figurent les suivants:

- soutenir les structures locales;
- susciter un engagement envers l'alignement et l'harmonisation de l'aide;

3.3 Les bons choix politiques

- œuvrer pour une représentation équilibrée des parties prenantes;
- mettre en pratique la responsabilité mutuelle et fixer des objectifs réalistes;
- suivre et évaluer les programmes; et
- intégrer les enseignements et les innovations dans la mise en œuvre des programmes.

À nous de choisir !

Ces solutions essentielles éprouvées et pratiques s'attaquent aux causes corrélatives de la faim et de la maladie. Elles permettent d'augmenter l'efficacité des autres investissements dans le capital humain et de favoriser l'égalité sociale. Comme le prouve la troisième partie de ce rapport, ces solutions sont de surcroît économiquement rationnelles. Nous devons mobiliser notre volonté collective pour faire les bons choix. Le coût de l'inaction est élevé – économiquement, politiquement et, surtout, moralement.

Intermezzo 9: De la recherche à l'action

Le Malawi compte une population de 12 millions d'habitants, dont 2,5 millions de moins de 5 ans. Selon les estimations, 48 pour cent de ces derniers souffrent d'une dénutrition chronique et 22 pour cent d'une malnutrition aiguë. Au Malawi, la malnutrition aiguë sévère est la cause la plus courante d'admission à l'hôpital pédiatrique. Dans le passé, les mères étaient contraintes de laisser les autres membres de la famille, parfois pendant un mois, afin de se rendre dans la ville la plus proche pour faire soigner un enfant sévèrement malnutri. Étant donné le coût élevé de l'absence prolongée de la mère pour une famille, les enfants sévèrement malnutris se présentent souvent dans les centres hospitaliers surpeuplés dans un état grave, à condition qu'ils arrivent jusque là. L'admission tardive à l'hôpital entraîne des complications plus nombreuses et conduit souvent à des taux de mortalité supérieurs à 25 pour cent parmi les individus hospitalisés.

Les soins thérapeutiques de proximité, nouvelle stratégie de traitement de la malnutrition aiguë sévère, permettent de soigner les enfants à domicile plutôt qu'à l'hôpital. Ce traitement ambulatoire, qui est assuré par les centres de soins de santé primaires ou les dispensaires, a été mis en œuvre pour la première fois au Malawi en 2002 dans le cadre des programmes Concern Worldwide dans le district de Dowa. Les soins thérapeutiques de proximité reposent sur i) un traitement exclusivement ambulatoire pour les enfants sévèrement malnutris mais ne présentant pas de complications, qui consiste en une alimentation à haute teneur énergétique et riches en micronutriments; et ii) sur une approche mixte pour les enfants plus gravement atteints, dont le traitement commence par une hospitalisation de courte durée visant à stabiliser leur état, et se poursuit ensuite à la maison. Dès le départ, les résultats ont été impressionnants, les taux de guérison de 75 pour cent dépassant les normes internationales établies pour les programmes d'alimentation thérapeutique. Depuis 2003–2005, le taux de couverture de ce type de traitement est supérieur à 70 pour cent à Dowa.

Encouragés par ces premiers résultats, les chercheurs ont procédé à un essai dans l'un des principaux hôpitaux du Malawi, où le taux de mortalité imputable à la malnutrition aiguë sévère, parmi les patients hospitalisés au centre spécialisé d'alimentation thérapeutique, était supérieur à 20 pour cent depuis des décennies, malgré tous les

efforts déployés. L'objet était de renvoyer les patients chez eux beaucoup plus tôt, pour qu'ils poursuivent leur traitement à domicile, afin de réduire le nombre de personnes hospitalisées et par conséquent l'incidence d'infections croisées, ainsi que le coût pesant sur leur entourage. Bien que les taux de guérison soient passés de 45 pour cent à environ 60 pour cent au centre thérapeutique, les taux de mortalité sont restés supérieurs aux normes internationales. La persistance de taux de mortalité élevés était due à la très forte prévalence du VIH/sida parmi les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère dans les zones urbaines du Malawi et à l'arrivée tardive d'un grand nombre d'enfants au centre hospitalier.

De nouvelles études menées dans le district de Dowa ont montré que 59 pour cent des enfants séropositifs ont retrouvé un état nutritionnel normal grâce aux protocoles de soins thérapeutiques de proximité, et sans traitement antirétroviral. Cela indique que chez ces enfants la dénutrition sévère n'était pas attribuable uniquement à l'infection par le VIH. Ces conclusions ont des répercussions potentiellement énormes: il en ressort qu'une certaine catégorie d'enfants séropositifs pourra, à court terme, être maintenue en vie uniquement grâce à une intervention nutritionnelle, ce qui leur permettra de pouvoir accéder à un programme antirétroviral.

Les études menées à Dowa ont révélé un autre fait important: les soins thérapeutiques de proximité pouvaient servir de point d'accès pour les services de conseil et le dépistage volontaire. La stigmatisation liée au VIH dans de nombreuses régions du Malawi a rendu difficile la mise en œuvre de programmes de dépistage du VIH. Dans le district de Dowa, l'introduction de ces services dans un programme de soins thérapeutiques de proximité dans lequel la population locale avait confiance a considérablement amélioré leur attitude envers le conseil et le dépistage volontaire. Grâce à cela et au sentiment que les services de santé pouvaient offrir des avantages tangibles, on a pu tester 94 pour cent des enfants et 60,7 pour cent des adultes qui en avaient la charge.

Des travaux visant à identifier la stratégie de soutien nutritionnel appropriée pour les adultes infectés par le VIH/sida présentant des symptômes ont été entrepris dans les districts de Salima et de Nkhotakota en 2005, avec l'appui de deux

3.3 Les bons choix politiques

organisations caritatives locales. Le gain de poids et de force constatés chez les participants ayant reçu une ration journalière de 500 g pendant trois mois était bien supérieur aux résultats obtenus lors d'essais antérieurs réalisés avec des aliments composés à plus faible teneur énergétique. Les aliments ont généralement plu aux bénéficiaires: seuls 4 des 72 participants n'ont pas pu les manger; l'état fonctionnel de la majorité d'entre eux s'est amélioré, 78 pour cent ayant repris suffisamment de force pour se rendre à pied au centre de soins local. Ce regain d'énergie et de vitalité a redonné l'espoir.

Grâce à la rapidité de la réhabilitation nutritionnelle et à la facilité avec laquelle les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi peuvent être

distribués aux malades, le traitement a coûté de 75 à 90 pour cent de moins par personne que les programmes équivalents utilisant des aliments composés. Ce programme montre les avantages que présentent les soins thérapeutiques de proximité et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi dans les efforts déployés pour réhabiliter de nombreux patients infectés par le VIH, pour augmenter le recours au conseil et le dépistage volontaire et pour permettre aux patients précédemment condamnés de se rendre dans les centres de soins locaux et de recevoir un traitement antirétroviral qui pourrait prolonger leur vie active de plusieurs décennies.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Valid International¹⁰

Quatrième partie: La marche à suivre – vers un monde libéré de la faim

Les gouvernements doivent renforcer leurs engagements afin de dépasser les OMD et éradiquer la faim, en partie en garantissant aux populations accablées par la faim et marginalisées l'accès à des soins de santé de qualité.

La quatrième partie: la marche à suivre présente dix actions clés qui facilitent la mise en œuvre des solutions essentielles traitées dans la troisième partie. Ces actions permettent de renforcer les engagements en faveur de l'éradication de la faim et de l'amélioration de la santé parmi les populations pauvres; elles favorisent également un usage plus efficace des connaissances, de l'expérience, de la technologie et des ressources. La marche à suivre repose sur la prémisse que la faim et la maladie nécessitent une action conjointe.

4.1 La marche à suivre: dix actions clés

“Les connaissances ne servent à rien si on ne les met pas en pratique.”

Anton Tchekhov (1860–1904)

Diminution relative de la stature aux États-Unis

“Les Américains, qui étaient les plus grands de la planète entre l’époque coloniale et le milieu du XXe siècle, sont aujourd’hui moins grands (et plus gros) que les Européens de l’Ouest et du Nord. En fait, d’après les courbes de distribution de la stature, les Américains se trouvent actuellement parmi les moins grands des pays industrialisés avancés.

En effet, la stature physique des Américains ne reflète pas pleinement la richesse de leur pays. Bien que théoriquement les États-Unis comptent toujours parmi les pays les plus riches, leur population est aujourd’hui inférieure en taille aux Européens de l’Ouest et du Nord et leur longévité est moindre.

La raison pour laquelle la stature des Américains a diminué comparativement reste une énigme, un sujet de recherche pour l’avenir, mais même à ce stade de nos connaissances, nous pouvons conjecturer que certaines différences entre les régimes alimentaires américain et européen pourraient influencer sur la croissance. Les enfants américains consomment plus de repas préparés à l’extérieur et plus d’aliments vite préparés, à haute teneur lipidique et énergétique et pauvres en micronutriments essentiels, que les enfants européens.

Par ailleurs, l’examen des différences entre les institutions socioéconomiques européennes et américaines pourrait nous permettre de commencer à élucider ce paradoxe. Sans vouloir prétendre offrir une réponse complète à cette question, nous avançons l’hypothèse que plusieurs différences cruciales entre les États-providences européens de l’Ouest et du Nord et les États-Unis dont l’économie est plus axée sur le marché pourraient bien nous permettre de mieux comprendre ce paradoxe. Parmi celles-ci, on citera la plus grande inégalité socioéconomique et la pauvreté considérable qui existent aux États-Unis. De plus, les États-providences européens fournissent un réseau de

protection sociale plus complet, y compris une couverture médicale universelle, tandis que le pourcentage de la population américaine qui n’a pas d’assurance-maladie se situe autour de 15 pour cent. Serait-il possible que les États-providences européens soient en mesure d’offrir de meilleurs soins de santé aux enfants et aux jeunes ...” (Extrait: Komlos et Lauderdale, 2007).

Évolution vers la prochaine transition

Cette édition 2007 de la collection *La faim dans le monde* présente des données indiquant que la faim et la maladie sont des problèmes solubles. Elle montre également que les progrès sont irréguliers, particulièrement dans les pays en développement, mais aussi dans les pays développés avancés. Les variations de la stature au fil du temps aux États-Unis et en Europe indiquent que les progrès économiques ne produisent pas toujours, pour toutes les couches de la population, des gains équitables en matière de santé et de qualité de la vie. La transition nutritionnelle actuelle illustre le fait que le progrès peut être à l’origine de nouveaux problèmes et que la croissance économique, la technologie et les connaissances ne suffisent pas pour libérer tous les humains de la faim et de la maladie. La maximisation des bienfaits potentiels de la croissance économique et des connaissances actuelles demandera une volonté politique et une ferme détermination.

Cette section propose une marche à suivre: dix actions clés pour venir à bout de la faim et améliorer la santé, visant à utiliser plus efficacement les ressources et à obtenir de meilleurs résultats pour les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées. Chaque action permettra en elle-même d’accomplir des progrès significatifs vers l’éradication de la faim et l’amélioration de la santé. La mise en œuvre de plusieurs d’entre elles produira des résultats encore plus positifs. La démarche à privilégier est d’incorporer les dix actions dans des plans de développement nationaux en vue de réaliser les cibles des OMD. Il sera probablement nécessaire d’obtenir le concours des puissants ou de contester leur pouvoir pour veiller à ce que les programmes prévus bénéficient aux plus nécessiteux.

4.1 La marche à suivre: dix actions clés

Action 1: S'attaquer simultanément à la faim et à la maladie en centrant les efforts sur les plus lourds fardeaux sanitaires et les populations les plus pauvres

La réduction de la faim est critique pour la réalisation des OMD relatifs à la santé, car la faim et la santé sont intimement liées. Les interventions menées dans le domaine de la santé sans tenir compte de la faim ne donneront pas d'aussi bons résultats et s'avéreront plus coûteuses à long terme. Inversement, les actions de lutte contre la faim qui accorderont une attention aux questions de santé élimineront de nombreuses causes corrélatives et seront plus efficaces et bénéfiques.

Les solutions essentielles examinées dans la troisième partie de ce rapport font ressortir l'importance de:

- s'attaquer aux causes profondes communes;
- allier stratégiquement les ressources et les outils à disposition, y compris les ressources alimentaires et non alimentaires; et
- amplifier les activités qui produisent des résultats.

Si les programmes sont élaborés autour des liens qui existent entre la faim et la santé, ils permettront de mieux résoudre les problèmes corrélatifs, et ce selon une approche plus intégrée.

En préconisant la lutte simultanée contre la faim et la maladie, nous ne contestons pas le rôle d'interventions spécifiques ciblées, visant par exemple à améliorer le traitement du paludisme. Dans le passé, ces interventions ont permis de réduire considérablement la maladie et de sauver un grand nombre de vies. Mais elles ne doivent pas être imposées à titre de remède universel. Les programmes doivent être conçus et mis en œuvre dans l'objectif de créer des synergies, la place de l'élimination de la faim et des prestations sanitaires de base étant clairement définie au sein d'objectifs plus généraux. Il importe de veiller à ce que les intérêts partisans des professionnels n'entravent pas la recherche d'approches communes.

Une plus forte proportion des ressources doit être affectée aux problèmes qui accablent le plus grand nombre d'individus. La dénutrition liée à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës, par exemple, est

une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les enfants des pays en développement, et par conséquent une large part des ressources devrait être directement consacrée à la lutte contre ces deux types de maladies. La répartition des fonds doit suivre le principe établi depuis longtemps en santé publique selon lequel il faut sauver le maximum de vies.

Action 2: Cibler l'aide de manière à intervenir aux stades critiques du cycle de la vie

Un apport optimal en macronutriments et micronutriments est essentiel à tous les stades de la vie. Toutefois, dans la troisième partie de ce rapport, nous avons proposé deux périodes propices, et démontré que les interventions auront des effets bénéfiques importants à long terme sur la santé et sur le bien-être si elles coïncident tout d'abord avec les premières années de la vie (couvrant la période fœtale et les 36 premiers mois suivant la naissance), et ensuite avec l'adolescence (enfants d'âge scolaire compris). On devra cibler en priorité ces deux stades critiques du cycle de la vie.

Après un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, il est vital d'introduire des aliments complémentaires à haute teneur énergétique renfermant les macronutriments et les micronutriments nécessaires pour éviter des troubles de croissance. L'expérience tirée des programmes de santé et nutrition maternelles et infantiles a montré que l'apport d'une aide alimentaire est relativement aisé et économiquement efficace, tout particulièrement lorsqu'on cible les femmes enceintes, les mères allaitantes et les jeunes enfants. Cependant, ces programmes sont souvent soumis à des contraintes en raison du manque de ressources.

L'alimentation scolaire constitue un moyen simple et économiquement efficace d'atteindre les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Elle favorise le maintien des enfants à l'école, notamment des filles, et améliore les régimes alimentaires. Les écoles jouent un rôle important dans le transfert de connaissances en matière de santé et d'alimentation. Toutefois, les ressources étant limitées, les programmes d'alimentation scolaire ne ciblent en général que les enfants du primaire.

Action 3: Canaliser les efforts vers la prévention en parallèle au traitement

Les responsables de l'élaboration de politiques doivent mettre en place des services préventifs de base plus complets. Ces services pourraient inclure:

- la promotion des pratiques alimentaires et de puériculture, comme l'allaitement maternel, le stockage et la préparation hygiéniques des aliments, la planification familiale et la promotion de la prévention des maladies;
- la prestation de services de soins primaires, y compris soins prénatals, accouchements assistés par des sages-femmes, soins néonataux, utilisation de sels de réhydratation orale, vaccination, médicaments de base, déparasitage systématique et lutte contre le paludisme dans les régions où il est endémique;
- l'amélioration de l'approvisionnement local en denrées alimentaires et de la diversité de l'alimentation;
- l'amélioration de l'eau et de l'assainissement dans les communautés marginalisées; et
- la sensibilisation des populations ciblées et un meilleur transfert des connaissances.

Les mesures de prévention, telles que la vaccination et l'utilisation de moustiquaires pour éviter le paludisme, ont l'avantage de donner aux bénéficiaires le sentiment d'être partie prenante et de développer le soutien aux systèmes de santé locaux.

Selon des données de plus en plus nombreuses, l'apport d'une aide nutritionnelle et alimentaire en parallèle aux traitements de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies infectieuses, augmente l'adhésion aux traitements et leur effet parmi les populations pauvres. Ce type d'aide devrait désormais faire partie intégrante des programmes thérapeutiques, et les travaux de recherche doivent être accélérés afin d'améliorer l'efficacité de l'aide nutritionnelle et alimentaire associée aux traitements.

Action 4: Améliorer la teneur en micronutriments des aliments consommés localement

L'omniprésence des carences en micronutriments prouve qu'un apport calorique adéquat ne suffit pas pour garantir un bon état de santé. Il est nécessaire de faire mieux connaître et comprendre l'importance des micronutriments tout au long du cycle de la vie.

L'enrichissement des aliments est pratiqué dans plusieurs pays, mais les efforts dans ce domaine doivent être intensifiés. L'enrichissement au moyen de plusieurs micronutriments de produits de consommation courante et le recours aux suppléments peuvent constituer un moyen peu coûteux de remédier aux carences multiples touchant les enfants d'âge scolaire, les adolescents, les réfugiés et les personnes déplacées. En outre, on devra accorder une plus grande attention à l'enrichissement à domicile.

Action 5: Améliorer la diversité de l'alimentation

Le fait que des millions de personnes ne consomment pas de fruits, ni de légumes ou de produits laitiers constitue l'une des principales causes de la faim invisible. Il est vital d'améliorer la diversité de l'alimentation, afin de lutter contre les carences en micronutriments à tous les stades de la vie et d'améliorer l'état de santé général des populations.

On devra recourir à une approche multisectorielle et à des stratégies novatrices pour aider les communautés à diversifier leur alimentation. On pourrait envisager:

- la participation des écoliers à la création de potagers afin d'améliorer l'alimentation et de développer les compétences en production alimentaire;
- la maîtrise et l'utilisation des ressources naturelles par la collectivité afin de développer la production alimentaire au niveau local;
- la définition de critères environnementaux minimums afin de garantir la biodiversité et la conservation des sources locales de production alimentaire; et

4.1 La marche à suivre: dix actions clés

- la prise en considération et l'intégration de la conservation de la biodiversité et du développement rural dans les programmes de lutte contre la faim et d'amélioration de la santé.

Action 6: Appuyer les priorités et les objectifs nationaux

Dans la mesure du possible, les interventions des donateurs doivent appuyer les priorités et objectifs nationaux par le biais des structures gouvernementales en place. La lutte contre la faim et la maladie exige l'adoption d'une approche à long terme, comme le montre l'action menée en Thaïlande, décrite dans l'Intermezzo 10. Les interventions consistant à financer et à utiliser des structures parallèles ne sont généralement pas durables et ne devraient être mises en œuvre qu'en dernier recours. Le soutien des priorités nationales et le renforcement des institutions locales sont un investissement qui permet d'accroître les capacités à lutter contre la faim et la maladie et qui à long terme conduit à de meilleurs résultats.

Les interventions des donateurs court-circuitent souvent les structures gouvernementales sous prétexte qu'elles font parvenir aux pauvres une trop petite partie de l'aide. Il y a deux raisons à cela:

- l'incapacité du pays à gérer efficacement ses propres ressources et l'aide qu'il reçoit; et
- la corruption, problème que l'on rencontre dans divers pays en développement.

Bien que ces appréhensions soient justifiées dans certains cas, elles ne le sont pas toujours. En bref, les interventions fondées sur le financement et l'utilisation de structures parallèles qui court-circuitent les priorités nationales ne favorisent généralement pas la mise en œuvre de solutions durables.

Action 7: Permettre aux victimes de la faim de se faire entendre

On doit donner aux victimes de la faim la possibilité d'identifier leurs propres besoins, et leur fournir des informations pour qu'elles soient en mesure de faire des choix adaptés à leurs circonstances.

Il est d'une importance critique de créer et de maintenir une cohésion sociale. Les programmes de réduction de la faim et d'amélioration de la santé doivent accorder une attention particulière aux réalités culturelles des populations vulnérables et marginalisées afin d'atteindre pour elles des résultats équitables en matière de santé.

L'inclusion du droit à l'alimentation et à la santé dans les constitutions nationales est un bon point de départ, tout comme le sont aussi les approches participatives croissantes adoptées pour la conception et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la faim et la maladie. Essentiellement, l'objectif est de donner aux populations affamées et marginalisées, y compris les autochtones, les réfugiés et les personnes déplacées, le pouvoir d'agir, afin qu'ils puissent contrôler leur propre vie.

L'inégalité entre les sexes, qui défavorise les femmes et limite leur contribution à l'économie, impose des coûts sociaux et économiques élevés aux individus, aux ménages et aux sociétés, entravant leur promotion sociale; ces inégalités nuisent également aux opérations d'aide. Il est nécessaire d'œuvrer pour la création d'un environnement favorable à l'éducation des adolescentes et à leur formation aux aptitudes utiles dans la vie quotidienne ainsi qu'à l'autonomisation des femmes. Les efforts visant à promouvoir la condition féminine doivent s'accompagner d'une sensibilisation au fait que ces interventions ont un effet positif sur les ménages et sur l'ensemble de la société.

Action 8: Renforcer l'obligation redditionnelle et le suivi des programmes

On devra définir clairement les responsabilités et les hiérarchies afin de veiller à ce que des mesures correctives puissent être prises rapidement. Les responsables doivent être tenus de rendre compte de leurs actions – ou de leur inaction. L'autorité se mérite – et elle a son prix.

Ceux qui sont tributaires des services gouvernementaux seront mieux servis s'ils savent qui est responsable de veiller à leur bon fonctionnement.

De même, les donateurs seront mieux disposés à apporter un soutien aux services gouvernementaux si les responsabilités sont définies clairement.

Les activités de suivi doivent se rapprocher des personnes les plus nécessiteuses et être entreprises au niveau infranational d'une manière systématique afin de permettre l'évaluation des progrès accomplis, par exemple, dans la réalisation des OMD. Les interventions doivent faire l'objet d'un suivi précis et régulier permettant de vérifier:

- qu'elles se déroulent de manière efficace;
- que les bienfaits prévus sont ressentis par les bénéficiaires ciblés;
- que les bienfaits prévus sont appropriés et produisent les effets voulus;
- que les mesures correctives sont prises rapidement lorsque des problèmes sont identifiés; et
- que les données sont ventilées par sexe et par catégorie de population vulnérable afin d'en dégager les tendances au niveau local.

Les programmes nationaux doivent inclure des activités concomitantes de surveillance nutritionnelle, de suivi et d'évaluation. Il n'est pas nécessaire que ces outils soient rigides; au contraire, il est préférable de leur laisser une certaine souplesse en les concevant au moyen des technologies évolutives de l'information qui pourront servir à la mise en œuvre des programmes et à la l'élaboration des politiques.

Action 9: Éviter les déplacements massifs de populations

Dans le contexte de mesures d'alerte précoce, d'urgence ou de reconstruction, les interventions visant à s'attaquer à la faim permettent d'éviter les déplacements importants de populations, qui sont la cause principale de maladie et de décès dans les situations de crise.

Il est d'une importance critique de connaître l'état nutritionnel initial des populations vulnérables pour éviter les crises de grande ampleur. La surveillance nutritionnelle pratiquée dans le cadre de mesures de prévention des crises et d'atténuation des effets des

catastrophes permet d'identifier les zones géographiques les plus vulnérables aux crises alimentaires et nutritionnelles, de cibler l'aide plus tôt et d'en faire bénéficier plus efficacement les personnes les plus touchées.

Action 10: Diffuser les connaissances relatives à la faim et à la santé

Le transfert des connaissances représente parfois une tâche plus complexe que la prestation d'un service. Les moyens nécessaires pour la prestation d'un service peuvent être définis et les résultats correspondants mesurés. Le transfert de connaissances exige que les individus assimilent de nouvelles informations et modifient leur comportement en conséquence. Les gouvernements et les chefs de projet ne peuvent contrôler ni l'hygiène personnelle, ni la taille et la composition des repas, ni les visites aux centres de santé.

Les efforts qui privilégient la formation et une approche fondée sur les connaissances donnent des résultats plus durables, qui se transmettent d'une génération à l'autre. Il est essentiel que les bénéficiaires, et tout particulièrement les mères de famille, les jeunes enfants et les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les populations marginalisées, puissent obtenir sans difficultés des informations sur l'alimentation, la préparation des aliments, le mode de vie et la santé. Les responsables de l'élaboration de politiques et les dirigeants doivent aussi mettre à leur disposition les toutes dernières informations et les résultats les plus récents de la recherche.

Les connaissances et les messages les plus importants peuvent être adaptés aux besoins de groupes spécifiques, comme les femmes, les adolescents et les autochtones, de telle sorte que l'élimination de la faim devienne un objectif aussi bien pour les individus et les familles que pour les responsables politiques.

L'éducation des filles constitue l'un des investissements les plus valables que puisse faire une famille, une communauté ou un gouvernement. L'éducation peut améliorer considérablement les capacités d'une femme à élever une famille saine jouissant d'une bonne sécurité nutritionnelle, et à éviter la propagation des maladies.

4.1 La marche à suivre: dix actions clés

Conclusion

Les solutions actuelles ne bénéficient pas de manière équitable aux plus nécessiteux, et par conséquent des mesures urgentes sont nécessaires pour éradiquer la faim dans les décennies à venir. Le fardeau que font peser la faim et la maladie et leur impact sur le développement national ne représentent qu'une partie des raisons d'agir. L'action doit soulager la souffrance humaine causée par la faim et la maladie et combler le fossé qui existe entre ceux qui ont accès à des aliments et soins de santé adéquats et de qualité et ceux qui sont privés de ces éléments absolument essentiels à un bien-être équitable. La seule solution consiste, pour les gouvernements, à s'engager fermement à dépasser les OMD, à éliminer la faim et à assurer aux populations affamées et marginalisées un accès à des services de santé de qualité.

Cette dernière partie de l'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde: La faim et la santé* s'ouvre sur une citation toujours pertinente d'Anton Tchekhov: "Les connaissances ne servent à rien si on ne les met pas en pratique." Cette édition consolide les connaissances actuelles concernant la faim et la santé et présente les enseignements tirés ainsi que les expériences vécues à travers le monde. Aspect important, pour stimuler les progrès, ce rapport met l'accent sur des solutions essentielles éprouvées et relativement peu coûteuses, étayées par dix actions clés permettant aux dirigeants, aux communautés, aux familles et aux individus de s'attaquer de manière plus équitable à la faim et à la maladie.

Dans ce monde de richesses, de connaissances et de compétences, la communauté internationale doit œuvrer pour faire en sorte que la prochaine transition économique et nutritionnelle élimine la faim. On pourra y parvenir au cours des prochaines décennies en garantissant l'accès à une alimentation de qualité et donc à une qualité de vie généralisée. Comme le disait Eleanor Roosevelt il y a près de 100 ans:

"Je maintiens que la liberté de l'être humain, c'est la liberté de manger" ¹¹

Intermezzo 10: Priorité à la nutrition en Thaïlande

Engagements politiques

La Thaïlande lança son premier Plan alimentaire et nutritionnel national en 1977. Reconnaissant que la dénutrition était un problème multidimensionnel nécessitant une approche multisectorielle, elle confia sa direction à un Comité national pour l'alimentation et la nutrition, qui représentait les ministères de l'agriculture, de l'éducation, de la santé et de l'intérieur/du développement local. Elle créa également un comité complémentaire au niveau provincial.

Le premier Plan alimentaire et nutritionnel national (1977–1981) contenait un engagement politique en faveur d'actions qui s'attaqueraient à la malnutrition protéino-énergétique chez les mères, les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les enfants d'âge scolaire.

Enseignements retirés

Malgré les engagements politiques en faveur d'une collaboration intersectorielle et intrasectorielle, le programme ne fut pas pleinement mis en œuvre en raison d'une mauvaise planification, de l'insuffisance des fonds affectés aux interventions multisectorielles et de l'importance trop grande attachée à la planification verticale. En conséquence, les enquêtes réalisées en 1980 ont montré que la dénutrition demeurait un problème grave, toutes catégories de population confondues, et que 53 pour cent des enfants de moins de 5 ans souffraient d'une malnutrition protéino-énergétique. Toutefois, malgré ces échecs manifestes, le programme a permis de bien sensibiliser les décideurs, le grand public et le secteur privé aux problèmes nutritionnels.

Modification des stratégies

Ayant pris en compte ces enseignements, le Plan national de développement sanitaire 1982–1986 définit une approche de proximité qui s'appuyait fortement sur la participation de la population. On s'est engagé à mettre en place des services de santé communautaires:

- 50 000 agents de santé bénévoles et 500 000 communicateurs en santé ruraux ont été formés;
- on a créé au moins un hôpital par district, ce qui a permis de décharger les structures médicales et de les exploiter plus pleinement, ainsi que les hôpitaux communautaires et centres de soins de sous-district;
- le Plan national de développement sanitaire a reconnu que la dénutrition est une manifestation de la pauvreté et de l'ignorance, et a donc mis au point des interventions destinées aux mères, aux femmes enceintes et aux enfants.

Le plan encourageait également la poursuite d'objectifs quantifiables, dont l'éradication du goitre lié à une carence en iode dans neuf provinces où cette affection était endémique.

Aller de l'avant

L'importance accordée à l'action au niveau local contrastait avec l'approche thaïlandaise traditionnelle du développement par effet de ruissellement. Parmi les stratégies adoptées pour la lutte contre la dénutrition et l'amélioration de l'état nutritionnel de la population figuraient la surveillance nutritionnelle, l'information en matière de nutrition, l'éducation et la communication, la production locale d'aliments nutritifs, la production d'aliments complémentaires et la mise en place de programmes d'alimentation supplémentaire au niveau des villages, ainsi que des programmes d'alimentation scolaire fournissant le déjeuner dans 5 000 écoles, l'enrichissement des aliments et la formation.

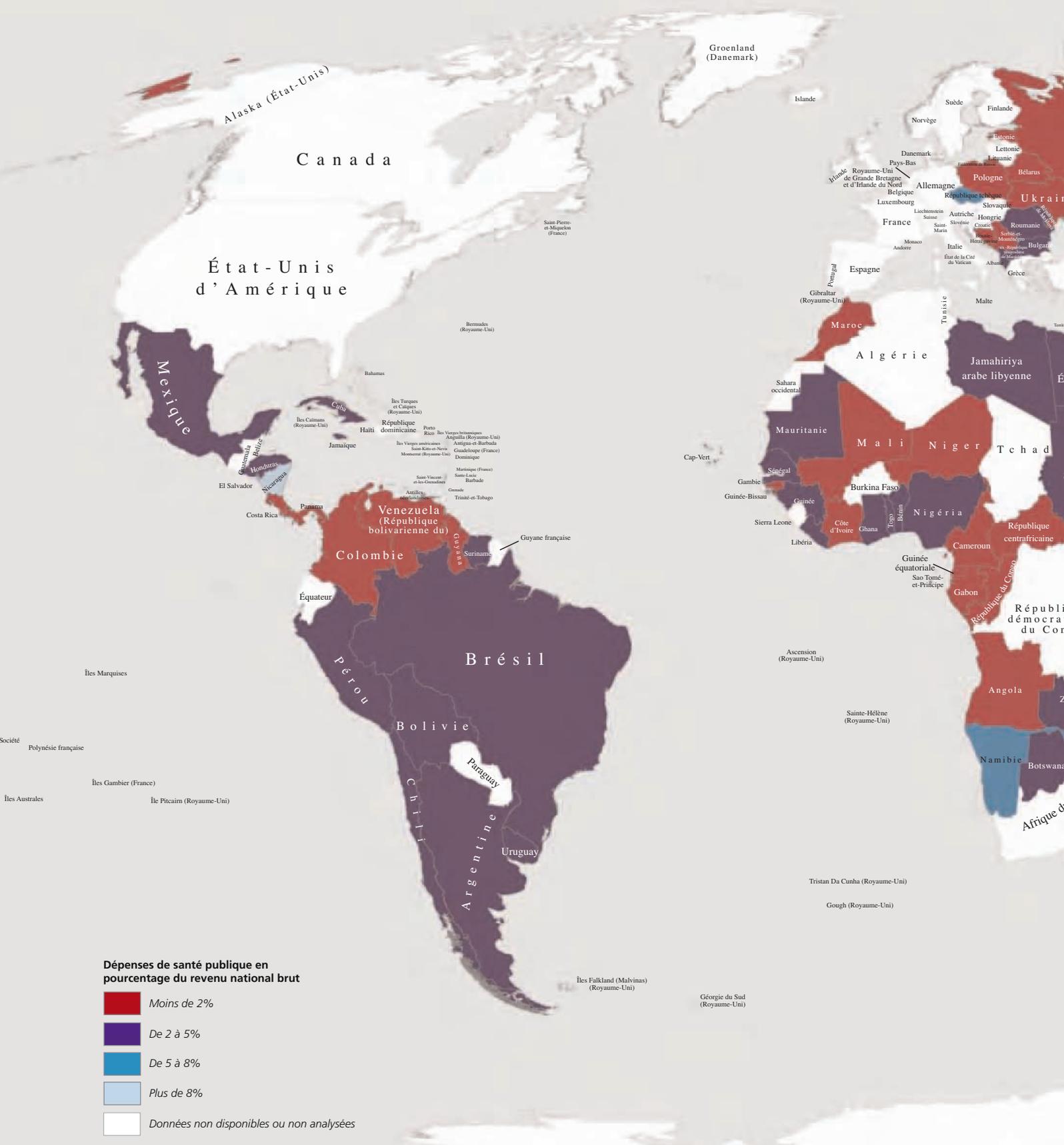
Résultats

En moins de neuf ans, la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 51 pour cent à 21 pour cent. La malnutrition protéino-énergétique modérée à sévère a été pratiquement éliminée, ayant chuté de 15 pour cent à moins d'un pour cent. La sécurité alimentaire a été améliorée grâce à des technologies agricoles qui augmentaient les rendements et à la mise en place de zones de pêche d'eau douce, à l'élevage et à d'autres mesures. Des services de santé primaires ont été implantés dans 80 pour cent des villages ciblés. Des communicateurs en santé et des agents de santé bénévoles ont été formés. Les mécanismes locaux mis en place pour l'établissement d'objectifs et l'exercice de l'obligation redditionnelle en collaboration avec les collectivités ont permis d'améliorer la planification à tous les niveaux, l'intégration d'activités de développement et une meilleure gestion de la nutrition.

L'approche adoptée en Thaïlande a donné d'excellents résultats sur le plan de la réduction de la dénutrition. Le processus a demandé de 10 à 15 ans, dont 5 à 6 ans pour susciter une prise de conscience et un engagement politique ferme. Pendant la période de mise en œuvre qui a suivi, le soutien politique a été maintenu, des structures de gestion et de coordination ont été mises en place, des objectifs de développement ont été identifiés et la participation des collectivités a été reconnue comme l'élément fondamental du processus de développement.

Contribution à la collection La faim dans le monde de Rosemary Fernholz et Channa Jayasekera, Université Duke.

Carte 8 – Les engagements nationaux en matière de santé



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Source des données: OMS, 2007

Quels pays enregistrent les progrès les plus rapides dans la lutte contre la faim et la maladie?

Le **Recueil de références** présente les toutes dernières données disponibles sur la situation concernant la faim et la santé dans les pays en développement.

Aperçu – notes techniques

Ce recueil s'articule autour de dix questions couvrant certains des principaux points que les décideurs prennent en considération dans leurs efforts de lutte contre la faim et la maladie. Les dix tableaux suivants apportent des réponses indicatives à chaque question en ayant recours à 68 indicateurs relatifs à la santé et à la faim. Les tableaux servent de base à l'évaluation des progrès accomplis par les pays par rapport à chaque indicateur.

Structure des tableaux

Le titre du tableau pose une question à laquelle les données permettent de répondre. Les en-têtes de colonne sont subdivisés en groupes d'indicateurs, après quoi l'on trouve une description des indicateurs spécifiques à l'intérieur de chaque groupe et une indication de l'année où les données ont été collectées.

Lorsqu'une période est suivie d'un astérisque (par exemple, 1996–2006*), cela indique que les chiffres se réfèrent à la dernière année de la période indiquée pour laquelle on dispose de données. Lorsqu'une période est suivie de deux astérisques (par exemple, 1990–2006**), cela indique la réalisation de progrès par rapport à chaque indicateur entre l'année de départ et la dernière année de la période pour laquelle on dispose de données.

Un tiret (–) indique qu'aucune donnée n'est disponible.

Zéro (0) indique que la valeur est nulle.

En dessous de chaque tableau se trouve une liste de définitions, de calculs, de méthodes et de sources de données.

Terminologie utilisée pour les indicateurs

Les indicateurs ont été décrits aussi brièvement que possible, en évitant de modifier la signification selon la source des données. Il peut par conséquent y avoir un certain nombre d'incohérences dans les tableaux, dans la mesure où les diverses sources utilisent des libellés différents.

Sources de données et méthodologie

Les données présentées dans le recueil proviennent de plusieurs sources. La principale source de données est l'OMS, dont on a utilisé les classifications régionales (voir ci-dessous) pour l'élaboration des tableaux et des graphiques. Parmi les autres sources figurent la FAO, l'UNICEF, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Département de l'agriculture des États-Unis. Dans la mesure du possible, les données présentées proviennent directement de leur source d'origine ou de l'institution chargée de les rassembler au niveau national. Sauf indication contraire, les données se rapportent à la dernière année pour laquelle la source indiquée dispose de données fiables, cette année n'étant pas forcément la même pour tous les ensembles de données.

Classement des pays

Les données présentées dans les tableaux couvrent 166 pays en développement et en transition, dont 82 PFRDV. Ces appellations ne reflètent aucun jugement sur le développement d'un pays particulier. Le terme "pays" ne désigne pas nécessairement un territoire politiquement indépendant, mais un territoire pour lequel il existe des statistiques distinctes publiées par les autorités. Les classifications régionales sont celles qu'utilise l'OMS.

Définition de l'appellation "pays à faible revenu et à déficit vivrier"

Les pays à faible revenu et à déficit vivrier, tels qu'ils sont définis par la FAO, comprennent tous les pays à déficit vivrier/importateurs nets de céréales dont le revenu par habitant est inférieur au plafond historique fixé par la Banque mondiale pour déterminer l'admissibilité aux ressources de l'Association internationale du développement et aux prêts sur 20 ans à taux préférentiels de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement. L'appellation PFRDV est appliquée aux pays classés en catégorie I ou II par la Banque mondiale. Sur la base de la méthode indiquée dans l'*Atlas de la Banque mondiale*, le plafond historique (RNB par habitant pour 2003) est de 1 465 dollars. En 2006, 82 pays étaient classés parmi les PFRDV par la FAO.

La liste officielle des PFRDV en 2005 est la suivante:

Afghanistan, Albanie, Angola, Arménie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Bélarus, Bénin, Bhoutan, Bosnie-Herzégovine, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Cap-Vert, Chine, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Équateur, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Iraq, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Mauritanie, Mongolie, Mozambique, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République arabe syrienne, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République du Congo, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Swaziland, Tadjikistan, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tonga, Turkménistan, Tuvalu, Vanuatu, Yémen, Zambie et Zimbabwe.

Les PFRDV sont indiqués en caractères rouges dans les tableaux.

Les subdivisions régionales sont les suivantes:

Dans certains tableaux de ce rapport, les références aux sous-groupes "Afrique subsaharienne" et "Asie du Sud" suivent la classification de l'UNICEF. Toutefois, le Recueil de données suit la subdivision de l'OMS.

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka.

Tableau 1 – À quoi ressemble un monde en proie à la faim?

	Sous-alimentation							Disponibilités alimentaires			
	Population totale (en millions)		Nombre de personnes sous-alimentées (en millions)		Proportion de personnes sous- alimentées dans la population totale (%)		Variation de la prévalence 1992-2002	Consommation d'énergie d'origine alimentaire (kcal/personne/jour)		Déficit nutritionnel (en milliers de tonnes)	Déficit alimentaire- distribution (en milliers de tonnes)
	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03		1990-92	2001-03		
AFRIQUE											
Afrique du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	25,6	31,3	1,3	1,5	5,0	5,0	0,9	2 920	3 040	0	0
Angola	9,6	13,2	5,6	5,0	58,0	38,0	0,7	1 780	2 070	0	68
Bénin	4,8	6,6	1,0	0,9	20,0	14,0	0,7	2 330	2 530	0	0
Botswana	1,4	1,8	0,3	0,5	23,0	30,0	1,3	2 260	2 180	-	-
Burkina Faso	9,2	12,6	1,9	2,1	21,0	17,0	0,8	2 350	2 460	0	221
Burundi	5,7	6,6	2,7	4,5	48,0	67,0	1,4	1 900	1 640	502	583
Cameroun	12,0	15,7	4,0	4,0	33,0	25,0	0,8	2 120	2 270	0	66
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo, République démocratique du	38,8	51,3	12,2	37,0	31,0	72,0	2,3	2 170	1 610	4 260	4 709
Congo, République du	2,6	3,6	1,4	1,2	54,0	34,0	0,6	1 860	2 150	-	-
Côte d'Ivoire	12,9	16,4	2,3	2,2	18,0	14,0	0,8	2 470	2 630	0	141
Érythrée	3,2	4,0	2,2	2,9	68,0	73,0	1,1	1 550	1 520	429	456
Éthiopie	55,6	69,0	38,2	31,5	61,0	46,0	0,8	1 550	1 860	3 261	3 664
Gabon	1,0	1,3	0,1	0,1	10,0	5,0	0,5	2 450	2 670	-	-
Gambie	1,0	1,4	0,2	0,4	22,0	27,0	1,2	2 370	2 280	0	21
Ghana	15,7	20,5	5,8	2,4	37,0	12,0	0,3	2 080	2 650	0	34
Guinée	6,4	8,4	2,5	2,0	39,0	24,0	0,6	2 110	2 420	0	88
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	58
Kenya	24,4	31,5	9,5	9,7	39,0	31,0	0,8	1 980	2 150	265	940
Lesotho	1,6	1,8	0,3	0,2	17,0	12,0	0,7	2 440	2 620	152	192
Libéria	2,1	3,2	0,7	1,6	34,0	49,0	1,4	2 210	1 940	0	64
Madagascar	12,3	16,9	4,3	6,5	35,0	38,0	1,1	2 080	2 040	0	412
Malawi	9,6	11,9	4,8	4,0	50,0	34,0	0,7	1 880	2 140	117	453
Mali	9,3	12,6	2,7	3,5	29,0	28,0	1	2 220	2 220	0	161
Maurice	1,1	1,2	0,1	0,1	6,0	6,0	0,9	2 890	2 960	-	-
Mauritanie	2,1	2,8	0,3	0,3	15,0	10,0	0,6	2 560	2 780	0	7
Mozambique	13,9	18,5	9,2	8,3	66,0	45,0	0,7	1 730	2 070	0	96
Namibie	1,5	2,0	0,5	0,4	34,0	23,0	0,7	2 070	2 260	-	-
Niger	7,9	11,5	3,2	3,7	41,0	32,0	0,8	2 020	2 160	37	564
Nigéria	88,7	120,9	11,8	11,5	13,0	9,0	0,7	2 540	2 700	0	0
Ouganda	17,9	25,0	4,2	4,6	24,0	19,0	0,8	2 270	2 380	0	205
République centrafricaine	3,0	3,8	1,5	1,7	50,0	45,0	0,9	1 860	1 940	88	231
Rwanda	6,4	8,2	2,8	3,0	43,0	36,0	0,8	1 950	2 070	0	26
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	7,5	9,9	1,8	2,2	23,0	23,0	1	2 280	2 310	0	105
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	4,1	4,8	1,9	2,4	46,0	50,0	1,1	1 990	1 930	199	451
Swaziland	0,9	1,1	0,1	0,2	14,0	19,0	1,3	2 450	2 360	0	14
Tanzanie, République-Unie de	27,0	36,3	9,9	16,1	37,0	44,0	1,2	2 050	1 960	706	1 028
Tchad	6,0	8,3	3,5	2,7	58,0	33,0	0,6	1 780	2 160	393	530
Togo	3,5	4,8	1,2	1,2	33,0	25,0	0,7	2 150	2 320	227	281
Zambie	8,4	10,7	4,0	5,1	48,0	47,0	1	1 930	1 930	428	663
Zimbabwe	10,7	12,8	4,8	5,7	45,0	45,0	1	1 980	2 010	685	862
AMÉRIQUES											
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	33,0	38,0	0,7	0,9	-	-	1,1	3 000	2 980	-	-

Recueil de références

	Sous-alimentation							Disponibilités alimentaires			
	Population totale (en millions)		Nombre de personnes sous-alimentées (en millions)		Proportion de personnes sous- alimentées dans la population totale (%)		Variation de la prévalence 1992-2002	Consommation d'énergie d'origine alimentaire (kcal/personne/jour)		Déficit nutritionnel (en milliers de tonnes)	Déficit alimentaire- distribution (en milliers de tonnes)
	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03		1990-92	2001-03		
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie	6,8	8,6	1,9	2,0	28,0	23,0	0,8	2 110	2 220	0	128
Brésil	151,2	176,3	18,5	14,4	12,0	8,0	0,7	2 810	3 060	-	-
Chili	13,3	15,6	1,1	0,6	8,0	4,0	0,5	2 610	2 860	-	-
Colombie	35,7	43,5	6,1	5,9	17,0	14,0	0,8	2 440	2 580	0	440
Costa Rica	3,2	4,1	0,2	0,2	6,0	4,0	0,8	2 720	2 850	-	-
Cuba	10,7	11,3	0,7	0,2	7,0	-	0,2	2 720	3 190	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	5,2	6,4	0,6	0,7	12,0	11,0	0,9	2 490	2 560	0	73
Équateur	10,5	12,8	0,9	0,6	8,0	5,0	0,6	2 510	2 710	0	179
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	9,0	12,0	1,4	2,8	16,0	23,0	1,5	2 350	2 210	0	289
Guyana	0,7	0,8	0,2	0,1	21,0	9,0	0,4	2 350	2 730	-	-
Haïti	7,0	8,2	4,6	3,8	65,0	47,0	0,7	1 780	2 090	0	221
Honduras	5,0	6,8	1,1	1,5	23,0	22,0	1	2 310	2 360	281	415
Jamaïque	2,4	2,6	0,3	0,3	14,0	10,0	0,7	2 500	2 680	0	0
Mexique	84,8	102,0	4,6	5,1	5,0	5,0	0,9	3 100	3 180	-	-
Nicaragua	3,9	5,3	1,2	1,5	30,0	27,0	0,9	2 220	2 290	0	134
Panama	2,5	3,1	0,5	0,8	21,0	25,0	1,2	2 320	2 260	-	-
Paraguay	4,3	5,7	0,8	0,8	18,0	15,0	0,8	2 400	2 530	-	-
Pérou	22,2	26,8	9,3	3,3	42,0	12,0	0,3	1 960	2 570	0	226
République dominicaine	7,2	8,6	1,9	2,3	27,0	27,0	1	2 260	2 290	0	26
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,4	0,4	0,1	0,0	13,0	10,0	0,7	2 530	2 660	-	-
Trinité-et-Tobago	1,2	1,3	0,2	0,1	13,0	11,0	0,8	2 630	2 760	-	-
Uruguay	3,1	3,4	0,2	0,1	7,0	3,0	0,5	2 660	2 850	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	20,0	25,2	2,3	4,5	11,0	18,0	1,6	2 460	2 350	-	-

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	112,1	143,8	39,2	43,1	35,0	30,0	0,9	2 070	2 200	0	231
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corée, Rép. populaire démocratique de	20,3	22,5	3,6	7,9	18,0	35,0	2	2 470	2 150	7	362
Inde	863,3	1049,5	214,8	212,0	25,0	20,0	0,8	2 370	2 440	0	1152
Indonésie	185,2	217,1	16,4	13,8	9,0	6,0	0,7	2 700	2 880	0	0
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	41,2	48,8	4,0	2,7	10,0	5,0	0,6	2 630	2 900	-	-
Népal	19,1	24,6	3,9	4,1	20,0	17,0	0,8	2 340	2 450	0	223
Sri Lanka	17,0	18,9	4,8	4,1	28,0	22,0	0,8	2 230	2 390	0	0
Thaïlande	55,1	62,2	16,8	13,4	30,0	21,0	0,7	2 200	2 410	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EUROPE

Albanie	3,2	3,1	0,2	0,2	5,0	6,0	1,1	2 870	2 860	-	-
Arménie	3,4	3,1	1,8	0,9	52,0	29,0	0,6	1 960	2 260	-	-
Azerbaïdjan	7,7	8,3	2,6	0,8	34,0	10,0	0,3	2 140	2 620	0	0
Bélarus	10,3	9,9	0,1	0,3	-	3,0	2,8	3 190	2 960	-	-

	Sous-alimentation							Disponibilités alimentaires			
	Population totale (en millions)		Nombre de personnes sous-alimentées (en millions)		Proportion de personnes sous- alimentées dans la population totale (%)		Variation de la prévalence	Consommation d'énergie d'origine alimentaire (kcal/personne/jour)		Déficit nutritionnel (en milliers de tonnes)	Déficit alimentaire- distribution (en milliers de tonnes)
	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1992-2002	1990-92	2001-03		
Bosnie-Herzégovine	3,6	4,1	0,3	0,4	9,0	9,0	1	2 690	2 710	-	-
Bulgarie	8,5	8,0	0,7	0,7	8,0	9,0	1,2	2 900	2 850	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croatie	4,5	4,4	0,7	0,3	16,0	7,0	0,4	2 520	2 770	-	-
Estonie	1,5	1,3	0,1	0,0	9,0	3,0	0,3	2 760	3 160	-	-
Fédération de Russie	148,4	144,1	6,4	4,1	4,0	3,0	0,7	2 930	3 080	-	-
Géorgie	5,4	5,2	2,4	0,7	44,0	13,0	0,3	2 050	2 520	0	0
Hongrie	10,2	9,9	0,1	0,0	-	-	0,6	3 340	3 500	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	16,7	15,5	0,2	1,2	-	8,0	7,8	3 280	2 710	0	0
Kirghizistan	4,5	5,1	1,0	0,2	21,0	4,0	0,2	2 400	3 050	0	0
Lettonie	2,5	2,3	0,1	0,1	3,0	3,0	0,9	2 960	3 020	-	-
Lituanie	3,6	3,5	0,2	0,0	4,0	-	0,2	2 870	3 370	-	-
Macédoine, ex-République yougoslave de	2,0	2,0	0,3	0,1	15,0	7,0	0,4	2 520	2 800	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	4,4	4,3	0,2	0,5	5,0	11,0	1,9	2 930	2 730	-	-
Ouzbékistan	22,3	25,7	1,7	6,7	8,0	26,0	3,4	2 660	2 270	0	0
Pologne	38,5	38,6	0,3	0,3	-	-	1	3 340	3 370	-	-
République tchèque	10,3	10,2	0,2	0,1	-	-	0,6	3 080	3 240	-	-
Roumanie	22,8	22,4	0,3	0,1	-	-	0,3	3 210	3 520	-	-
Serbie-et-Monténégro	10,5	10,5	0,5	1,1	5,0	10,0	2,2	2 910	2 670	-	-
Slovaquie	5,3	5,4	0,2	0,3	4,0	6,0	1,6	2 920	2 830	-	-
Slovénie	2,0	2,0	0,1	0,1	3,0	3,0	0,9	2 950	2 970	-	-
Tadjikistan	5,7	6,2	1,2	3,8	22,0	61,0	2,8	2 310	1 840	108	169
Turkménistan	4,1	4,8	0,5	0,4	12,0	8,0	0,7	2 550	2 750	0	0
Turquie	58,7	70,3	1,0	2,0	-	3,0	1,7	3 490	3 340	-	-
Ukraine	51,7	48,9	1,2	1,2	-	3,0	1,1	3 040	3 030	-	-

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	220	833
Arabie saoudite	17,1	23,5	0,7	0,9	4,0	4,0	0,9	2 770	2 820	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	57,0	70,5	2,5	2,4	4,0	3,0	0,8	3 200	3 350	0	0
Émirats arabes unis	2,1	2,9	0,1	0,1	4,0	-	0,4	2 930	3 220	-	-
Iran, Rép. islamique d'	58,0	68,1	2,1	2,7	4,0	4,0	1,1	2 980	3 090	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	4,4	5,4	0,0	0,0	-	-	1,1	3 270	3 330	-	-
Jordanie	3,4	5,3	0,1	0,4	4,0	7,0	1,9	2 820	2 680	-	-
Koweït	2,1	2,4	0,5	0,1	24,0	5,0	0,2	2 340	3 060	-	-
Liban	2,8	3,6	0,1	0,1	-	3,0	1,2	3 160	3 170	-	-
Maroc	25,0	30,1	1,5	1,9	6,0	6,0	1,1	3 030	3 070	0	0
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	113,7	149,9	27,8	35,2	24,0	23,0	1	2 300	2 340	0	220
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	13,1	17,4	0,7	0,6	5,0	4,0	0,7	2 830	3 060	-	-
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	550	587
Soudan	25,5	32,9	7,9	8,8	31,0	27,0	-	2 170	2 260	31	592
Tunisie	8,4	9,7	0,1	0,1	-	-	1	3 150	3 250	0	0
Yémen	12,5	19,3	4,2	7,1	34,0	37,0	1,1	2 040	2 020	-	-

	Sous-alimentation							Disponibilités alimentaires				
	Population totale (en millions)		Nombre de personnes sous-alimentées (en millions)		Proportion de personnes sous- alimentées dans la population totale (%)		Variation de la prévalence	Consommation d'énergie d'origine alimentaire (kcal/personne/jour)		Déficit nutritionnel (en milliers de tonnes)	Déficit alimentaire- distribution (en milliers de tonnes)	
	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1990-92	2001-03	1992-2002	1990-92	2001-03			
PACIFIQUE OCCIDENTAL												
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	10,1	13,8	4,4	4,6	43,0	33,0	0,8	1 860	2 060	-	-	
Chine	1 175,7	1 302,2	193,6	150,0	16,0	12,0	0,7	2 710	2 940	-	-	
Corée, République de	43,3	47,4	0,8	0,8	-	-	0,9	3 000	3 040	-	-	
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malaisie	18,3	24,0	0,5	0,6	3,0	3,0	1	2 830	2 870	-	-	
Micronésie, États fédérés de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	2,3	2,6	0,8	0,7	34,0	28,0	0,8	2 060	2 250	-	-	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Philippines	62,5	78,6	16,2	15,2	26,0	19,0	0,7	2 260	2 450	0	136	
République démocratique populaire lao	4,2	5,5	1,2	1,2	29,0	21,0	0,7	2 110	2 320	-	-	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	67,5	80,3	20,6	13,8	31,0	17,0	0,6	2 180	2 580	0	0	

Définitions des indicateurs

Variation de la prévalence: division de la valeur actuelle (2000-2002) par la valeur de départ (1990-1992). Une valeur 0-1 indique une réduction de la prévalence; une valeur supérieure à 1 indique que la prévalence a augmenté depuis 1990-1992.

Consommation d'énergie d'origine alimentaire: quantité de denrées alimentaires disponible dans le pays en kilocalories par jour divisée par le nombre total d'habitants et exprimée en quantité disponible par jour.

Déficit nutritionnel: quantité d'aliments nécessaire pour porter la consommation alimentaire de l'ensemble de la population au minimum nutritionnel requis, toutes catégories de revenus confondues.

Déficit alimentaire-distribution: quantité d'aliments nécessaire pour porter la consommation alimentaire de chaque catégorie de revenus à l'objectif nutritionnel.

Sources

- **Population, sous-alimentation et consommation alimentaire:** Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 2006. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2006*. Rome.
- **Disponibilités alimentaires:** Département de l'agriculture des États-Unis. 2005. *Food Security Assessment Report GFA 17*. Washington.

Tableau 2 – Combien de personnes souffrent de la faim tout au long de leur vie?

	Prévalence des retards de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)		Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Proportion de femmes présentant un indice de masse corporelle peu élevé (%)
	1997–2006*	1990	1997–2006*	1995–2005*	2002	1992–2002*
AFRIQUE						
Afrique du Sud	30,9	–	9,6	3	15	–
Algérie	21,6	–	10,2	8	7	–
Angola	50,8	40,6	27,5	6	12	–
Bénin	39,1	–	21,5	8	16	10,5
Botswana	29,1	–	10,7	5	10	–
Burkina Faso	43,1	32,7	35,2	19	19	13,2
Burundi	63,1	32,7	38,9	8	16	–
Cameroun	35,4	15,1	15,1	5	11	7,9
Cap-Vert	–	–	–	–	13	–
Comores	46,9	18,5	25	8	25	10,3
Congo, République démocratique du	44,4	34,4	33,6	13	12	–
Congo, République du	31,2	23,9	11,8	7	–	–
Côte d'Ivoire	31,5	23,8	18,2	7	17	7,4
Érythrée	43,7	41	34,5	13	21	40,6
Éthiopie	50,7	46,2	34,6	11	15	26
Gabon	26,3	–	8,8	3	14	6,6
Gambie	24,1	26,2	15,4	8	17	–
Ghana	35,6	27,3	18,8	7	11	11,2
Guinée	39,3	–	22,5	9	12	11,9
Guinée équatoriale	42,6	–	15,7	–	13	–
Guinée-Bissau	36,1	–	21,9	10	22	–
Kenya	35,8	22,6	16,5	6	11	11,9
Lesotho	53	15,8	15	4	14	–
Libéria	45,3	–	22,8	6	–	–
Madagascar	52,8	40,9	36,8	13	14	20,6
Malawi	52,5	23,9	18,4	5	16	6,5
Mali	42,7	–	30,1	11	23	–
Maurice	–	23,9	–	14	13	–
Mauritanie	39,5	47,6	30,4	13	–	8,6
Mozambique	47	27	21,2	4	14	10,9
Namibie	29,5	–	20,3	9	14	13,8
Niger	54,2	42,6	43,6	14	17	20,7
Nigéria	43	35,5	27,2	9	14	16,2
Ouganda	44,8	23	19	4	12	9,4
République centrafricaine	44,6	27,3	21,8	9	14	15,3
Rwanda	48,3	29,4	20,3	4	9	5,9
Sao Tomé-et-Principe	35,2	–	10,1	4	–	–
Sénégal	20,1	21,6	14,5	8	18	–
Seychelles	–	5,7	–	–	–	–
Sierra Leone	38,4	–	24,7	10	–	–
Swaziland	36,6	–	9,1	1	9	–
Tanzanie, République-Unie de	44,4	28,9	16,7	3	13	–
Tchad	44,8	38,8	33,9	14	17	21
Togo	29,8	–	23,2	12	15	10,9
Zambie	52,5	20,5	23,3	6	12	13
Zimbabwe	33,7	11,5	11,5	5	11	4,5
AMÉRIQUES						
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	8	–
Argentine	8,2	1,9	2,3	1	7	–

Recueil de références

	Prévalence des retards de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)		Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Proportion de femmes présentant un indice de masse corporelle peu élevé (%)
	1997-2006*	1990	1997-2006*	1995-2005*	2002	1992-2002*
Bahamas	–	–	–	–	7	–
Barbade	–	–	–	–	10	–
Belize	–	–	–	–	6	–
Bolivie	32,5	11,3	5,9	1	9	0,9
Brésil	–	7	3,7	2	10	6,2
Chili	2,7	2,5	0,8	0	5	–
Colombie	16,2	10,1	5,1	1	9	3,1
Costa Rica	–	2,8	–	2	7	–
Cuba	9,6	–	4,3	2	6	–
Dominique	–	–	–	–	10	–
El Salvador	24,6	15,2	6,1	1	13	–
Équateur	29	16,5	6,2	–	16	–
Grenade	–	–	–	–	9	–
Guatemala	54,3	33,2	17,7	2	13	2
Guyana	13,8	18,3	11,9	11	12	–
Haïti	28,3	26,8	13,9	5	21	–
Honduras	29,9	18	8,6	1	14	–
Jamaïque	4,5	4,6	3,1	4	9	–
Mexique	15,5	14,2	3,4	2	9	–
Nicaragua	25,2	11	7,8	2	12	3,8
Panama	21,5	15,8	6,3	1	10	–
Paraguay	–	–	–	1	9	–
Pérou	31,3	10,7	5,2	1	11	0,7
République dominicaine	11,7	10,3	4,2	2	11	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	8	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	9	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	–	–	–	–	10	–
Suriname	14,5	–	11,4	7	13	–
Trinité-et-Tobago	5,3	6,7	4,4	4	23	–
Uruguay	13,9	7,4	6	1	8	–
Venezuela, République bolivarienne du	16,7	7,7	4,8	4	7	–

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	50,5	65,8	42,7	13	30	45,4
Bhoutan	47,7	37,9	14,1	3	15	–
Corée, République populaire démocratique de	44,7	–	17,8	7	7	–
Inde	51	56,1	44,4	16	30	41,2
Indonésie	28,6	35,5	19,7	–	9	–
Maldives	31,9	39	25,7	13	22	–
Myanmar	40,6	32,4	29,6	9	15	–
Népal	57,1	48,5	43	10	21	26,6
Sri Lanka	18,4	37,3	22,8	14	22	–
Thaïlande	15,5	25,3	7,3	5	9	–
Timor-Leste	55,7	–	40,6	12	10	–

EUROPE

Albanie	39,2	8,1	17	11	3	–
Arménie	18,2	3,3	4,2	5	7	5
Azerbaïdjan	24,1	10,1	14	2	11	–
Bélarus	–	–	–	–	5	–
Bosnie-Herzégovine	12,1	–	4,2	6	4	–

	Prévalence des retards de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)		Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Proportion de femmes présentant un indice de masse corporelle peu élevé (%)
	1997–2006*	1990	1997–2006*	1995–2005*	2002	1992–2002*
Bulgarie	8,8	–	1,6	–	10	–
Chypre	–	–	–	–	7	–
Croatie	–	–	–	1	6	–
Estonie	–	–	–	–	6	–
Fédération de Russie	–	–	–	4	6	–
Géorgie	15,2	–	3,4	2	9	–
Hongrie	–	–	–	–	8	–
Israël	–	–	–	–	8	–
Kazakhstan	13,9	–	3,8	2	7	9,8
Kirghizistan	32,6	–	8,2	3	5	6,2
Lettonie	–	–	–	–	4	–
Lituanie	–	–	–	–	6	–
Macédoine, ex-République yougoslave de	1,2	–	1,2	4	5	–
Malte	–	–	–	–	0	–
Moldova, République de	11,3	–	3,2	4	5	–
Ouzbékistan	26,2	–	6,2	7	7	9,8
Pologne	–	–	–	–	6	–
République tchèque	2,6	–	2,1	–	4	–
Roumanie	12,8	–	3,5	2	9	–
Serbie-et-Monténégro	9,8	–	2,2	–	4	–
Slovaquie	–	–	–	–	7	–
Slovénie	–	–	–	–	6	–
Tadjikistan	42	–	–	5	15	–
Turkménistan	27,7	–	10	6	6	10,1
Turquie	19,1	10,4	7	1	16	2,6
Ukraine	5,6	–	4,1	0	5	–

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	53,6	–	46,2	7	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	11	11	–
Bahreïn	–	7,2	–	5	8	–
Djibouti	28,6	22,9	23,9	18	–	–
Égypte	23,8	10,4	5,4	4	12	0,6
Émirats arabes unis	–	–	–	15	15	–
Iran, République islamique d'	19,7	–	9,1	5	7	–
Iraq	28,3	11,9	12,9	8	15	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	7	–
Jordanie	12	6,4	3,6	2	10	2,3
Koweït	6,7	10,5	1,9	11	7	–
Liban	5,8	–	4,3	5	6	–
Maroc	23,1	9,5	9,9	9	11	3,9
Oman	15,9	24,3	13,1	7	8	–
Pakistan	41,5	40,2	31,3	13	19	–
Qatar	–	–	–	2	10	–
République arabe syrienne	24,1	12,1	9,1	4	6	–
Somalie	29	–	23	17	–	–
Soudan	47,6	33,9	38,4	16	31	–
Tunisie	16	9	4,4	2	7	–
Yémen	59,8	30	42,7	12	32	25,2

	Prévalence des retards de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)		Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Proportion de femmes présentant un indice de masse corporelle peu élevé (%)
	1997-2006*	1990	1997-2006*	1995-2005*	2002	1992-2002*
PACIFIQUE OCCIDENTAL						
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	10	–
Cambodge	49,2	47,4	39,5	15	11	21,2
Chine	18,6	17,4	6,1	–	6	–
Corée, République de	–	–	–	–	4	–
Fidji	–	–	–	–	10	–
Îles Cook	–	–	–	–	3	–
Îles Marshall	–	–	–	–	12	–
Îles Salomon	–	–	–	–	13	–
Kiribati	–	–	–	–	5	–
Malaisie	20	25	16,2	–	10	–
Micronésie, États fédérés de	–	–	–	–	18	–
Mongolie	23,5	12,3	4,8	3	8	–
Nauru	–	–	–	–	–	–
Niue	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	9	–
Papouasie Nouvelle Guinée	43,9	–	18,1	–	11	–
Philippines	33,8	33,5	20,7	6	20	–
République démocratique populaire lao	48,2	44	36,4	15	14	–
Samoa	8,7	–	2,1	–	4	–
Singapour	4,4	14,4	3,3	2	8	–
Tonga	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	5	–
Vanuatu	–	–	–	–	6	–
Viet Nam	43,4	45	26,7	8	9	–

Définitions des indicateurs

Prévalence des retards de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans: proportion d'enfants dont le rapport taille/âge est inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence.

Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans: proportion d'enfants dont le rapport poids/taille est inférieur de deux (insuffisance pondérale modérée) ou trois (insuffisance pondérale grave) écarts-types à la médiane de la population de référence.

Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans: proportion d'enfants dont le rapport poids/taille est inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence.

Insuffisance pondérale à la naissance: pourcentage de nouveau-nés vivants pesant moins de 2,5 kg à la naissance.

Indice de masse corporelle peu élevé: l'indice de masse corporelle est obtenu en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. Un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 indique une insuffisance pondérale.

Sources

- **Insuffisance pondérale, retard de croissance, insuffisance pondérale à la naissance:** Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève.
- **Émaciation:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2006. *La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes*. New York.
- **Indice de masse corporelle:** Comité permanent de la nutrition. 2004. *Cinquième rapport sur la situation nutritionnelle dans le monde*. Genève.

Note

Lorsqu'une période est suivie d'un astérisque, cela indique que les chiffres se réfèrent à la dernière année de cette période pour laquelle des données sont disponibles.

Tableau 3 – À quoi ressemble un monde en proie à la maladie?

	Espérance de vie à la naissance (années)		Espérance de vie saine à la naissance (années)		Accès aux services de santé				Accès à des sources améliorées d'eau potable (%)		Accès à un assainissement amélioré (%)	
	Hommes 2005	Femmes 2005	Hommes 2002	Femmes 2002	Agents de santé		Services de santé primaire		Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)	Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)
					Médecins (pour 1 000 habitants)	Personnels infirmiers (pour 1 000 habitants)	Taux de vaccination (DPT3) (%)	Couverture des soins prénatals au moins 4 visites (%)				
AFRIQUE												
Afrique du Sud	50	52	43	45	0,77	4,08	94	72	99	73	79	46
Algérie	70	72	60	62	1,13	2,21	88	–	88	80	99	82
Angola	39	41	32	35	0,08	1,15	47	–	75	40	56	16
Bénin	52	53	43	45	0,04	0,84	93	61	78	57	59	11
Botswana	42	41	36	35	0,4	2,65	97	97	100	90	57	25
Burkina Faso	48	49	35	36	0,06	0,41	96	18	94	54	42	6
Burundi	46	48	33	37	0,03	0,19	74	79	92	77	47	35
Cameroun	50	51	41	42	0,19	1,6	80	52	86	44	58	43
Cap-Vert	67	72	59	63	0,49	0,87	73	99	86	73	61	19
Comores	62	67	54	55	0,15	0,74	80	53	92	82	41	29
Congo, République démocratique du	44	48	35	39	0,11	0,53	73	–	82	29	42	25
Congo, République du	54	55	45	47	0,2	0,96	65	–	84	27	28	25
Côte d'Ivoire	42	47	38	41	0,12	0,6	56	35	97	74	46	29
Érythrée	59	63	49	51	0,05	0,58	83	49	74	57	32	3
Éthiopie	50	53	41	42	0,03	0,21	69	10	81	11	44	7
Gabon	54	57	50	53	0,29	5,16	38	63	95	47	37	30
Gambie	53	57	48	51	0,11	1,21	88	–	95	77	72	46
Ghana	56	58	49	50	0,15	0,92	84	69	88	64	27	11
Guinée	53	55	44	46	0,11	0,55	69	48	78	35	31	11
Guinée équatoriale	45	47	45	46	0,3	0,45	33	37	45	42	60	46
Guinée-Bissau	46	48	40	41	0,12	0,67	80	62	79	49	57	23
Kenya	51	51	44	45	0,14	1,14	76	52	83	46	46	41
Lesotho	42	41	30	33	0,05	0,62	83	88	92	76	61	32
Libéria	41	44	34	37	0,03	0,18	87	84	72	52	49	7
Madagascar	56	60	47	50	0,29	0,32	61	38	77	35	48	26
Malawi	47	46	35	35	0,02	0,59	93	55	98	68	62	61
Mali	45	47	37	38	0,08	0,49	85	30	78	36	59	39
Maurice	69	76	60	65	1,06	3,69	97	–	100	100	95	94
Mauritanie	55	60	43	46	0,11	0,64	71	16	59	44	49	8
Mozambique	46	45	36	38	0,03	0,21	72	41	72	26	53	19
Namibie	52	52	43	44	0,3	3,06	86	69	98	81	50	13
Niger	42	41	36	35	0,03	0,22	89	11	80	36	43	4
Nigéria	47	48	41	42	0,28	1,7	25	47	67	31	53	36
Ouganda	48	51	42	44	0,08	0,61	84	40	80	36	71	15
République centrafricaine	42	42	37	38	0,08	0,3	40	39	93	61	47	12
Rwanda	44	47	36	40	0,05	0,42	95	10	92	69	56	38
Sao Tomé-et-Principe	57	60	54	55	0,49	1,55	97	–	89	73	32	20
Sénégal	54	57	47	49	0,06	0,32	84	64	92	60	79	34
Seychelles	68	77	57	65	1,51	7,93	99	–	100	75	–	100
Sierra Leone	37	40	27	30	0,03	0,36	64	68	75	46	53	30
Swaziland	38	37	33	35	0,16	6,3	71	–	87	54	59	44
Tanzanie, République-Unie de	48	50	40	41	0,02	0,37	90	69	87	56	54	41
Tchad	46	48	40	42	0,04	0,27	20	13	41	43	24	4
Togo	52	56	44	46	0,04	0,43	82	46	85	49	53	43
Zambie	40	40	35	35	0,12	1,74	80	71	90	40	59	52
Zimbabwe	43	42	34	33	0,16	0,72	–	64	98	72	63	47

Recueil de références

	Espérance de vie à la naissance (années)		Espérance de vie saine à la naissance (années)		Accès aux services de santé				Accès à des sources améliorées d'eau potable (%)		Accès à un assainissement amélioré (%)	
	Hommes 2005	Femmes 2005	Hommes 2002	Femmes 2002	Agents de santé		Services de santé primaire		Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)	Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)
					Médecins (pour 1 000 habitants)	Personnels infirmiers (pour 1 000 habitants)	Taux de vaccination (DPT3) (%)	Couverture des soins prénatals au moins 4 visites (%)				
AMÉRIQUES												
Antigua-et-Barbuda	70	75	60	64	0,17	3,28	99	82	95	89	98	94
Argentine	72	78	62	68	3,01	0,8	92	95	98	80	92	83
Bahamas	70	76	61	66	1,05	4,47	93	–	98	86	100	100
Barbade	71	78	63	68	1,21	3,7	92	–	100	100	99	100
Belize	67	74	58	62	1,05	1,26	96	96	100	82	71	25
Bolivie	63	67	54	55	1,22	3,19	81	69	95	68	60	22
Brésil	68	75	57	62	1,15	3,84	96	76	96	57	83	37
Chili	74	81	65	70	1,09	0,63	91	95	100	58	95	62
Colombie	71	78	58	66	1,35	0,55	87	79	99	71	96	54
Costa Rica	75	80	65	69	1,32	0,92	91	70	100	92	89	97
Cuba	75	79	67	70	5,91	7,44	99	100	95	78	99	95
Dominique	72	76	62	66	0,5	4,17	98	100	100	90	86	75
El Salvador	69	74	57	62	1,24	0,8	89	76	94	70	77	39
Équateur	70	75	60	64	1,48	1,57	94	–	97	89	94	82
Grenade	66	70	58	60	0,5	3,7	99	98	97	93	96	97
Guatemala	65	71	55	60	0,9	4,05	81	68	99	92	90	82
Guyana	63	64	53	57	0,48	2,29	93	–	83	83	86	60
Haïti	53	56	43	44	0,25	0,11	43	42	52	56	57	14
Honduras	65	70	56	61	0,57	1,29	91	84	95	81	87	54
Jamaïque	70	74	64	66	0,85	1,65	88	99	98	88	91	69
Mexique	72	77	63	68	1,98	0,9	98	86	100	87	91	41
Nicaragua	68	73	60	63	0,37	1,07	86	72	90	63	56	34
Panama	74	78	64	68	1,5	1,54	85	72	99	79	89	51
Paraguay	70	76	60	64	1,11	1,69	75	89	99	68	94	61
Pérou	70	74	60	62	1,17	0,67	84	69	89	65	74	32
République dominicaine	65	72	57	62	1,88	1,84	77	93	97	91	81	73
Sainte-Lucie	72	78	61	64	5,17	2,28	95	100	98	98	89	89
Saint-Kitts-et-Nevis	69	72	60	63	1,19	5,02	99	100	99	99	96	96
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	66	74	60	62	0,87	2,38	99	92	–	93	–	96
Suriname	66	71	57	61	0,45	1,62	83	91	98	73	99	76
Trinité-et-Tobago	67	74	60	64	0,79	2,87	95	98	92	88	100	100
Uruguay	71	79	63	69	3,65	0,85	96	94	100	100	100	99
Venezuela, République bolivarienne du	72	78	62	67	1,94	–	87	90	85	70	71	48
ASIE DU SUD-EST												
Bangladesh	62	63	55	53	0,26	0,14	88	11	82	72	51	35
Bhoutan	62	65	53	53	0,05	0,14	95	–	86	60	65	70
Corée, Rép. populaire démocratique de	65	68	58	60	3,29	3,85	79	–	79	43	67	20
Inde	62	64	53	54	0,6	0,8	59	30	95	83	59	22
Indonésie	66	69	57	59	0,13	0,62	70	81	87	69	73	40
Maldives	67	69	59	57	0,92	2,7	98	81	98	76	100	42
Myanmar	56	62	50	53	0,36	0,38	73	76	80	77	88	72
Népal	61	61	52	51	0,21	0,22	75	15	96	89	62	30
Sri Lanka	68	75	59	64	0,55	1,58	99	98	98	74	98	89
Thaïlande	67	73	58	62	0,37	2,82	98	86	98	100	98	99
Timor-Leste	63	68	48	52	0,1	1,79	55	–	77	56	66	33

	Espérance de vie à la naissance (années)		Espérance de vie saine à la naissance (années)		Accès aux services de santé				Accès à des sources améliorées d'eau potable (%)		Accès à un assainissement amélioré (%)	
	Hommes 2005	Femmes 2005	Hommes 2002	Femmes 2002	Agents de santé		Services de santé primaire		Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)	Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)
					Médecins (pour 1 000 habitants)	Personnels infirmiers (pour 1 000 habitants)	Taux de vaccination (DPT3) (%)	Couverture des soins prénatals au moins 4 visites (%)				
EUROPE												
Albanie	69	73	59	63	1,31	3,62	98	42	99	94	99	84
Arménie	65	72	59	63	3,59	4,35	90	65	99	80	96	61
Azerbaïdjan	64	67	56	59	3,55	7,11	93	–	95	59	73	36
Bélarus	63	75	57	65	4,55	11,63	99	–	100	100	93	61
Bosnie-Herzégovine	70	77	62	66	1,34	4,13	93	–	99	96	99	92
Bulgarie	69	76	63	67	3,56	3,75	96	–	100	97	100	96
Chypre	77	82	67	68	2,34	3,76	98	–	100	100	100	100
Croatie	72	79	64	69	2,44	5,05	96	–	100	100	100	100
Estonie	67	78	59	69	4,48	8,5	96	–	100	99	97	96
Fédération de Russie	59	72	53	64	4,25	8,05	98	–	100	88	93	70
Géorgie	68	75	62	67	4,09	3,47	84	–	96	67	96	91
Hongrie	69	77	62	68	3,33	8,85	99	–	100	98	100	85
Israël	78	82	70	72	3,82	6,26	95	–	100	100	100	–
Kazakhstan	58	69	53	59	3,54	6,01	98	71	97	73	87	52
Kirghizistan	61	68	52	58	2,51	6,14	98	81	98	66	75	51
Lettonie	65	76	58	68	3,01	5,27	99	–	100	96	82	71
Lituanie	65	77	59	68	3,97	7,62	94	–	–	–	–	–
Macédoine, ex-République yougoslave de	71	76	62	65	2,19	5,19	97	–	–	–	–	–
Malte	77	81	70	73	3,18	5,83	92	–	100	100	100	–
Moldova, République de	65	72	57	62	2,64	6,06	98	–	97	88	86	52
Ouzbékistan	63	69	58	61	2,74	9,82	99	–	95	75	78	61
Pologne	71	79	63	68	2,47	4,9	99	–	–	–	–	–
République tchèque	73	79	66	71	3,51	9,71	97	–	100	100	99	97
Roumanie	68	76	61	65	1,9	3,89	97	–	91	16	89	–
Serbie-et-Monténégro	70	76	63	69	2,06	4,64	–	–	99	86	97	77
Slovaquie	70	78	67	72	3,18	6,77	99	–	100	99	100	98
Slovénie	74	81	70	75	2,25	7,21	96	–	–	–	–	–
Tadjikistan	64	66	63	65	2,03	4,58	81	–	92	48	70	45
Turkménistan	57	65	52	57	4,18	9,04	99	83	93	54	77	50
Turquie	69	74	61	63	1,35	1,7	90	42	98	93	96	72
Ukraine	61	73	55	64	2,95	7,62	96	–	99	91	98	93
MÉDITERRANÉE ORIENTALE												
Afghanistan	42	42	35	36	0,19	0,22	76	–	63	31	49	29
Arabie saoudite	68	74	60	63	1,37	2,97	96	73	97	–	100	–
Bahreïn	73	76	64	64	1,09	4,27	98	61	100	–	100	–
Djibouti	53	56	43	43	0,18	0,36	71	–	76	59	88	50
Égypte	66	70	58	60	0,54	2	98	41	99	97	86	58
Émirats arabes unis	76	79	64	64	2,02	4,18	94	94	100	100	98	95
Iran, République islamique d'	68	73	56	59	0,45	1,31	95	77	99	84	–	–
Iraq	–	–	49	51	0,66	1,25	81	78	97	50	95	48
Jamahiriya arabe libyenne	70	75	62	65	1,29	3,6	–	81	–	–	97	96
Jordanie	69	73	60	62	2,03	3,24	95	91	99	91	94	87
Koweït	77	79	67	67	1,53	3,91	99	81	–	–	–	–
Liban	68	73	59	62	3,25	1,18	92	87	100	100	100	87
Maroc	69	73	59	61	0,51	0,78	98	8	99	56	88	52
Oman	71	77	63	65	1,32	3,5	99	71	–	–	97	–
Pakistan	61	62	54	52	0,74	0,46	72	16	96	89	92	41

	Espérance de vie à la naissance (années)		Espérance de vie saine à la naissance (années)		Accès aux services de santé				Accès à des sources améliorées d'eau potable (%)		Accès à un assainissement amélioré (%)	
	Hommes 2005	Femmes 2005	Hommes 2002	Femmes 2002	Agents de santé		Services de santé primaire		Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)	Population urbaine 2004 (%)	Population rurale 2004 (%)
					Médecins (pour 1 000 habitants)	Personnels infirmiers (pour 1 000 habitants)	Taux de vaccination (DPT3) (%)	Couverture des soins prénatals au moins 4 visites (%)				
Qatar	77	78	67	64	2,22	4,94	97	58	100	100	100	100
République arabe syrienne	70	75	60	63	1,4	1,94	99	51	98	87	99	81
Somalie	45	45	36	38	0,04	0,19	35	32	32	27	48	14
Soudan	57	62	47	50	0,22	0,84	59	75	78	64	50	24
Tunisie	70	75	61	64	1,34	2,87	98	79	99	82	96	65
Yémen	59	62	48	51	0,33	0,65	86	11	71	65	86	28

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Brunéi Darussalam	76	79	65	66	1,01	2,67	99	100	–	–	–	–
Cambodge	51	57	46	49	0,16	0,61	82	9	64	35	53	8
Chine	71	74	63	65	1,06	1,05	87	–	93	67	69	28
Corée, République de	75	82	65	71	1,57	1,75	96	–	97	71	–	–
Fidji	66	72	57	61	0,34	1,96	75	–	43	51	87	55
Îles Cook	70	75	61	63	0,78	2,72	99	–	98	88	100	100
Îles Marshall	60	64	54	56	0,47	2,98	77	–	82	96	93	58
Îles Salomon	68	72	55	57	0,13	0,8	80	–	94	65	98	18
Kiribati	62	68	52	56	0,3	2,36	62	88	77	53	59	22
Malaisie	69	74	62	65	0,7	1,35	90	–	100	96	95	93
Micronésie, États fédérés de	67	70	57	58	0,6	3,83	94	–	95	94	61	14
Mongolie	62	69	53	58	2,63	3,13	99	97	87	30	75	37
Nauru	58	65	53	57	1,45	5,45	80	–	–	–	–	–
Niue	68	74	59	62	1,5	5,5	85	–	100	100	100	100
Palaos	68	72	59	60	1,11	1,44	98	–	79	94	96	52
Papouasie-Nouvelle-Guinée	59	63	51	52	0,05	0,53	61	78	88	32	67	41
Philippines	64	71	57	62	0,58	1,69	79	70	87	82	80	59
République démocratique populaire lao	59	61	47	47	0,59	1,03	49	29	100	100	58	60
Samoa	66	70	59	60	0,7	2,02	64	–	90	87	100	100
Singapour	78	82	69	71	1,4	4,24	96	–	100	–	100	–
Tonga	72	70	62	62	0,34	3,16	99	–	100	100	98	96
Tuvalu	61	63	53	53	0,55	2,64	93	–	94	92	93	84
Vanuatu	67	70	58	59	0,11	2,35	66	–	86	52	78	42
Viet Nam	69	74	60	63	0,53	0,56	95	29	99	80	92	50

Définitions des indicateurs

Espérance de vie à la naissance: nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre si elle est soumise aux risques de mortalité auxquels est exposée chaque tranche d'âge de la population au moment de sa naissance; exprimée en années.

Espérance de vie saine à la naissance: nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre "en pleine santé", compte tenu des années qui ne seront pas vécues en pleine santé en raison de maladies ou d'accidents.

Médecins/personnels infirmiers: nombre total de médecins/personnels infirmiers travaillant dans le pays pour 1 000 habitants.

Taux de vaccination (DPT3): pourcentage d'enfants arrivant à l'âge de 1 an qui ont été entièrement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Couverture des soins prénatals: pourcentage de femmes qui ont eu recours à des services de soins prénatals assurés par un personnel de santé qualifié au moins quatre fois pour des raisons liées à leur grossesse, exprimé en pourcentage de naissances vivantes durant une période donnée.

Accès à des sources améliorées d'eau potable: accès à un système d'approvisionnement en eau "amélioré" fournissant 20 litres d'eau par habitant et par jour à une distance de 1 km maximum?.

Accès à un assainissement amélioré: les technologies d'assainissement comprennent le raccordement au tout-à-l'égout, à une fosse septique, les latrines à chasse d'eau, les latrines à fosse ventilée, les latrines à fosse simple.

Source

- Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève.

Tableau 4 – Combien de personnes souffrent de la maladie durant leur vie?

	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Population totale d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes		% décès prématurés dus à des maladies transmissibles
	2000	2005	2005	1990	2005	2002
AFRIQUE						
Afrique du Sud	230	55	5 223	60	68	77
Algérie	140	34	3 160	69	39	50
Angola	1 700	154	2 974	260	260	84
Bénin	850	89	1 441	185	150	82
Botswana	100	87	218	58	120	93
Burkina Faso	1 000	96	2 459	210	191	87
Burundi	1 000	114	1 326	190	190	81
Cameroun	730	87	2 453	139	149	81
Cap-Vert	150	26	72	60	35	51
Comores	480	53	127	-	71	70
Congo, République démocratique du	990	129	11 209	205	205	82
Congo, République du	510	81	750	110	108	79
Côte d'Ivoire	690	118	2 773	157	195	78
Érythrée	630	50	759	147	78	81
Éthiopie	850	109	13 063	204	164	82
Gabon	420	60	193	92	91	72
Gambie	540	97	231	151	137	75
Ghana	540	68	3 102	122	112	74
Guinée	740	98	1 590	240	150	80
Guinée équatoriale	880	123	88	170	205	79
Guinée-Bissau	1 100	124	310	253	200	86
Kenya	1 000	79	5 736	97	120	81
Lesotho	550	102	231	101	132	90
Libéria	760	157	631	235	235	83
Madagascar	550	74	3 106	168	119	79
Malawi	1 800	79	2 340	221	125	89
Mali	1 200	120	2 602	250	218	86
Maurice	24	13	98	23	15	11
Mauritanie	1 000	78	526	133	125	79
Mozambique	1 000	100	3 291	235	145	91
Namibie	300	46	268	86	62	83
Niger	1 600	150	2 851	320	256	87
Nigéria	800	100	22 257	230	194	83
Ouganda	880	79	5 970	160	136	84
République centrafricaine	1 100	115	640	168	193	84
Rwanda	1 400	118	1 500	173	203	85
Sao Tomé-et-Principe	-	75	23	118	118	67
Sénégal	690	77	1 845	148	136	76
Seychelles	-	12	14	19	13	16
Sierra Leone	2 000	165	958	302	282	86
Swaziland	370	110	136	110	160	91
Tanzanie, République-Unie de	1 500	76	6 045	161	122	85
Tchad	1 100	124	1 867	201	208	85
Togo	570	78	1 014	152	139	79
Zambie	750	102	2 011	180	182	92
Zimbabwe	1 100	81	1 752	80	132	90
AMÉRIQUES						
Antigua-et-Barbuda	-	11	8	-	12	21
Argentine	70	15	3 340	29	18	18

Recueil de références

	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Population totale d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes		% décès prématurés dus à des maladies transmissibles
	2000	2005	2005	1990	2005	2002
Bahamas	60	13	30	29	15	35
Barbade	95	11	16	17	12	26
Belize	140	15	34	42	17	40
Bolivie	420	52	1 239	125	65	55
Brésil	260	31	18 024	60	33	30
Chili	30	8	1 237	21	10	17
Colombie	130	17	4 726	35	21	25
Costa Rica	25	11	393	18	12	22
Cuba	33	6	682	13	7	10
Dominique	–	13	7	17	15	19
El Salvador	150	23	805	60	27	41
Équateur	130	22	1 445	57	25	37
Grenade	–	17	10	37	21	23
Guatemala	240	32	2 020	82	43	60
Guyana	170	47	75	88	63	56
Haïti	680	84	1 147	150	120	84
Honduras	110	31	979	59	40	52
Jamaïque	87	17	258	20	20	30
Mexique	83	22	10 857	46	27	27
Nicaragua	230	30	731	68	37	46
Panama	160	19	343	34	24	38
Paraguay	170	20	825	41	23	45
Pérou	410	23	2 997	78	27	43
République dominicaine	150	26	1 003	65	31	56
Sainte-Lucie	–	12	14	21	14	20
Saint-Kitts-et-Nevis	–	18	4	36	20	26
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	–	17	12	25	20	27
Suriname	110	30	45	48	39	37
Trinité-et-Tobago	110	17	90	33	19	40
Uruguay	20	14	282	23	15	12
Venezuela, République bolivarienne du	78	18	2 860	33	21	24

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	380	54	17 399	149	73	60
Bhoutan	420	65	293	166	75	65
Corée, République populaire démocratique de	67	42	1 723	55	55	44
Inde	540	56	120 011	123	74	58
Indonésie	230	28	21 571	91	36	41
Maldives	110	33	46	111	42	55
Myanmar	360	75	4 657	130	105	60
Népal	740	56	3 639	145	74	64
Sri Lanka	92	12	1 628	32	14	19
Thaïlande	44	18	5 012	37	21	43
Timor-Leste	660	52	179	177	61	63

EUROPE

Albanie	55	16	253	45	18	17
Arménie	55	26	162	54	29	13
Azerbaïdjan	94	74	602	105	89	36
Bélarus	36	10	449	19	12	7
Bosnie-Herzégovine	31	13	186	22	15	7
Bulgarie	32	12	335	18	15	5

	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Population totale d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes		% décès prématurés dus à des maladies transmissibles
	2000	2005	2005	1990	2005	2002
Chypre	47	4	49	12	5	12
Croatie	10	6	207	12	7	5
Estonie	38	6	64	16	7	6
Fédération de Russie	65	14	7 225	27	18	8
Géorgie	32	41	242	47	45	13
Hongrie	11	7	477	17	8	3
Israël	13	5	666	12	6	9
Kazakhstan	210	63	1 075	63	73	16
Kirghizistan	110	58	541	80	67	35
Lettonie	61	9	101	18	11	7
Lituanie	19	7	150	13	9	4
Macédoine, ex-République yougoslave de	13	15	117	38	17	8
Malte	-	5	20	11	6	8
Moldova, République de	36	14	207	35	16	11
Ouzbékistan	24	57	2 841	79	68	30
Pologne	10	6	1 811	18	7	4
République tchèque	9	3	453	13	4	3
Roumanie	58	16	1 054	31	19	11
Serbie-et-Monténégro	9	12	-	28	15	7
Slovaquie	10	7	255	14	8	4
Slovénie	17	3	86	10	4	4
Tadjikistan	100	59	834	115	71	49
Turkménistan	31	81	488	97	104	35
Turquie	70	26	7 212	82	29	31
Ukraine	38	13	1 924	26	17	9

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	1 900	165	5 535	260	257	76
Arabie saoudite	23	21	3 200	44	26	22
Bahreïn	33	9	65	19	11	10
Djibouti	730	88	120	175	133	76
Égypte	84	28	8 933	104	33	32
Émirats arabes unis	54	8	337	15	9	12
Iran, République islamique d'	76	31	6 035	72	36	22
Iraq	250	102	4 322	50	125	57
Jamahiriya arabe libyenne	97	18	636	-	19	31
Jordanie	41	22	732	40	26	31
Koweït	12	9	241	16	11	18
Liban	150	27	322	37	30	18
Maroc	220	36	3 378	89	40	44
Oman	87	10	301	32	12	24
Pakistan	500	79	21 115	130	99	70
Qatar	7	18	67	26	21	16
République arabe syrienne	160	14	2 526	39	15	30
Somalie	1 100	133	1 482	225	225	76
Soudan	590	62	5 216	120	90	60
Tunisie	120	20	806	52	24	18
Yémen	570	76	3 668	139	102	61

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Brunéi Darussalam	37	8	40	11	9	16
Cambodge	450	98	1 835	115	143	72

	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Population totale d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes		% décès prématurés dus à des maladies transmissibles
	2000	2005	2005	1990	2005	2002
Chine	56	23	84 483	49	27	23
Corée, République de	20	5	2 412	9	5	7
Fidji	75	16	92	22	18	27
Îles Cook	–	17	2	32	20	29
Îles Marshall	–	51	7	92	58	31
Îles Salomon	130	24	72	38	29	49
Kiribati	–	48	12	88	65	45
Malaisie	41	10	2 734	22	12	26
Micronésie, États fédérés de	–	34	16	58	42	40
Mongolie	110	39	270	108	49	37
Nauru	–	25	2	–	30	19
Niue	–	–	0	–	–	33
Palaos	–	10	2	21	11	28
Papouasie-Nouvelle-Guinée	300	55	815	94	74	64
Philippines	200	25	9 863	62	33	45
République démocratique populaire lao	650	62	895	163	79	71
Samoa	–	24	26	50	29	31
Singapour	15	3	216	9	3	9
Tonga	–	20	12	32	24	29
Tuvalu	–	31	1	54	38	34
Vanuatu	–	31	30	62	38	39
Viet Nam	130	16	7 969	53	19	40

Définitions des indicateurs

Taux de mortalité maternelle: nombre annuel de décès chez les femmes imputables à des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile: nombre de décès d'enfants de moins de 12 mois pour 1 000 naissances vivantes.

Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes: indique le risque de mortalité infantile, qui est défini par la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans; exprimée en nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Aussi appelée taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Années de vie perdues en raison de maladies transmissibles: les années de vie perdues sont calculées en multipliant le nombre de décès imputables à des maladies transmissibles par l'espérance de vie standard à l'âge auquel le décès intervient. Les années de vie perdues tiennent compte de l'âge auquel le décès survient en appliquant un coefficient de pondération plus élevé aux décès intervenant à un plus jeune âge et un coefficient de pondération plus bas aux décès intervenant à un âge plus avancé. L'indicateur mesure les années de vie perdues dues à une cause de décès particulière sous forme de pourcentage du nombre total d'années de vie perdues résultant d'une mortalité prématurée pour l'ensemble de la population.

Source

- Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève.

Tableau 5 – Qui est menacé par la faim et la maladie dans les situations de crise?

	Nombre de réfugiés		Malnutrition aiguë parmi les réfugiés (%)	Variations démographiques parmi les réfugiés (%) (1999–2006)	Nombre de personnes déplacées (en milliers)	
	1999	2006			1994–1999*	2000–2006*
AFRIQUE						
Afrique du Sud	14 500	35 086	–	142	–	–
Algérie	165 200	94 180	7,7	–43	–	–
Angola	13 100	13 090	–	0	304	258
Bénin	3 700	10 797	–	192	–	–
Botswana	1 300	3 160	–	143	–	–
Burkina Faso	–	–	–	–	–	–
Burundi	22 100	13 176	2,8	–40	100	56
Cameroun	49 200	35 083	–	–29	–	–
Cap-Vert	–	–	–	–	–	–
Comores	–	–	–	–	–	–
Congo, République démocratique du	285 300	208 371	3,6	–27	–	1 000
Congo, République du	39 900	55 788	–	40	–	–
Côte d'Ivoire	138 400	27 288	12,2	–80	–	858
Érythrée	3 000	4 621	–	54	–	1 100
Éthiopie	257 700	96 980	10,3	–62	–	–
Gabon	15 100	8 429	–	–44	–	–
Gambie	17 200	13 761	–	–20	–	–
Ghana	13 300	44 938	9,5	238	174	–
Guinée	501 500	31 468	3,3	–94	–	–
Guinée équatoriale	–	0	–	–	–	–
Guinée-Bissau	7 100	7 804	–	10	196	–
Kenya	223 700	272 531	22,2	22	–	–
Lesotho	–	0	–	–	–	–
Libéria	96 300	16 185	5,9	–83	320	532
Madagascar	–	–	–	–	–	–
Malawi	1 700	3 943	–	132	–	–
Mali	8 300	10 585	–	28	3	–
Maurice	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	–	–	15,2	–	–	–
Mozambique	220	2 558	–	1 063	–	–
Namibie	7 400	5 462	–	–26	–	–
Niger	–	–	–	–	–	–
Nigéria	6 900	8 768	–	27	–	–
Ouganda	218 200	272 007	8,2	25	–	–
République centrafricaine	49 300	12 357	8,8	–75	–	–
Rwanda	34 400	49 192	5,2	43	626	–
Sao Tomé-et-Principe	–	0	–	–	–	–
Sénégal	21 500	20 591	–	–4	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	6 600	27 365	11,0	315	782	500
Swaziland	–	–	–	–	–	–
Tanzanie, République-Unie de	622 200	485 295	2,8	–22	–	–
Tchad	23 500	286 743	17,7	1 120	–	–
Togo	12 100	6 328	–	–48	–	3
Zambie	206 400	120 253	1,5	–42	–	–
Zimbabwe	2 100	3 519	–	68	–	–
AMÉRIQUES						
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–
Argentine	2 300	3 158	–	37	–	–
Bahamas	100	–	–	–	–	–

Recueil de références

	Nombre de réfugiés		Malnutrition aiguë parmi les réfugiés (%)	Variations démographiques parmi les réfugiés (%) (1999-2006)	Nombre de personnes déplacées (en milliers)	
	1999	2006			1994-1999*	2000-2006*
Barbade	-	-	-	-	-	-
Belize	2 900	488	-	-83	-	-
Bolivie	-	-	-	-	-	-
Bésil	2 400	3 492	-	46	-	-
Chili	320	1 134	-	254	-	-
Colombie	-	-	-	-	-	3 000
Costa Rica	22 900	11 515	-	-50	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-
Équateur	310	11 789	-	3 703	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	8	-
Guyana	-	-	-	-	-	-
Haïti	-	0	-	-	-	-
Honduras	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	40	-	-	-	-	-
Mexique	24 500	3 319	-	-86	-	-
Nicaragua	-	-	-	-	-	-
Panama	1 300	1 848	-	42	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-
Pérou	-	-	-	-	-	-
République dominicaine	630	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	0	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	190	2 357	-	1 141	-	-

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	22 200	26 311	16,8	19	-	-
Bhoutan	-	-	-	-	-	-
Corée, République populaire démocratique de	-	-	-	-	-	-
Inde	180 000	158 366	-	-12	-	-
Indonésie	162 500	301	-	-100	-	-
Maldives	-	-	-	-	-	-
Myanmar	-	0	-	-	-	-
Népal	127 900	128 175	8,8	0	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	613	707
Thaïlande	100 100	133 117	-	33	-	-
Timor-Leste	-	3	-	-	-	-

EUROPE

Albanie	3 900	56	-	-99	-	-
Arménie	296 200	113 714	-	-62	-	-
Azerbaïdjan	221 600	2 618	-	-99	570	663
Bélarus	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	65 600	10 318	-	-84	810	924
Bulgarie	550	4 504	-	719	-	-
Chypre	120	924	-	670	265	-

	Nombre de réfugiés		Malnutrition aiguë parmi les réfugiés (%)	Variations démographiques parmi les réfugiés (%) (1999–2006)	Nombre de personnes déplacées (en milliers)	
	1999	2006			1994–1999*	2000–2006*
Croatie	28 400	2 443	–	–91	307	50
Estonie	–	5	–	–	–	–
Fédération de Russie	80 100	1 425	–	–98	498	561
Géorgie	5 200	1 373	–	–74	280	272
Hongrie	5 000	8 075	–	62	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	14 800	4 412	–	–70	–	–
Kirghizistan	10 800	366	–	–97	6	–
Lettonie	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–
Macédoine, ex-République yougoslave de	21 200	1 240	–	–94	–	–
Malte	270	2 404	–	790	–	–
Moldova, République de	–	–	–	–	8	8
Ouzbékistan	1 000	1 415	–	42	–	–
Pologne	940	6 790	–	622	–	–
République tchèque	1 200	1 887	–	–	–	–
Roumanie	1 200	1 658	–	38	–	–
Serbie-et-Monténégro ^a	–	98 997	–	–	–	249
Slovaquie	–	–	–	–	–	–
Slovénie	4 400	254	–	–94	–	–
Tadjikistan	4 500	929	–	–79	17	–
Turkménistan	18 500	750	–	–96	–	–
Turquie	2 800	2 633	–	–6	–	–
Ukraine	2 700	2 275	–	–16	–	–

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	–	35	4,0	–	332	759
Arabie saoudite	5 600	240 772	–	4 200	–	–
Bahreïn	–	1	–	–	–	–
Djibouti	23 600	9 259	–	–61	–	–
Égypte	6 300	88 022	–	1 297	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–
Iran, République islamique d'	1 835 700	968 370	–	–47	–	–
Iraq	128 900	44 406	–	–66	–	1 800
Jamahiriya arabe libyenne	–	2 760	–	–	–	–
Jordanie	1 000	500 229	–	49 923	–	–
Koweït	4 300	50	–	–99	–	–
Liban	4 200	20 164	–	380	–	–
Maroc	–	–	–	–	–	–
Oman	–	7	–	–	–	–
Pakistan	1 202 000	1 044 462	5,1	–13	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	6 500	702 209	–	10 703	–	–
Somalie	–	669	–	–	2	400
Soudan	–	196 200	16,2	–	–	1 330
Tunisie	–	–	–	–	–	–
Yémen	60 500	95 794	–	58	–	–

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–
Cambodge	–	–	–	–	124	–
Chine	293 300	301 027	–	3	–	–

	Nombre de réfugiés		Malnutrition aiguë parmi les réfugiés (%)	Variations démographiques parmi les réfugiés (%) (1999-2006)	Nombre de personnes déplacées (en milliers)	
	1999	2006			1994-1999*	2000-2006*
Corée, République de	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	0	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-
Malaisie	50 500	37 170	-	-26	-	-
Micronésie, États fédérés de	-	2	-	-	-	-
Mongolie	-	5	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-
Niue	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	10 183	-	-	-	-
Philippines	-	-	-	-	-	-
République démocratique populaire lao	-	0	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-
Singapour	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	720	-	-	-	-
Viet Nam	15 000	2 357	-	-84	-	-

Définitions des indicateurs

Nombre de réfugiés: seuls les pays comptant plus de 1 000 réfugiés sont inclus.

Variations démographiques parmi les réfugiés: pourcentage de variation entre les chiffres de 1999 et ceux de 2006.

Personnes déplacées: personnes qui ont été contraintes de quitter leur domicile, mais qui n'ont pas franchi de frontières internationalement reconnues.

Malnutrition aiguë parmi les réfugiés: prévalence de l'émaciation (rapport poids/taille inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence) ou d'œdèmes.

Sources

- **Nombre de réfugiés/personnes déplacées:** Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. 2006. *Annuaire statistique 2006; 2000; 1999; 1994.*
- **Malnutrition aiguë:** Comité permanent de la nutrition des Nations Unies. 2007. Document consultable sur le site: <http://www.unsystem.org/SCN/Publications/RNIS/rniscountry.html>

Notes

- * Lorsqu'une période est suivie d'un astérisque, cela indique que les chiffres se réfèrent à la dernière année de cette période pour laquelle des données sont disponibles.
- a Les données de la Serbie-et-Monténégro comprennent les personnes déplacées du Monténégro venant de la Serbie (Kosovo) car ils ne jouissaient pas des mêmes droits que les citoyens monténégrins.

Tableau 6a – Combien de personnes souffrent de la faim invisible et de maladies infantiles?

	Faim invisible chez les mères et les femmes enceintes		Faim invisible chez les enfants			Maladies infantiles chez les enfants de moins de 5 ans		
	Prévalence estimée de l'anémie par carence en fer chez les femmes de 15 à 49 ans (%)	Nombre de cas d'anomalie du tube neural à la naissance	% d'enfants de moins de 5 ans présentant une anémie par carence en fer	% estimé d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence en vitamine A	Nombre annuel estimé d'enfants nés avec une incapacité mentale (carence en iode)	% des décès infantiles dus aux infections respiratoires aiguës	% des décès infantiles dus aux maladies diarrhéiques	% des décès infantiles dus au paludisme
	2004	2004	2004	2004	2004	2000	2000	2000
AFRIQUE								
Afrique du Sud	26	1 500	37	33	160 000	0,9	0,8	0,0
Algérie	–	–	–	–	–	13,7	11,9	0,5
Angola	59	1 400	72	55	235 000	24,8	19,1	8,3
Bénin	65	550	82	70	10 000	21,1	17,1	27,2
Botswana	31	100	37	30	9 000	1,4	1,1	0,0
Burkina Faso	48	1 230	83	46	180 000	23,3	18,8	20,3
Burundi	60	600	82	44	125 000	22,8	18,2	8,4
Cameroun	32	1 100	58	36	65 000	21,5	17,3	22,8
Cap-Vert	–	–	–	–	–	13,3	12,2	4,3
Comores	–	–	–	–	–	16,3	13,6	19,4
Congo, République démocratique du	54	5 250	58	58	–	23,1	18,1	16,9
Congo, République du	48	300	55	32	59 000	13,6	11,2	25,7
Côte d'Ivoire	–	–	–	–	–	19,6	14,8	20,5
Érythrée	53	300	75	30	16 000	18,6	15,6	13,6
Éthiopie	58	6 000	85	30	685 000	22,3	17,3	6,1
Gabon	32	<100	43	41	11 500	10,7	8,8	28,3
Gambie	53	100	75	64	10 000	15,5	12,2	29,4
Ghana	40	1 300	65	60	120 000	14,6	12,2	33,0
Guinée	43	700	73	40	83 000	20,9	16,5	24,5
Guinée équatoriale	–	–	–	–	–	17,3	13,6	24,0
Guinée-Bissau	53	150	83	31	12 500	23,4	18,6	21,0
Kenya	43	2 000	60	70	105 000	19,9	16,5	13,6
Lesotho	43	100	51	54	11 000	4,7	3,9	0,0
Libéria	44	330	69	38	29 000	23,0	17,3	18,9
Madagascar	42	1 400	73	42	43 000	20,7	16,9	20,1
Malawi	27	1 100	80	59	115 000	22,6	18,1	14,1
Mali	47	1 300	77	47	270 000	23,9	18,3	16,9
Maurice	–	–	–	–	–	3,9	1,2	0,0
Mauritanie	42	250	74	17	24 000	22,3	16,2	12,2
Mozambique	54	1 500	80	26	134 000	21,2	16,5	18,9
Namibie	35	100	42	59	12 000	3,0	2,5	0,0
Niger	47	1 300	57	41	130 000	25,1	19,8	14,3
Nigéria	47	9 500	69	25	370 000	20,1	15,7	24,1
Ouganda	30	2 600	64	66	111 000	21,1	17,2	23,1
République centrafricaine	49	300	74	68	16 000	18,7	14,7	18,5
Rwanda	43	700	69	39	46 000	23,2	18,5	4,6
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	21,2	16,0	0,6
Sénégal	43	750	71	61	86 000	20,7	17,1	27,6
Seychelles	–	–	–	–	–	10,1	0,0	0,0
Sierra Leone	68	500	86	47	40 000	25,5	19,7	12,4
Swaziland	32	<100	47	38	4 000	11,8	9,6	0,2
Tanzanie, République-Unie de	45	–	65	37	–	21,1	16,8	22,7
Tchad	56	800	76	45	100 000	22,8	18,1	22,3
Togo	45	350	72	35	25 000	17,1	13,8	25,3
Zambie	46	900	63	66	115 000	21,8	17,5	19,4
Zimbabwe	44	800	53	28	35 000	14,7	12,1	0,2

Recueil de références

	Faim invisible chez les mères et les femmes enceintes		Faim invisible chez les enfants			Maladies infantiles chez les enfants de moins de 5 ans		
	Prévalence estimée de l'anémie par carence en fer chez les femmes de 15 à 49 ans (%)	Nombre de cas d'anomalie du tube neural à la naissance	% d'enfants de moins de 5 ans présentant une anémie par carence en fer	% estimé d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence en vitamine A	Nombre annuel estimé d'enfants nés avec une incapacité mentale (carence en iode)	% des décès infantiles dus aux infections respiratoires aiguës	% des décès infantiles dus aux maladies diarrhéiques	% des décès infantiles dus au paludisme
	2004	2004	2004	2004	2004	2000	2000	2000
AMÉRIQUES								
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	1,5	2,4	0,0
Argentine	–	–	–	–	–	3,4	1,3	0,0
Bahamas	–	–	–	–	–	5,3	0,8	0,0
Barbade	–	–	–	–	–	0,0	0,0	0,0
Belize	–	–	–	–	–	6,9	3,5	0,0
Bolivie	30	380	59	23	13 000	17,1	14,3	0,7
Brésil	21	5 250	45	15	50 000	13,2	12,0	0,5
Chili	–	–	–	–	–	6,2	0,5	0,0
Colombie	–	–	–	–	–	10,4	10,3	0,2
Costa Rica	–	–	–	–	–	4,0	3,0	0,0
Cuba	–	–	–	–	–	4,1	1,3	0,0
Dominique	–	–	–	–	–	0,0	0,0	0,0
El Salvador	34	250	28	17	17 000	13,4	12,4	0,5
Équateur	–	–	–	–	–	12,0	11,0	0,5
Grenade	–	–	–	–	–	9,5	1,6	0,0
Guatemala	20	600	34	21	67 000	15,0	13,1	0,4
Guyana	–	–	–	–	–	5,2	21,4	0,7
Haïti	54	400	66	32	29 000	20,2	16,5	0,7
Honduras	31	300	34	15	24 500	13,8	12,2	0,4
Jamaïque	–	–	–	–	–	9,3	9,6	0,0
Mexique	–	–	–	–	–	8,5	5,1	0,0
Nicaragua	40	350	47	9	6 500	13,7	12,2	0,4
Panama	–	–	–	–	–	10,8	10,7	0,2
Paraguay	25	250	52	13	22 000	11,9	10,7	0,3
Pérou	32	1 250	50	17	60 000	13,6	12,2	0,4
République dominicaine	31	400	25	18	23 000	13,0	11,7	0,6
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	1,3	1,3	0,0
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	0,0	14,4	0,0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	–	–	–	–	–	10,5	0,5	0,0
Suriname	–	–	–	–	–	11,5	13,1	2,4
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	2,0	1,3	0,0
Uruguay	–	210 000	–	–	–	5,4	2,3	0,0
Venezuela, République bolivarienne du	38	1 200	41	5	60 000	5,9	9,9	0,0
ASIE DU SUD-EST								
Bangladesh	36	8 400	55	28	750 000	17,6	20,0	0,7
Bhoutan	55	150	81	32	–	18,8	20,9	0,8
Corée, Rép. populaire démocratique de	–	–	–	–	–	15,2	18,9	0,7
Inde	51	50 000	75	57	6 600 000	18,5	20,3	0,9
Indonésie	26	6 800	48	26	445 000	14,4	18,3	0,5
Maldives	–	–	–	–	–	17,5	20,3	0,6
Myanmar	45	2 300	48	35	205 000	19,3	21,1	9,0
Népal	62	1 600	65	33	200 000	18,5	20,5	0,8
Sri Lanka	–	–	–	–	–	8,5	13,5	0,4
Thaïlande	27	2 200	22	22	140 000	11,5	16,2	0,3
Timor-Leste	–	–	–	–	–	19,6	21,9	0,4

	Faim invisible chez les mères et les femmes enceintes		Faim invisible chez les enfants			Maladies infantiles chez les enfants de moins de 5 ans		
	Prévalence estimée de l'anémie par carence en fer chez les femmes de 15 à 49 ans (%)	Nombre de cas d'anomalie du tube neural à la naissance	% d'enfants de moins de 5 ans présentant une anémie par carence en fer	% estimé d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence en vitamine A	Nombre annuel estimé d'enfants nés avec une incapacité mentale (carence en iode)	% des décès infantiles dus aux infections respiratoires aiguës	% des décès infantiles dus aux maladies diarrhéiques	% des décès infantiles dus au paludisme
	2004	2004	2004	2004	2004	2000	2000	2000
EUROPE								
Albanie	–	–	–	–	–	10,6	10,5	0,4
Arménie	12	<100	24	12	3 500	11,8	10,5	0,5
Azerbaïdjan	35	225	33	23	22 000	18,4	15,3	1,0
Bélarus	–	–	–	–	–	9,0	1,5	0,0
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	2,5	0,6	0,0
Bulgarie	–	–	–	–	–	16,1	2,3	0,0
Chypre	–	–	–	–	–	1,7	3,2	0,0
Croatie	–	–	–	–	–	1,3	0,3	0,0
Estonie	–	–	–	–	–	2,1	1,4	0,0
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	6,3	2,5	0,0
Géorgie	31	100	33	11	11 000	12,5	11,5	0,3
Hongrie	–	–	–	–	–	3,9	0,1	0,0
Israël	–	–	–	–	–	0,4	0,6	0,0
Kazakhstan	36	400	49	19	54 000	16,9	14,5	0,8
Kirghizistan	31	170	42	18	23 500	16,7	14,1	0,9
Lettonie	–	–	–	–	–	1,2	0,0	0,0
Lituanie	–	–	–	–	–	5,3	0,3	0,0
Macédoine, ex-République yougoslave de	–	–	–	–	–	4,3	5,0	0,0
Malte	–	–	–	–	–	0,0	0,0	0,0
Moldova, République de	–	–	–	–	–	15,5	2,0	0,0
Ouzbékistan	63	800	33	40	136 000	16,8	14,8	0,8
Pologne	–	–	–	–	–	2,7	0,1	0,0
République tchèque	–	–	–	–	–	3,6	0,2	0,0
Roumanie	–	–	–	–	–	27,1	2,5	0,0
Serbie-et-Monténégro	–	–	–	–	–	9,4	1,4	0,0
Slovaquie	–	–	–	–	–	0,0	0,0	0,0
Slovénie	–	–	–	–	–	19,9	16,4	0,8
Tadjikistan	42	300	45	18	43 000	9,1	6,0	0,0
Turkménistan	46	200	36	18	11 000	18,8	15,6	0,9
Turquie	33	3 000	23	18	335 000	14,0	12,2	0,5
Ukraine	–	–	–	–	–	6,3	1,2	0,0
MÉDITERRANÉE ORIENTALE								
Afghanistan	61	2 250	65	53	535 000	24,8	18,9	1,0
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	6,6	6,2	0,2
Bahreïn	–	–	–	–	–	1,4	0,7	0,0
Djibouti	–	–	–	–	–	20,4	16,6	0,8
Égypte	28	3 800	31	7	225 000	14,6	12,8	0,4
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	4,7	6,3	0,0
Iran, République islamique d'	29	2 100	32	23	125 000	6,4	5,5	0,2
Iraq	–	–	–	–	–	17,6	13,2	0,7
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	8,5	8,4	0,0
Jordanie	–	–	–	–	–	11,7	10,7	0,3
Koweït	–	–	–	–	–	4,4	0,7	0,0
Liban	24	140	21	20	7 500	1,1	1,0	0,0
Maroc	34	1 000	45	29	–	14,0	12,2	0,4
Oman	–	–	–	–	–	7,2	8,1	0,1
Pakistan	59	11 000	56	35	2 100 000	19,3	14,0	0,7

	Faim invisible chez les mères et les femmes enceintes		Faim invisible chez les enfants			Maladies infantiles chez les enfants de moins de 5 ans		
	Prévalence estimée de l'anémie par carence en fer chez les femmes de 15 à 49 ans (%)	Nombre de cas d'anomalie du tube neural à la naissance	% d'enfants de moins de 5 ans présentant une anémie par carence en fer	% estimé d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence en vitamine A	Nombre annuel estimé d'enfants nés avec une incapacité mentale (carence en iode)	% des décès infantiles dus aux infections respiratoires aiguës	% des décès infantiles dus aux maladies diarrhéiques	% des décès infantiles dus au paludisme
	2004	2004	2004	2004	2004	2000	2000	2000
Qatar	–	–	–	–	–	7,7	8,4	0,0
République arabe syrienne	30	1 000	40	8	40 000	9,9	9,6	0,2
Somalie	–	–	–	–	–	23,9	18,7	4,5
Soudan	–	–	–	–	–	15,5	12,9	21,2
Tunisie	–	–	–	–	–	7,6	7,0	0,2
Yémen	49	1 800	59	40	143 000	19,8	16,1	7,5

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	0,7	1,1	0,0
Cambodge	58	950	63	42	85 000	20,6	16,6	0,9
Chine	21	38 000	8	12	940 000	13,4	11,8	0,4
Corée, République de	–	–	–	–	–	1,8	0,4	0,0
Fidji	–	–	–	–	–	9,2	10,6	0,0
Îles Cook	–	–	–	–	–	1,1	0,7	0,0
Îles Marshall	–	–	–	–	–	13,5	14,1	0,0
Îles Salomon	–	–	–	–	–	9,5	8,8	0,1
Kiribati	–	–	–	–	–	11,5	21,9	0,7
Malaisie	–	–	–	–	–	4,0	5,4	0,1
Micronésie, États fédérés de	–	–	–	–	–	11,3	8,0	0,0
Mongolie	18	<100	37	29	8 500	17,1	14,5	1,0
Nauru	–	–	–	–	–	30,3	37,8	0,0
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	12,4	9,7	0,0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	43	350	40	37	–	18,5	15,3	0,8
Philippines	35	4 000	29	23	300 000	13,4	12,0	0,4
République démocratique populaire lao	48	400	54	42	27 000	19,1	15,6	0,7
Samoa	–	–	–	–	–	10,2	9,7	0,1
Singapour	–	–	–	–	–	9,0	0,4	0,0
Tonga	–	–	–	–	–	7,3	10,0	1,3
Tuvalu	–	–	–	–	–	13,5	13,2	0,0
Vanuatu	–	–	–	–	–	13,0	11,5	0,6
Viet Nam	33	3 300	39	12	180 000	11,5	10,4	0,4

Définitions des indicateurs

Anémie par carence en fer chez les femmes: pourcentage de femmes en âge de procréer testées et présentant des taux d'hémoglobine inférieurs à 110 g/l pour les femmes enceintes et 120 g/l pour les autres.

Anomalies du tube neural à la naissance: anomalies du cerveau ou de la colonne vertébrale d'un nouveau-né, dues généralement à une carence en acide folique.

Anémie par carence en fer chez les enfants: pourcentage d'enfants testés présentant des taux d'hémoglobine inférieurs à 8 g/l.

Maladies infantiles: proportion de décès parmi les enfants de moins de 5 ans imputables à des infections respiratoires aiguës, à des maladies diarrhéiques ou au paludisme.

Carence en vitamine A: pourcentage estimé d'enfants de moins de 6 ans présentant une carence subclinique en vitamine A.

Sources

- **Indicateurs de faim invisible:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2004. *Vitamin and Mineral Deficiency. A. Global Progress Report.* New York.
- **Maladies infantiles:** Organisation mondiale pour la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007.* Genève.

Note

Les données relatives aux carences en vitamines et en minéraux ont été tirées des meilleures informations disponibles. Les données relatives à la prévalence sont basées sur un examen mondial des enquêtes sur les carences en vitamines et en minéraux.

Tableau 6b – Combien de personnes souffrent de maladies infectieuses?

	Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans (pour 100 000 habitants)	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Nombre de cas de tuberculose		% de changement dans le nombre de cas de tuberculose	Proportion estimée de tuberculeux avec le VIH (%)
	2005	2005	2005	1990	2005	1990–2005	2005
AFRIQUE							
Afrique du Sud	16 579	5 500 000	511	80 400	270 178	236	59
Algérie	82	–	55	11 607	21 336	84	–
Angola	3 281	320 000	333	10 271	37 175	262	19
Bénin	1 635	87 000	144	2 084	3 270	57	10
Botswana	23 624	270 000	556	2 938	10 058	242	72
Burkina Faso	2 004	150 000	461	1 497	3 484	133	11
Burundi	3 132	150 000	602	4 575	6 585	44	18
Cameroun	4 899	510 000	206	5 892	21 499	265	26
Cap-Vert	–	–	327	221	292	32	–
Comores	<500	–	89	140	111	–21	–
Congo, République démocratique du	2 933	1 000 000	541	21 131	97 075	359	17
Congo, République du	4 731	120 000	449	591	9 853	1 567	26
Côte d'Ivoire	6 442	750 000	659	7 841	19 681	151	32
Érythrée	2 180	59 000	515	3 699	3 549	–4	13
Éthiopie	–	–	546	88 634	124 262	40	11
Gabon	6 750	60 000	385	917	2 512	174	33
Gambie	2 091	–	352	–	2 031	–	–
Ghana	2 225	320 000	380	6 407	12 124	89	12
Guinée	1 475	85 000	431	1 988	6 863	245	9
Guinée équatoriale	2 857	8 900	355	260	–	–	17
Guinée-Bissau	3 483	32 000	293	1 163	1 774	53	20
Kenya	6 125	1 300 000	936	11 788	102 680	771	29
Lesotho	22 684	270 000	588	2 525	10 802	328	69
Libéria	–	–	507	–	3 432	–	17
Madagascar	451	49 000	396	6 261	18 993	203	3
Malawi	12 528	940 000	518	12 395	25 491	106	50
Mali	1 572	130 000	578	2 933	4 697	60	10
Maurice	437	–	132	119	125	5	–
Mauritanie	629	–	590	5 284	2 162	–59	–
Mozambique	14 429	1 800 000	597	15 899	33 231	109	54
Namibie	17 676	230 000	577	2 671	14 920	459	61
Niger	998	79 000	294	5 200	7 873	51	6
Nigéria	3 547	2 900 000	536	20 122	62 598	211	20
Ouganda	6 304	1 000 000	559	14 740	41 040	178	31
République centrafricaine	9 990	250 000	483	2 124	3 210	51	43
Rwanda	3 133	190 000	673	6 387	7 220	13	18
Sao Tomé-et-Principe	–	–	258	17	136	700	–
Sénégal	837	–	466	4 977	9 765	96	–
Seychelles	–	–	56	41	14	–66	–
Sierra Leone	1 361	48 000	905	632	6 737	966	9
Swaziland	34 457	220 000	1 211	–	8 062	–	79
Tanzanie, République-Unie de	5 909	1 400 000	496	22 249	61 022	174	30
Tchad	3 111	180 000	495	2 591	6 311	144	18
Togo	2 879	110 000	753	1 324	2 537	92	17
Zambie	15 819	1 100 000	618	16 863	49 576	194	56
Zimbabwe	19 210	1 700 000	631	9 132	50 454	452	62
AMÉRIQUES							
Antigua-et-Barbuda	–	–	9	1	6	500	–
Argentine	456	–	51	12 309	9 770	–21	–

Recueil de références

	Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans (pour 100 000 habitants)	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Nombre de cas de tuberculose		% de changement dans le nombre de cas de tuberculose	Proportion estimée de tuberculeux avec le VIH (%)
	2005	2005	2005	1990	2005	1990-2005	2005
Bahamas	2 807	6 800	49	46	–	–	17
Barbade	1 236	2 700	12	5	–	–	9
Belize	2 110	3 700	55	57	102	79	13
Bolivie	120	–	280	11 166	9 748	–13	–
Brésil	454	620 000	76	74 570	80 209	8	14
Chili	229	–	16	6 151	2 134	–65	–
Colombie	509	–	66	12 447	10 360	–17	–
Costa Rica	235	–	17	230	534	132	–
Cuba	52	–	11	546	770	41	–
Dominique	–	–	24	6	–	–	–
El Salvador	770	–	68	2 367	1 794	–24	–
Équateur	246	–	202	8 243	4 416	–46	–
Grenade	–	–	8	0	–	–	–
Guatemala	825	61 000	110	3 813	3 365	–12	6
Guyana	2 072	12 000	194	168	639	280	13
Haïti	3 377	190 000	405	–	14 311	–	19
Honduras	1 392	63 000	99	3 647	3 333	–9	9
Jamaïque	1 371	25 000	10	123	90	–27	9
Mexique	244	–	27	14 437	18 524	28	–
Nicaragua	215	–	74	2 944	1 907	–35	–
Panama	755	17 000	46	846	1 637	93	5
Paraguay	338	–	100	2 167	2 075	–4	–
Pérou	480	–	206	37 905	33 421	–12	–
République dominicaine	1 036	66 000	116	2 597	5 003	93	6
Sainte-Lucie	–	–	22	13	14	8	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	17	0	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	–	–	42	2	7	250	–
Suriname	1 623	5 200	99	82	117	43	11
Trinité-et-Tobago	2 538	27 000	13	120	166	38	16
Uruguay	362	–	33	886	622	–30	–
Venezuela, République bolivarienne du	598	–	52	5 457	6 847	25	–

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	<100	–	406	48 673	123 118	153	–
Bhoutan	<100	–	174	1 154	1 007	–13	–
Corée, République populaire démocratique de	–	–	179	–	42 722	–	–
Inde	747	5 700 000	299	1 519 182	1 156 248	–24	5
Indonésie	106	170 000	262	74 470	254 601	242	1
Maldives	–	–	53	152	122	–20	–
Myanmar	982	360 000	170	12 416	107 009	762	7
Népal	447	–	244	10 142	33 448	230	–
Sri Lanka	<100	–	80	6 666	9 249	39	–
Thaïlande	1 144	580 000	204	46 510	57 895	24	8
Timor-Leste	–	–	713	–	3 767	–	–

EUROPE

Albanie	–	–	28	653	506	–23	–
Arménie	121	–	79	590	2 206	274	–
Azerbaïdjan	87	–	85	2 620	6 034	130	–
Bélarus	242	–	70	3 039	5 308	75	–

	Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans (pour 100 000 habitants)	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Nombre de cas de tuberculose		% de changement dans le nombre de cas de tuberculose	Proportion estimée de tuberculeux avec le VIH (%)
	2005	2005	2005	1990	2005	1990–2005	2005
Bosnie-Herzégovine	–	–	57	4 073	2 111	–48	–
Bulgarie	–	–	41	2 256	3 225	43	–
Chypre	–	–	5	29	34	17	–
Croatie	–	–	65	2 576	1 050	–59	–
Estonie	887	1 000	46	423	479	13	7
Fédération de Russie	775	940 000	150	50 641	127 930	153	6
Géorgie	154	–	86	1 537	4 501	193	–
Hongrie	<100	–	25	3 588	1 808	–50	–
Israël	–	–	6	234	402	72	–
Kazakhstan	105	–	155	10 969	25 739	135	–
Kirghizistan	111	–	133	2 306	6 329	174	–
Lettonie	508	–	66	906	1 409	56	–
Lituanie	116	–	63	1 471	2 114	44	–
Macédoine, ex-République yougoslave de	117	–	33	–	598	–	–
Malte	<500	–	4	13	21	62	–
Moldova, République de	815	–	149	1 728	5 141	198	–
Ouzbékistan	174	–	139	9 414	21 513	129	–
Pologne	78	–	29	16 136	8 203	–49	–
République tchèque	<100	–	11	1 937	973	–50	–
Roumanie	–	–	146	16 256	26 104	61	–
Serbie-et-Monténégro	–	–	42	4 194	3 208	–24	–
Slovaquie	<100	–	20	1 448	710	–51	–
Slovénie	<100	–	15	722	269	–63	–
Tadjikistan	123	–	297	2 460	5 460	122	–
Turkménistan	<100	–	90	2 325	3 191	37	–
Turquie	<100	–	44	24 468	19 744	–19	–
Ukraine	1 036	410 000	120	16 465	39 608	141	8

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	<100	–	288	4 332	21 844	404	–
Arabie saoudite	–	–	58	2 415	3 539	47	–
Bahreïn	–	–	43	117	280	139	–
Djibouti	3 017	15 000	1 161	2 100	3 109	48	18
Égypte	<100	–	32	2 142	11 446	434	–
Émirats arabes unis	–	–	24	285	103	–64	–
Iran, République islamique d'	133	–	30	9 255	9 422	2	–
Iraq	–	–	76	14 735	9 454	–36	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	18	442	2 098	375	–
Jordanie	–	–	6	439	367	–16	–
Koweït	–	–	28	277	517	87	–
Liban	114	–	12	–	391	–	–
Maroc	88	–	73	27 658	26 269	–5	–
Oman	–	–	11	482	261	–46	–
Pakistan	86	–	297	156 759	137 574	–12	–
Qatar	–	–	65	184	325	77	–
République arabe syrienne	–	–	46	6 018	4 310	–28	–
Somalie	870	44 000	286	–	12 904	–	5
Soudan	1 454	350 000	400	212	27 562	12 901	9
Tunisie	115	–	28	2 054	2 079	1	–
Yémen	–	–	136	4 650	9 063	95	–

	Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans (pour 100 000 habitants)	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Nombre de cas de tuberculose		% de changement dans le nombre de cas de tuberculose	Proportion estimée de tuberculeux avec le VIH (%)
	2005	2005	2005	1990	2005	1990-2005	2005
PACIFIQUE OCCIDENTAL							
Brunéi Darussalam	<100	–	63	143	163	14	–
Cambodge	1 468	130 000	703	6 501	35 535	447	9
Chine	62	650 000	208	375 481	894 428	138	0
Corée, République de	<100	–	135	63 904	38 290	–40	–
Fidji	<500	–	30	226	132	–42	–
Île Cook	–	–	26	1	1	0	–
Îles Marshall	<100	–	269	–	111	–	–
Îles Salomon	–	–	201	382	397	4	–
Kiribati	–	–	426	68	332	388	–
Malaisie	391	–	131	11 702	15 342	31	–
Micronésie, États fédérés de	–	–	123	367	98	–73	–
Mongolie	–	–	206	1 659	4 618	178	–
Nauru	–	–	156	7	11	57	–
Niue	–	–	87	0	–	–	–
Palaos	–	–	61	–	10	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 621	–	475	2 497	12 564	403	–
Philippines	<100	–	450	317 008	137 100	–57	–
République démocratique populaire lao	103	–	306	1 826	3 777	107	–
Samoa	–	–	27	44	24	–45	–
Singapour	158	–	28	1 591	1 356	–15	–
Tonga	–	–	32	23	18	–22	–
Tuvalu	–	–	495	23	12	–48	–
Vanuatu	–	–	84	140	76	–46	–
Viet Nam	421	260 000	235	50 203	94 994	89	3

Définitions des indicateurs

Prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans: nombre d'adultes de 15 à 49 ans infectés par le VIH pour 100 000 habitants.

Prévalence de la tuberculose: nombre de personnes déclarées tuberculeuses pour 100 000 habitants.

Proportion estimée de tuberculeux avec le VIH: nombre estimé de tuberculeux infectés par le VIH exprimé en pourcentage.

Sources

- **Prévalence du VIH/sida et de la tuberculose:** Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève.
- **Proportion de tuberculeux infectés par le VIH:** Organisation mondiale de la santé. 2007. *Tuberculose/VIH. Création de réseaux pour le changement de politiques: un manuel de formation pour le plaidoyer*. Genève.

Tableau 7 – Combien de personnes sont touchées par des catastrophes naturelles?

	Nombre de catastrophes naturelles 2006	Conséquences humaines				Pertes économiques 2000–2007 (en millions de dollars)
		Nombre total de personnes touchées 2000–2007	Nombre total de personnes touchées par type de catastrophe naturelle 2000–2007			
			Inondations	Sécheresses	Autres	
AFRIQUE						
Afrique du Sud	–	276 225	71 028	0	205 197	420 041
Algérie	2	348 478	137 368	0	211 110	5 323 517
Angola	3	565 714	503 694	0	62 020	10 000
Bénin	–	19 445	0	0	19 445	0
Botswana	1	166 000	143 736	0	22 264	5 000
Burkina Faso	3	83 237	37 730	0	45 507	0
Burundi	8	1 461 514	61 305	650 000	750 209	0
Cameroun	1	7 102	2 000	0	5 102	0
Cap-Vert	–	0	0	0	0	0
Comores	2	286 582	0	0	286 582	0
Congo, République démocratique du	–	–	–	–	–	9 000
Congo, République du	2	64 567	60 000	0	4 567	0
Côte d'Ivoire	2	4 852	0	0	4 852	0
Érythrée	–	2 307 013	7 013	2 300 000	0	0
Éthiopie	10	918 245	860 064	0	58 181	9 400
Gabon	–	110	0	0	110	0
Gambie	–	14 522	250	0	14 272	0
Ghana	–	149 614	146 225	0	3 389	0
Guinée	3	225 882	221 200	0	4 682	0
Guinée équatoriale	–	946	0	0	946	0
Guinée-Bissau	1	26 310	1 000	0	25 310	0
Kenya	10	24 072 497	1 066 808	23 002 000	3 689	538
Lesotho	–	3 835	0	0	3 835	0
Libéria	–	20 865	0	0	20 865	0
Madagascar	3	3 213 766	115 987	0	3 097 779	409 181
Malawi	5	1 050 512	1 005 290	0	45 222	7 700
Mali	4	40 696	38 879	0	1 817	0
Maurice	1	3 603	0	0	3 603	100 000
Mauritanie	2	72 204	69 619	0	2 585	0
Mozambique	4	6 022 291	5 901 266	0	121 025	456 300
Namibie	3	76 753	64 300	0	12 453	8 490
Niger	4	177 572	100 631	0	76 941	0
Nigéria	3	386 385	352 521	0	33 864	12 422
Ouganda	7	755 943	42 906	700 000	13 037	0
République centrafricaine	–	45 730	36 743	0	8 987	0
Rwanda	2	930 344	30 516	894 545	5 283	0
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	–
Sénégal	–	261 833	236 769	0	25 064	40 979
Seychelles	1	17 091	0	0	17 091	30 000
Sierra Leone	–	15 726	15 000	0	726	0
Swaziland	1	282 284	272 000	0	10 284	50
Tanzanie, République-Unie de	7	3 049 586	37 293	3 000 000	12 293	–
Tchad	2	198 794	175 763	0	23 031	1 000
Togo	1	4 851	2 000	0	2 851	0
Zambie	2	875 916	862 298	0	13 618	0
Zimbabwe	1	319 197	314 000	0	5 197	277 700
AMÉRIQUES						
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–
Argentine	1	553 406	539 947	0	13 459	1 673 210

Recueil de références

	Nombre de catastrophes naturelles 2006	Conséquences humaines			Pertes économiques 2000-2007 (en millions de dollars)	
		Nombre total de personnes touchées 2000-2007	Nombre total de personnes touchées par type de catastrophe naturelle 2000-2007			
			Inondations	Sécheresses		Autres
Bahamas	–	10 500	0	0	10 500	1 300 000
Barbade	–	4 880	0	0	4 880	5 000
Belize	–	82 570	0	0	82 570	327 540
Bolivie	2	635 131	593 535	0	41 596	347 000
Brésil	2	1 110 194	489 160	0	621 034	909 370
Chili	1	586 520	531 078	0	55 442	333 900
Colombie	3	1 947 963	1 908 410	0	39 553	10 000
Costa Rica	–	106 720	105 031	0	1 689	47 000
Cuba	2	9 109 275	37 775	0	9 071 500	3 200 200
Dominique	–	275	0	0	275	0
El Salvador	2	1 731 484	3 832	0	1 727 652	2 204 200
Équateur	3	728 158	129 770	0	598 388	179 775
Grenade	–	61 650	0	0	61 650	889 000
Guatemala	1	593 064	101 726	0	491 338	988 450
Guyana	1	309 774	309 774	0	0	634 100
Haïti	3	646 753	281 076	0	365 677	73 520
Honduras	1	202 814	6 374	0	196 440	248 500
Jamaïque	2	392 502	30 000	0	362 502	1 004 987
Mexique	7	4 161 545	80 940	65 000	4 015 605	9 370 600
Nicaragua	–	89 811	19 046	0	70 765	2 050
Panama	2	67 041	65 453	0	1 588	8 800
Paraguay	1	57 138	2 765	40 000	14 373	0
Pérou	3	4 591 881	168 015	0	4 423 866	300 050
République dominicaine	–	109 769	82 495	0	27 274	342 230
Sainte-Lucie	–	0	0	0	0	500
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	–	1 534	0	0	1 534	16 000
Suriname	1	25 000	25 000	0	0	0
Trinité-et-Tobago	–	1 760	0	0	1 760	1 000
Uruguay	–	16 712	12 700	0	4 012	275 000
Venezuela, République bolivarienne du	1	134 692	132 962	0	1 730	54 000

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	8	44 324 694	43 730 663	0	594 031	2 700 000
Bhoutan	–	1 000	1 000	0	0	0
Corée, République populaire démocratique de	2	1 190 985	553 404	0	637 581	6 029 400
Inde	22	197 482 184	189 290 635	0	8 191 549	18 965 412
Indonésie	21	7 551 578	2 736 764	0	4 814 814	9 214 010
Maldives	–	27 214	0	0	27 214	470 100
Myanmar	2	164 572	63 750	0	100 822	688
Népal	4	1 308 857	940 939	0	367 918	6 300
Sri Lanka	1	3 728 862	2 334 443	0	1 394 419	1 351 500
Thaïlande	4	11 255 123	11 063 918	0	191 205	1 054 663
Timor-Leste	1	12 624	3 558	0	9 066	–

EUROPE

Albanie	–	595 110	69 884	0	525 226	17 673
Arménie	–	0	0	0	0	0
Azerbaïdjan	–	34 794	31 500	0	3 294	65 000
Bélarus	1	1 820	0	0	1 820	30 300
Bosnie-Herzégovine	–	290 903	290 100	0	803	0

	Nombre de catastrophes naturelles 2006	Conséquences humaines				Pertes économiques 2000–2007 (en millions de dollars)
		Nombre total de personnes touchées 2000–2007	Nombre total de personnes touchées par type de catastrophe naturelle 2000–2007			
			Inondations	Sécheresses	Autres	
Bulgarie	4	12 914	12 200	0	714	477 880
Chypre	–	440	0	0	440	10 000
Croatie	1	2 250	2 050	0	200	277 750
Estonie	1	100	0	0	100	130 000
Fédération de Russie	5	948 174	860 304	0	87 870	2 648 573
Géorgie	1	23 246	3 190	0	20 056	352 156
Hongrie	2	46 123	45 823	0	300	148 000
Israël	–	549	0	0	549	2 750
Kazakhstan	–	67 920	31 168	0	36 752	9 162
Kirghizistan	2	24 486	2 050	0	22 436	4 160
Lettonie	1	102	0	0	102	325 000
Lituanie	1	0	0	0	0	30 000
Macédoine, ex-République yougoslave de	1	110 103	109 900	0	203	17 163
Malte	–	–	–	–	–	–
Moldova, République de	1	2 607 000	7 000	0	2 600 000	40 184
Ouzbékistan	–	1 500	1 500	0	0	0
Pologne	2	19 700	19 700	0	0	700 000
République tchèque	3	204 318	204 315	0	3	155 273
Roumanie	8	198 433	194 932	0	3 501	1 944 790
Serbie-et-Monténégro	3	49 441	48 390	0	1 051	0
Slovaquie	2	10 654	330	0	10 324	542 300
Slovénie	–	605	0	0	605	95 000
Tadjikistan	3	459 578	426 308	0	33 270	148 670
Turkménistan	–	0	0	0	0	0
Turquie	4	733 812	122 635	0	611 177	613 000
Ukraine	3	421 650	313 940	0	107 710	243 855

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	13	910 524	66 098	0	844 426	5 050
Arabie saoudite	–	14 118	13 547	0	571	0
Bahreïn	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1	200 419	100 000	100 000	419	0
Égypte	1	1 387	870	0	517	0
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–
Iran, République islamique d'	4	39 213 511	1 423 407	37 000 000	790 104	4 933 866
Iraq	3	67 910	67 910	0	0	1 300
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	0
Jordanie	–	237	0	0	237	0
Koweït	–	1	0	0	1	0
Liban	–	17 500	17 000	0	500	0
Maroc	3	316 832	28 367	275 000	13 465	1 553 009
Oman	–	20 083	0	0	20 083	51 000
Pakistan	9	17 625 793	9 205 612	2 200 000	6 220 181	5 743 530
Qatar	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	1	329 375	0	329 000	375	0
Somalie	9	2 190 561	875 820	1 200 000	114 741	20
Soudan	8	2 897 995	849 836	2 000 000	48 159	186 000
Tunisie	–	27 000	27 000	0	0	0
Yémen	2	6 820	6 341	0	479	0

	Nombre de catastrophes naturelles 2006	Conséquences humaines				Pertes économiques 2000–2007 (en millions de dollars)
		Nombre total de personnes touchées 2000–2007	Nombre total de personnes touchées par type de catastrophe naturelle 2000–2007			
			Inondations	Sécheresses	Autres	
PACIFIQUE OCCIDENTAL						
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–
Cambodge	3	6 625 235	6 625 235	0	0	175 100
Chine	39	633 081 359	378 252 190	0	254 829 169	48 808 327
Corée, République de	1	562 073	340 927	0	221 146	7 551 395
Fidji	2	35 992	824	0	35 168	34 500
Île Cook	–	1 352	0	0	1 352	0
Îles Marshall	–	218	0	0	218	0
Îles Salomon	–	7 535	0	0	7 535	0
Kiribati	–	–	–	–	–	–
Malaisie	5	390 865	343 156	0	47 709	80 900
Micronésie, États fédérés de	–	12 062	0	0	12 062	500
Mongolie	–	1 916 659	5 650	0	1 911 009	80 270
Nauru	–	–	–	–	–	–
Niue	–	702	0	0	702	40 000
Palaos	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	6	91 368	25 193	0	66 175	0
Philippines	20	26 340 777	1 375 815	0	24 964 962	1 382 315
République démocratique populaire lao	–	1 062 685	1 053 000	0	9 685	1 000
Samoa	–	0	0	0	0	1 500
Singapour	–	2 227	0	0	2 227	0
Tonga	–	16 500	0	0	16 500	51 300
Tuvalu	–	–	–	–	–	0
Vanuatu	1	68 312	3 001	0	65 311	0
Viet Nam	12	13 049 713	8 661 628	0	4 388 085	2 070 525

Définitions des indicateurs

Nombre de catastrophes naturelles, 2006: englobe toutes les catastrophes hydrométéorologiques et géologiques, y compris sécheresses, inondations, tremblements de terre, épidémies, températures extrêmes, éruptions volcaniques, raz-de-marée, incendies et cyclones.

Nombre de personnes touchées: personnes ayant besoin d'une assistance immédiate pour assurer leur survie: vivres, eau, abri, assainissement et assistance médicale urgente.

Pertes économiques: effet estimé sur l'économie locale sous forme de: i) coûts directs (dégâts causés aux infrastructures, aux cultures, aux logements); et ii) coûts indirects dus à la perte de revenus, au chômage et à la déstabilisation du marché.

Source

- Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes. 2007. EM_DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database. Document consultable sur le site: <http://www.em-dat.net>

Tableau 8 – Quelles solutions existent-t-il pour lutter contre la faim et la maladie?

	Promouvoir l'allaitement maternel et la maternité sans danger		Lutter contre la faim invisible			
	% de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-6 mois)	% de nourrissons qui reçoivent lait maternel et aliments complémentaires (6-9 mois)	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 5-59 mois (%)	Nombre de ménages consommant du sel iodé (%)	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu une thérapie par réhydratation orale (%)	Pertes économiques annuelles causées par des carences en micronutriments (% du PIB)
	1996-2005*	1996-2005*	2004	1998-2005*	1997-2006*	2004
AFRIQUE						
Afrique du Sud	7	46	37	38	89,1	0,4
Algérie	13	38	–	31	–	–
Angola	11	77	77	65	–	2,1
Bénin	38	66	94	28	60,9	1,1
Botswana	34	57	62	34	–	0,6
Burkina Faso	19	38	95	55	62,8	2
Burundi	62	46	94	4	–	2,5
Cameroun	24	79	81	12	56,7	0,8
Cap-Vert	57	64	–	100	–	–
Comores	21	34	7	18	–	–
Congo, République démocratique du	24	79	81	28	–	0,8
Congo, République du	19	78	94	–	53,5	1,9
Côte d'Ivoire	5	73	60	16	66,1	–
Érythrée	52	43	50	32	68,4	1,1
Éthiopie	49	54	52	72	37,1	1,7
Gabon	6	62	–	64	71,6	1,1
Gambie	26	37	27	92	–	1,3
Ghana	53	62	95	72	63,3	1,1
Guinée	27	41	95	32	56,7	1,4
Guinée équatoriale	24	–	–	67	–	–
Guinée-Bissau	37	36	64	98	–	1,5
Kenya	13	84	63	9	50,6	0,8
Lesotho	36	79	71	9	79,6	0,8
Libéria	35	70	95	–	–	1,2
Madagascar	67	78	89	25	58,1	0,8
Malawi	53	78	57	51	70,1	1,4
Mali	25	32	97	26	65,7	2,7
Maurice	21	–	–	100	–	–
Mauritanie	20	78	95	98	47,7	1,3
Mozambique	30	80	26	46	70,5	1,2
Namibie	19	57	–	37	65,8	0,8
Niger	1	56	–	85	52,9	1,7
Nigéria	17	64	85	3	40,2	0,7
Ouganda	63	75	68	5	53,1	1
République centrafricaine	17	77	79	14	–	–
Rwanda	90	69	95	10	31,9	1,1
Sao Tomé-et-Principe	56	53	76	26	–	–
Sénégal	34	61	95	59	52,5	1,3
Seychelles	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	4	51	95	77	–	1,4
Swaziland	24	60	86	41	–	0,6
Tanzanie, République-Unie de	41	91	94	57	70	–
Tchad	2	77	84	44	37,5	1,2
Togo	18	65	95	33	–	1
Zambie	40	87	50	23	66,9	1,3
Zimbabwe	33	90	20	7	79,7	0,7

	Promouvoir l'allaitement maternel et la maternité sans danger		Lutter contre la faim invisible			
	% de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-6 mois)	% de nourrissons qui reçoivent lait maternel et aliments complémentaires (6-9 mois)	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 5-59 mois (%)	Nombre de ménages consommant du sel iodé (%)	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu une thérapie par réhydratation orale (%)	Pertes économiques annuelles causées par des carences en micronutriments (% du PIB)
	1996-2005*	1996-2005*	2004	1998-2005*	1997-2006*	2004
AMÉRIQUES						
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-
Argentine	-	-	-	10	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-
Belize	24	54	-	10	-	-
Bolivie	54	74	42	10	66,4	0,5
Brésil	-	30	-	12	-	-
Chili	63	47	-	0	-	-
Colombie	47	65	-	8	70,1	-
Costa Rica	35	47	-	3	-	-
Cuba	41	42	-	12	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-
El Salvador	24	76	-	38	-	0,5
Équateur	35	70	-	1	-	-
Grenade	39	-	-	-	-	-
Guatemala	51	67	18	33	58,6	0,8
Guyana	11	42	-	-	-	-
Haïti	24	73	-	89	54,9	0,8
Honduras	35	61	40	20	66,8	0,7
Jamaïque	-	-	-	0	-	-
Mexique	-	-	-	9	-	-
Nicaragua	31	68	98	3	67,7	0,6
Panama	25	38	-	5	-	-
Paraguay	22	60	-	12	-	0,7
Pérou	64	81	-	9	70,6	0,5
République dominicaine	10	41	-	82	55	0,4
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	56	-	-	0	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	-	-	-	-
Suriname	9	25	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	2	19	-	99	-	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-
Venezuela, République bolivarienne du	7	50	-	10	-	0,5
ASIE DU SUD-EST						
Bangladesh	36	69	83	30	83,4	0,9
Bhoutan	-	-	-	5	-	1,6
Corée, République populaire démocratique de	65	31	95	60	-	-
Inde	37	44	51	43	-	1
Indonésie	40	75	73	27	60,6	0,5
Maldives	10	85	-	56	-	-
Myanmar	15	66	96	40	-	0,7
Népal	68	66	97	37	46,5	1,5
Sri Lanka	53	-	57	6	-	-
Thaïlande	4	71	-	37	-	0,4
Timor-Leste	31	82	43	28	-	-

	Promouvoir l'allaitement maternel et la maternité sans danger		Lutter contre la faim invisible			
	% de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-6 mois)	% de nourrissons qui reçoivent lait maternel et aliments complémentaires (6-9 mois)	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 5-59 mois (%)	Nombre de ménages consommant du sel iodé (%)	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu une thérapie par réhydratation orale (%)	Pertes économiques annuelles causées par des carences en micronutriments (% du PIB)
	1996-2005*	1996-2005*	2004	1998-2005*	1997-2006*	2004
EUROPE						
Albanie	6	24	-	38	-	-
Arménie	33	57	-	3	59,7	0,3
Azerbaïdjan	7	39	14	74	-	0,7
Bélarus	-	-	-	45	-	-
Bosnie-Herzégovine	6	-	-	38	-	-
Bulgarie	-	-	-	2	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-
Croatie	23	-	-	10	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	65	-	-
Géorgie	18	12	-	32	-	0,5
Hongrie	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	36	73	-	17	52,6	0,6
Kirghizistan	24	77	95	58	73,5	0,9
Lettonie	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-
Macédoine, ex-République yougoslave de	37	8	-	6	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	46	66	-	41	-	-
Ouzbékistan	19	49	86	43	-	1,2
Pologne	-	-	-	-	-	-
République tchèque	-	-	-	-	-	-
Roumanie	16	41	-	47	-	-
Serbie-et-Monténégro	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-
Tadjikistan	41	91	98	72	-	1,2
Turkménistan	13	71	-	0	-	0,7
Turquie	21	38	-	36	-	0,7
Ukraine	22	-	-	68	-	-
MÉDITERRANÉE ORIENTALE						
Afghanistan	-	-	96	72	-	2,3
Arabie saoudite	31	60	-	-	-	-
Bahreïn	34	65	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-
Égypte	38	67	-	22	35,7	0,5
Émirats arabes unis	34	52	-	-	-	-
Iran, République islamique d'	44	-	-	6	-	0,3
Iraq	12	51	-	60	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	10	-	-
Jordanie	27	70	-	12	63,9	-
Koweït	12	26	-	-	-	-
Liban	27	35	-	8	-	0,4
Maroc	-	-	-	-	54	0,2
Oman	-	92	95	39	-	-
Pakistan	16	31	95	83	-	1,7

	Promouvoir l'allaitement maternel et la maternité sans danger		Lutter contre la faim invisible			
	% de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-6 mois)	% de nourrissons qui reçoivent lait maternel et aliments complémentaires (6-9 mois)	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A 5-59 mois (%)	Nombre de ménages consommant du sel iodé (%)	Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu une thérapie par réhydratation orale (%)	Pertes économiques annuelles causées par des carences en micronutriments (% du PIB)
	1996-2005*	1996-2005*	2004	1998-2005*	1997-2006*	2004
Qatar	12	48	–	–	–	–
République arabe syrienne	81	50	–	21	–	0,5
Somalie	9	13	6	–	–	–
Soudan	16	47	70	99	–	–
Tunisie	47	–	–	3	–	–
Yémen	12	76	20	70	64,6	1,3

PACIFIQUE OCCIDENTAL

Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–
Cambodge	12	72	72	86	74,1	1,4
Chine	51	32	–	7	–	0,2
Corée, République de	–	–	–	–	–	–
Fidji	47	–	–	69	–	–
Îles Cook	19	–	–	–	–	–
Îles Marshall	63	–	24	–	–	–
Îles Salomon	65	–	–	–	–	–
Kiribati	80	–	58	–	–	–
Malaisie	29	–	–	–	–	–
Micronésie, États fédérés de	60	–	74	–	–	–
Mongolie	51	55	93	25	–	0,6
Nauru	–	–	–	–	–	–
Niue	–	–	–	–	–	–
Palaos	59	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	59	74	32	–	–	0,5
Philippines	34	58	85	44	58,9	0,7
République démocratique populaire lao	23	10	48	25	–	1,1
Samoa	–	–	–	–	–	–
Singapour	–	–	–	–	–	–
Tonga	62	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	50	–	–	–	–	–
Viet Nam	15	–	95	17	74	0,6

Définitions des indicateurs

Allaitement maternel exclusif: enfants alimentés exclusivement au lait maternel.

Nourrissons recevant lait maternel et aliments complémentaires: les aliments complémentaires sont des aliments solides ou semi-solides donnés en plus du lait maternel.

Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant bénéficié d'une thérapie par réhydratation orale: proportion d'enfants âgés de 0 à 59 mois atteints de diarrhée (pendant deux semaines avant l'enquête) traités par thérapies par réhydratation orale ou solution similaire.

Pertes économiques causées par des carences en micronutriments: pertes économiques estimées compte tenu des décès, de l'invalidité causée et des pertes de productivité.

Note

Lorsqu'une période est suivie d'un astérisque, cela indique que les chiffres se réfèrent à la dernière année de cette période pour laquelle des données sont disponibles.

Sources

- **Allaitement maternel et maternité sans danger:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2006. *La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes.* New York.
- UNICEF End Decade Database – Integrated Management of Childhood Illness (IMCI).
- **Pertes dues aux carences en vitamines:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2004. *Vitamin and Mineral Deficiency. A Global Progress Report.* New York.
- **Taux de couverture en vitamine A et consommation de sel iodé:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2006. *La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes.* New York.
- **Enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant bénéficié d'une thérapie par réhydratation orale:** Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007.* Genève.
- **Pertes économiques causées par les carences en micronutriments:** Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2004. *Vitamin and Mineral Deficiency. A Global Progress Report.* New York.

Tableau 9 – Quelles ressources sont consacrées à la réduction de la faim et de la maladie?

	Dépenses du secteur national de la santé				Tendances de l'Assistance publique au développement (APD)		Aide alimentaire	
	Débours en pourcentage des dépenses de santé privées (%)	Montant total des dépenses de santé par habitant (en dollars)	Dépenses de santé publiques par habitant (en dollars)	Montant total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (%)	APD nette reçue (en millions)	APD reçue en % du RNB	Livraisons mondiales d'aide alimentaire (en milliers de tonnes)	Part de l'aide alimentaire totale livrée par le PAM (%)
	2004	2004	2004	2004	2005	2005	2006	2006
AFRIQUE								
Afrique du Sud	17,2	390,2	157,5	8,6	700	0,30	–	–
Algérie	94,6	93,9	68,1	3,6	371	0,38	20	100
Angola	100	25,5	20,3	1,9	442	1,73	23	79
Bénin	99,9	24,2	12,4	4,9	349	8,20	15	42
Botswana	27,9	328,6	206,7	6,4	71	0,80	–	–
Burkina Faso	97,9	24,2	13,3	6,1	660	12,78	43	28
Burundi	100	3	0,8	3,2	365	46,79	74	89
Cameroun	94,5	50,7	14,2	5,2	414	2,50	10	36
Cap-Vert	99,8	97,8	74,1	5,2	161	17,05	25	7
Comores	100	13,2	7,5	2,8	25	6,64	–	–
Congo, République démocratique du	100	4,7	1,3	4	1 828	27,54	90	74
Congo, République du	100	27,6	13,6	2,5	1 449	36,82	12	22
Côte d'Ivoire	88,7	33	7,9	3,8	119	0,78	27	100
Érythrée	100	9,9	3,9	4,5	355	36,32	42	–
Éthiopie	78,3	5,6	2,9	5,3	1 937	17,39	619	68
Gabon	100	231,3	159,1	4,5	54	0,74	–	–
Gambie	68,2	18,5	5	6,8	58	13,06	14	35
Ghana	78,2	27,2	11,5	6,7	1 120	10,63	59	13
Guinée	99,5	21,8	2,9	5,3	182	6,89	25	56
Guinée équatoriale	75,1	168,2	129,6	1,6	39	–	–	–
Guinée-Bissau	90	8,7	2,4	4,8	79	27,33	9	73
Kenya	81,9	20,1	8,6	4,1	768	4,27	385	93
Lesotho	18,2	49,4	41,6	6,5	69	3,84	16	95
Libéria	98,5	8,6	5,5	5,6	236	54,12	49	86
Madagascar	52,5	7,3	4,3	3	929	18,75	44	15
Malawi	35,2	19,3	14,4	12,9	575	28,37	201	39
Mali	99,5	23,8	11,7	6,6	691	14,08	47	42
Maurice	80,8	222,3	121,6	4,3	32	0,50	–	–
Mauritanie	100	14,5	10,1	2,9	190	10,43	29	57
Mozambique	38,5	12,3	8,4	4	1 286	20,78	129	31
Namibie	18,1	189,8	131	6,8	123	1,99	7	59
Niger	85,1	8,6	4,5	4,2	515	15,17	97	63
Nigéria	90,4	23	7	4,6	6 437	7,41	–	–
Ouganda	51,3	19	6,2	7,6	1 198	14,02	1	100
République centrafricaine	95,4	13,2	4,9	4,1	95	6,97	14	72
Rwanda	36,9	15,5	8,8	7,5	576	27,39	44	75
Sao Tomé-et-Principe	100	47,8	41,2	11,5	32	58,56	1	100
Sénégal	94,5	39,4	15,9	5,9	689	8,44	31	41
Seychelles	62,5	534,4	402,5	6,1	19	2,83	–	–
Sierra Leone	100	6,6	3,9	3,3	343	29,58	29	51
Swaziland	40,2	145,8	93,1	6,3	46	1,67	13	100
Tanzanie, République-Unie de	83,2	12	5,2	4	1 505	12,48	232	90
Tchad	95,8	19,6	7,2	4,2	380	8,55	70	96
Togo	84,9	17,9	3,7	5,5	87	4,00	86	100
Zambie	71,4	29,6	16,2	6,3	945	14,21	89	100
Zimbabwe	48,7	27,2	12,5	7,5	368	11,55	176	100
AMÉRIQUES								
Antigua-et-Barbuda	100	485,3	342,7	4,8	7	–	–	–
Argentine	48,7	382,9	173,5	9,6	100	0,06	–	–

Recueil de références

	Dépenses du secteur national de la santé				Tendances de l'Assistance publique au développement (APD)		Aide alimentaire	
	Débours en pourcentage des dépenses de santé privées (%)	Montant total des dépenses de santé par habitant (en dollars)	Dépenses de santé publiques par habitant (en dollars)	Montant total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (%)	APD nette reçue (en millions)	APD reçue en % du RNB	Livraisons mondiales d'aide alimentaire (en milliers de tonnes)	Part de l'aide alimentaire totale livrée par le PAM (%)
	2004	2004	2004	2004	2005	2005	2006	2006
Bahamas	40,3	1 211	606,7	6,8	–	–	–	–
Barbade	78,6	744,8	473,3	7,1	– 2	–	0,15	100
Belize	100	200,5	107,8	5,1	13	–	–	–
Bolivie	82,5	65,8	40	6,8	583	6,50	109	9
Brésil	64,2	289,5	156,6	8,8	192	0,03	–	–
Chili	45,9	359	168,7	6,1	152	0,14	–	–
Colombie	49	168,3	144,7	7,8	511	0,44	19	90
Costa Rica	88,7	289,7	223,2	6,6	30	–	–	–
Cuba	74,5	229,8	201,8	6,3	88	–	5	100
Dominique	100	215,1	153,3	5,9	15	–	–	–
El Salvador	94,2	183,8	81,6	7,9	199	–	19	24
Équateur	85,4	127,3	51,9	5,5	210	0,61	31	4
Grenade	100	292,9	213,2	6,9	45	–	–	–
Guatemala	90,5	126,9	52	5,7	254	–	79	41
Guyana	100	55,9	46,7	5,3	137	18,64	–	–
Haïti	69,6	33	12,7	7,6	515	–	116	21
Honduras	84,3	77,1	42,3	7,2	681	–	72	3
Jamaïque	63,6	175,6	95,3	5,2	36	–	–	–
Mexique	94,4	424,3	196,8	6,5	189	–	0	–
Nicaragua	95,9	67,1	31,6	8,2	740	–	42	28
Panama	82,5	342,7	229,3	7,7	20	–	–	–
Paraguay	72,2	88,4	29,8	7,7	51	0,63	–	–
Pérou	79,2	103,7	48,6	4,1	398	0,54	62	4
République dominicaine	73,1	148,1	46,8	6	77	–	–	–
Sainte-Lucie	100	232,4	151,1	5	11	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	100	500,4	316	5,2	4	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	100	210,2	132,8	6,1	5	–	–	–
Suriname	60,2	194,2	89,3	7,8	44	3,78	–	–
Trinité-et-Tobago	88,5	329,3	128,1	3,5	– 2	–	–	–
Uruguay	31,1	314,7	136,9	8,2	15	0,09	–	–
Venezuela, République bolivarienne du	88,3	195,6	82,1	4,7	49	0,04	–	–

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	88,3	13,7	3,8	3,1	1 321	2,10	209	34
Bhoutan	100	15,4	9,9	4,6	90	10,96	3	100
Corée, Rép. populaire démocratique de	100	0,3	0,2	3,5	81	–	223	8
Inde	93,8	31,4	5,4	5	1 724	0,22	143	39
Indonésie	74,7	32,5	11,1	2,8	2 524	0,91	91	88
Maldives	100	180,1	146,7	7,7	67	8,54	6	–
Myanmar	99,4	4,5	0,6	2,2	145	–	27	85
Népal	88,1	14,1	3,7	5,6	428	5,81	66	75
Sri Lanka	84	42,5	19,4	4,3	1 189	5,13	42	100
Thaïlande	74,7	88,1	57	3,5	– 171	–0,10	–	–
Timor-Leste	25,6	43,5	34,3	11,2	185	26,74	11	99

EUROPE

Albanie	99,8	157,1	69,3	6,7	319	3,73	–	–
Arménie	89,2	63	16,5	5,4	193	3,91	9	81
Azerbaïdjan	93,6	37,2	9,3	3,6	223	2,04	90	6
Bélarus	72,7	146,7	109,8	6,2	54	0,18	–	–

	Dépenses du secteur national de la santé				Tendances de l'Assistance publique au développement (APD)		Aide alimentaire	
	Débours en pourcentage des dépenses de santé privées (%)	Montant total des dépenses de santé par habitant (en dollars)	Dépenses de santé publiques par habitant (en dollars)	Montant total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (%)	APD nette reçue (en millions)	APD reçue en % du RNB	Livraisons mondiales d'aide alimentaire (en milliers de tonnes)	Part de l'aide alimentaire totale livrée par le PAM (%)
	2004	2004	2004	2004	2005	2005	2006	2006
Bosnie-Herzégovine	100	197,6	97,5	8,3	546	5,71	–	–
Bulgarie	98	250,8	144,4	8	–	–	–	–
Chypre	93,4	1 109,4	491,2	5,8	–	–	–	–
Croatie	93,8	609,4	493,8	7,7	125	0,35	–	–
Estonie	88,8	462,8	351,7	5,3	–	–	–	–
Fédération de Russie	76,7	244,7	150,1	6	–	–	17	87
Géorgie	87,2	60	16,4	5,3	310	4,70	18	48
Hongrie	88	800,2	573	7,9	–	–	–	–
Israël	75	1 533,5	1 073,4	8,7	–	–	–	–
Kazakhstan	100	109,1	65,3	3,8	229	0,45	–	–
Kirghizistan	94,3	23,7	9,7	5,6	268	11,37	0	–
Lettonie	98,3	417,8	236,7	7,1	–	–	–	–
Lituanie	96,8	423,8	318,1	6,5	–	–	–	–
Macédoine, ex-République yougoslave de	100	211,6	150,3	8	230	4,04	–	–
Malte	90,2	1 239,4	942,8	9,2	–	–	–	–
Moldova, République de	96	45,7	26	7,4	192	5,85	28	–
Ouzbékistan	96,2	23,2	10,8	5,1	172	1,27	–	–
Pologne	89,6	410,7	281,9	6,2	–	–	–	–
République tchèque	95,5	770,8	687,2	7,3	–	–	–	–
Roumanie	93,4	177,6	117,4	5,1	–	–	–	–
Serbie-et-Monténégro	88,2	–	–	10,1	1 132	4,26	–	–
Slovaquie	73,1	565,1	416,9	7,2	–	–	–	–
Slovénie	39,5	1 438,2	1 087	8,7	–	–	–	–
Tadjikistan	97,3	14,1	3	4,4	241	10,79	68	38
Turkménistan	100	124,4	85,7	4,8	28	–	–	–
Turquie	69,1	324,8	234,7	7,7	464	0,13	–	–
Ukraine	90,5	89,7	50,9	6,5	410	0,51	–	–

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	97,7	13,5	2,3	4,4	2 775	38,55	150	94
Arabie saoudite	26,4	412	315,1	3,9	26	0,01	–	–
Bahreïn	69,3	619,8	416,6	4	–	–	–	–
Djibouti	98,6	53,1	36,7	6,3	79	10,09	11	82
Égypte	94,3	66	25,2	6,1	926	–	29	16
Emirats arabes unis	71	711,2	497,4	2,9	–	–	–	–
Iran, République islamique d'	94,8	157,8	75,4	6,6	104	0,05	1	44
Iraq	100	57,7	45,3	5,3	21 654	–	4	67
Jamahiriya arabe libyenne	100	195,4	146,3	3,8	–	–	–	–
Jordanie	73,8	199,9	96,7	9,8	622	4,70	109	2
Koweït	90,4	632,8	490,8	2,8	–	–	–	–
Liban	82,2	670,2	183,6	11,6	243	1,16	35	38
Maroc	76	82,2	28,2	5,1	652	–	–	–
Oman	57,1	294,6	239,9	3	31	–	–	–
Pakistan	98	13,6	2,7	2,2	1 666	1,54	92	86
Qatar	86,4	992,4	759	2,4	–	–	–	–
République arabe syrienne	100	57,8	27,4	4,7	78	0,30	3	100
Somalie	–	–	–	–	236	–	179	47
Soudan	98,1	24,7	8,7	4,1	1 829	7,10	497	89
Tunisie	83	175	91,2	6,2	376	–	–	–
Yémen	95,5	33,9	13	5	336	2,61	114	17

	Dépenses du secteur national de la santé				Tendances de l'Assistance publique au développement (APD)		Aide alimentaire	
	Débours en pourcentage des dépenses de santé privées (%)	Montant total des dépenses de santé par habitant (en dollars)	Dépenses de santé publiques par habitant (en dollars)	Montant total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (%)	APD nette reçue (en millions)	APD reçue en % du RNB	Livraisons mondiales d'aide alimentaire (en milliers de tonnes)	Part de l'aide alimentaire totale livrée par le PAM (%)
	2004	2004	2004	2004	2005	2005	2006	2006
PACIFIQUE OCCIDENTAL								
Brunéi Darussalam	100	473,2	377	3,2	–	–	–	–
Cambodge	85,4	23,6	6,1	6,7	538	10,39	25	91
Chine	86,5	70,1	26,6	4,7	1 757	0,08	–	–
Corée, République de	80,4	776,9	408,5	5,5	–	–	–	–
Fidji	100	147,6	92	4,6	64	2,28	–	–
Îles Cook	100	334,9	292,7	3,5	8	–	–	–
Îles Marshall	100	271,9	263,8	15,2	57	31,43	–	–
Îles Salomon	55,9	34,8	32,9	5,9	198	70,51	–	–
Kiribati	100	111,9	104,1	13,7	28	19,95	–	–
Malaisie	74,1	180,1	105,9	3,8	32	0,03	–	–
Micronésie, États fédérés de	40	155,8	133,6	7,6	106	43,89	–	–
Mongolie	92,3	37,3	24,8	6	212	11,57	34	–
Nauru	100	346,8	253,2	8,1	9	–	–	–
Niue	100	1 225,2	1 210,8	15,1	21	–	–	–
Palaos	100	655,8	598,1	9,7	23	15,76	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	46,4	30,4	25,7	3,6	266	6,64	–	–
Philippines	77,9	36,1	14,4	3,4	562	0,53	33	27
République démocratique populaire lao	90,3	16,8	3,4	3,9	296	11,17	12	46
Samoa	78	108,9	83,6	5,3	44	11,23	–	–
Singapour	96,9	942,9	321	3,7	–	–	–	–
Tonga	84,9	117,1	93,1	6,3	32	13,01	–	–
Tuvalu	16,5	355,3	336,7	16,6	9	–	–	–
Vanuatu	57,5	58	44,5	4,1	39	11,98	–	–
Viet Nam	88	30	8,1	5,5	1 905	3,69	–	–

Définitions des indicateurs

Débours en pourcentage des dépenses de santé privées: rapport entre les débours des ménages et le montant total des dépenses privées, qui est défini comme la somme des dépenses de santé consacrées aux régimes privés d'assurance-maladie et mutuelles santé, des dépenses de santé des entreprises, des dépenses des institutions sans but lucratif principalement au service des ménages et des débours des ménages.

Dépenses publiques de santé: somme des dépenses des entités publiques pour l'achat de services et de biens de santé. Cela comprend les dépenses de santé effectuées par tous les échelons de l'administration et celles des organismes de sécurité sociale, ainsi que les dépenses directes des organisations paraétatiques et des sociétés publiques. Les dépenses de santé englobent la consommation finale, les subventions accordées aux producteurs et les transferts aux ménages, principalement sous la forme de remboursements de frais médicaux et pharmaceutiques. Elles incluent les dépenses courantes et les dépenses d'équipement, y compris les transferts de capitaux, effectués durant l'année et les dons de l'extérieur, essentiellement sous la forme de subventions qui passent par l'administration publique ou de prêts transitant par le budget national. Exprimées en dollars.

Dépenses totales de santé: il s'agit de la somme des dépenses de santé publiques et privées dans une année donnée, exprimée en dollars. Elle englobe les dépenses consacrées au maintien, au rétablissement et à l'amélioration de l'état de santé de la population, payées en espèces ou en nature.

Produit intérieur brut (PIB): il s'agit de la valeur totale des biens et services produits dans un pays par les résidents et non-résidents. Il correspond à la somme totale des dépenses – consommation et investissement – des agents privés et publics de l'économie durant l'année de référence.

Aide publique au développement (APD) nette reçue: montant total net de l'aide publique au développement provenant des pays membres du Comité d'aide au développement, des organisations multilatérales et des pays non membres du Comité d'aide au développement.

Revenu national brut (RNB): valeur totale calculée aux prix du marché des soldes des revenus primaires de tous les secteurs; le RNB est identique au PIB, tel qu'il était utilisé auparavant dans les comptes nationaux.

Livraisons mondiales d'aide alimentaire: livraisons internationales d'aide alimentaire en 2006, calculées sur la base des expéditions effectuées pendant l'année, exprimées en milliers de tonnes; céréales en équivalent grains. Cela n'inclut pas l'aide alimentaire nationale, qui est financée par le pays bénéficiaire.

Part de l'aide alimentaire totale livrée par le PAM: quantité totale d'aide alimentaire, en tonnes, livrée par le PAM en 2006.

Sources

- **Recettes de l'APD, RNB:** Organisation de coopération et de développement économiques. 2006. *Annexe statistique* de la publication *Coopération pour le développement, Rapport 2006*. Paris. Document consultable sur le site: www.oecd.org/dac/stats/dac/dcranex.
- **Dépenses du secteur de la santé:** Organisation mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève.
- **Aide alimentaire.** Programme alimentaire mondial. 2007. Système international d'information sur l'aide alimentaire (INTERFAIS). Rome. Document consultable sur le site: www.wfp.org/interfa.

Tableau 10 – Progrès accomplis dans la réalisation des OMD d'ici 2015

	OMD 1 - Réduire l'extrême pauvreté et la faim		OMD 4 - Réduire la mortalité infantile		OMD 5 - Réduire la mortalité maternelle
	Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim		Cible 5 - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		Cible 6 - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
	Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou sévère	Population sous-alimentée	Mortalité infantile (0-1 an)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	Mortalité maternelle
	1990-2006**	1990-2003**	1990-2005	1990-2005	1990-2000
AFRIQUE					
Afrique du Sud	-	-	-0,33	-0,20	0,00
Algérie	-	0,00	0,56	0,65	0,17
Angola	0,65	0,69	0,00	0,00	-0,18
Bénin	-	0,60	0,30	0,28	0,19
Botswana	-	-0,61	-1,40	-1,60	0,80
Burkina Faso	-0,15	0,38	0,23	0,14	-0,10
Burundi	-0,38	-0,79	0,00	0,00	0,31
Cameroun	0,00	0,48	-0,04	-0,11	-0,44
Cap-Vert	-	-	0,63	0,63	-
Comores	-0,70	-	0,60	0,61	0,66
Congo, République démocratique du	0,05	-2,65	0,00	0,00	-0,18
Congo, République du	1,01	0,74	0,04	0,03	0,57
Côte d'Ivoire	0,47	0,44	-0,22	-0,36	0,20
Érythrée	0,32	-0,15	0,65	0,70	0,73
Éthiopie	0,50	0,49	0,25	0,29	0,52
Gabon	-	1,00	0,00	0,02	0,21
Gambie	0,82	-0,45	0,09	0,17	0,68
Ghana	0,62	1,35	0,14	0,12	-31,39
Guinée	-	0,77	0,49	0,56	0,72
Guinée équatoriale	-	-	-0,29	-0,31	-0,10
Guinée-Bissau	-	-	0,28	0,31	-0,28
Kenya	0,54	0,41	-0,35	-0,36	-0,72
Lesotho	0,10	0,59	-0,32	-0,15	0,13
Libéria	-	-0,88	0,00	0,00	-0,48
Madagascar	0,20	-0,17	0,42	0,44	-0,16
Malawi	0,46	0,64	0,69	0,72	-2,95
Mali	-	0,07	0,21	0,19	0,00
Maurice	2,00	0,00	0,57	0,52	1,07
Mauritanie	0,72	0,67	0,12	0,09	-0,10
Mozambique	0,43	0,64	0,55	0,57	0,44
Namibie	-	0,65	0,35	0,42	0,25
Niger	-0,05	0,44	0,32	0,30	-0,44
Nigéria	0,47	0,62	0,25	0,23	0,27
Ouganda	0,35	0,42	0,23	0,23	0,36
République centrafricaine	0,40	0,20	-0,19	-0,22	-0,76
Rwanda	0,62	0,33	-0,22	-0,26	-0,10
Sao Tomé-et-Principe	-	-	0,00	0,00	-
Sénégal	0,66	0,00	0,22	0,12	0,57
Seychelles	2,00	-	0,44	0,47	-
Sierra Leone	-	-0,17	0,09	0,10	-
Swaziland	-	-0,71	-0,62	-0,68	0,45
Tanzanie, République-Unie de	0,84	-0,38	0,38	0,36	-1,26
Tchad	0,25	0,86	-0,09	-0,04	0,36
Togo	-	0,48	0,17	0,13	-
Zambie	-0,27	0,04	-0,01	-0,02	0,27
Zimbabwe	0,00	0,00	-0,79	-0,98	-1,24
AMÉRIQUES					
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-

Recueil de références

	OMD 1 - Réduire l'extrême pauvreté et la faim		OMD 4 - Réduire la mortalité infantile		OMD 5 - Réduire la mortalité maternelle
	Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim		Cible 5 - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		Cible 6 - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
	Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou sévère	Population sous-alimentée	Mortalité infantile (0-1 an)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	Mortalité maternelle
	1990-2006**	1990-2003**	1990-2005	1990-2005	1990-2000
Argentine	-0,42	-	0,63	0,57	0,40
Bahamas	-	-	0,69	0,72	0,53
Barbade	-	-	0,32	0,38	-1,61
Belize	-	-	0,92	0,98	-
Bolivie	0,96	0,36	0,62	0,72	0,47
Brésil	0,94	0,67	0,57	0,68	-0,24
Chili	1,36	1,00	0,79	0,79	0,72
Colombie	0,99	0,35	0,65	0,63	-0,40
Costa Rica	2,00	0,67	0,47	0,50	0,73
Cuba	-	-	0,68	0,69	0,87
Dominique	-	-	0,20	0,18	-
El Salvador	1,20	0,17	0,77	0,83	0,67
Équateur	1,25	0,75	0,73	0,84	0,18
Grenade	-	-	0,65	0,65	1,33
Guatemala	0,93	-0,88	0,70	0,71	-0,27
Guyana	0,70	1,14	0,40	0,43	-
Haïti	0,96	0,55	0,26	0,30	0,43
Honduras	1,04	0,09	0,44	0,48	0,67
Jamaïque	0,65	0,57	0,00	0,00	0,37
Mexique	1,52	0,00	0,61	0,62	0,33
Nicaragua	0,58	0,20	0,63	0,68	-0,58
Panama	1,20	-0,38	0,44	0,44	-2,55
Paraguay	-	0,33	0,59	0,66	-0,08
Pérou	1,03	1,43	0,93	0,99	-0,62
République dominicaine	1,18	0,00	0,72	0,78	-0,48
Sainte-Lucie	-	-	0,60	0,50	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	0,60	0,67	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	-	-	0,34	0,30	-
Suriname	-	0,46	0,21	0,28	-
Trinité-et-Tobago	0,69	0,31	0,59	0,64	-0,30
Uruguay	0,38	1,14	0,45	0,60	1,02
Venezuela, République bolivarienne du	0,75	-1,27	0,38	0,33	0,47

ASIE DU SUD-EST

Bangladesh	0,70	0,29	0,69	0,77	0,74
Bhoutan	1,26	-	0,59	0,82	0,98
Corée, Rép. populaire démocratique de	-	-1,89	0,00	0,00	0,06
Inde	0,42	0,40	0,50	0,60	0,07
Indonésie	0,89	0,67	0,80	0,91	0,86
Maldives	0,68	-	0,87	0,93	-
Myanmar	0,17	1,00	0,26	0,29	0,51
Népal	0,23	0,30	0,66	0,73	0,68
Sri Lanka	0,78	0,43	0,81	0,84	0,46
Thaïlande	1,42	0,60	0,63	0,65	1,04
Timor-Leste	-	-	0,90	0,97	-0,04

EUROPE

Albanie	-2,20	-0,40	0,85	0,90	0,21
Arménie	-0,55	0,88	0,75	0,78	-0,13
Azerbaïdjan	-0,77	1,41	0,18	0,23	-4,36

	OMD 1 - Réduire l'extrême pauvreté et la faim		OMD 4 - Réduire la mortalité infantile		OMD 5 - Réduire la mortalité maternelle
	Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim		Cible 5 - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		Cible 6 - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
	Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou sévère	Population sous-alimentée	Mortalité infantile (0-1 an)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	Mortalité maternelle
	1990-2006**	1990-2003**	1990-2005	1990-2005	1990-2000
Bélarus	-	-	0,35	0,44	0,04
Bosnie-Herzégovine	-	0,00	0,42	0,48	-
Bulgarie	-	-0,25	0,30	0,25	-0,25
Chypre	-	-	0,90	0,88	-11,20
Croatie	-	1,13	0,68	0,63	-
Estonie	-	1,33	0,75	0,84	0,10
Fédération de Russie	-	0,50	0,59	0,57	0,18
Géorgie	-	1,41	0,07	0,06	0,04
Hongrie	-	-	0,80	0,79	0,84
Israël	-	-	0,75	0,75	-1,14
Kazakhstan	-	-	-0,28	-0,24	-2,17
Kirghizistan	-	1,62	0,22	0,24	0,00
Lettonie	-	0,00	0,54	0,58	-0,70
Lituanie	-	-	0,45	0,46	0,63
Macédoine, ex-République yougoslave de	-	1,07	0,82	0,83	-
Malte	-	-	0,67	0,68	-
Moldova, République de	-	-2,40	0,80	0,90	0,53
Ouzbékistan	-	-4,50	0,18	0,21	0,75
Pologne	-	-	1,03	0,92	0,63
République tchèque	-	-	1,09	1,04	0,53
Roumanie	-	-	0,61	0,58	0,74
Serbie-et-Monténégro	-	-2,00	0,75	0,70	1,33
Slovaquie	-	-1,00	0,63	0,64	-
Slovénie	-	0,00	0,94	0,90	-0,41
Tadjikistan	-	-3,55	0,61	0,67	0,31
Turkménistan	-	0,67	-0,02	-0,11	0,58
Turquie	0,65	-	0,92	0,97	0,81
Ukraine	-	-	0,47	0,52	0,32

MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Afghanistan	-	-	0,03	0,02	-0,16
Arabie saoudite	-	0,00	0,60	0,61	1,10
Bahreïn	2,00	-	0,60	0,63	0,60
Djibouti	-0,09	-	0,42	0,28	-0,37
Égypte	0,96	0,50	0,95	1,02	0,67
Émirats arabes unis	-	-	0,50	0,54	-1,44
Iran, République islamique d'	-	0,00	0,64	0,75	0,49
Iraq	-0,17	-	-2,33	-2,25	0,26
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	0,73	0,80	0,75
Jordanie	0,88	-1,50	0,50	0,53	0,97
Koweït	1,64	1,58	0,54	0,47	0,78
Liban	-	-	0,23	0,28	0,67
Maroc	-0,08	0,00	0,72	0,83	0,85
Oman	0,92	-	0,90	0,94	0,72
Pakistan	0,44	0,08	0,32	0,36	-0,63
Qatar	-	-	0,21	0,29	-
République arabe syrienne	0,50	0,40	0,90	0,99	0,15
Somalie	-	-	0,00	0,00	0,42
Soudan	-0,27	0,26	0,24	0,38	0,14
Tunisie	1,02	-	0,77	0,81	0,39
Yémen	-0,85	-0,18	0,34	0,42	0,79

	OMD 1 - Réduire l'extrême pauvreté et la faim		OMD 4 - Réduire la mortalité infantile		OMD 5 - Réduire la mortalité maternelle
	Cible 2: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim		Cible 5 - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		Cible 6 - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
	Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée ou sévère	Population sous-alimentée	Mortalité infantile (0-1 an)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	Mortalité maternelle
	1990-2006**	1990-2003**	1990-2005	1990-2005	1990-2000
PACIFIQUE OCCIDENTAL					
Brunéi Darussalam	-	-	0,30	0,27	0,51
Cambodge	0,33	0,47	-0,34	-0,37	0,67
Chine	1,30	0,50	0,59	0,67	0,55
Corée, République de	-	-	0,56	0,67	1,13
Fidji	-	-	0,54	0,63	0,22
Îles Cook	-	-	0,52	0,56	-
Îles Marshall	-	-	0,29	0,55	-
Îles Salomon	-	-	0,55	0,81	-
Kiribati	-	-	0,39	0,39	-
Malaisie	0,70	0,00	0,56	0,68	0,65
Micronésie, États fédérés de	-	-	-0,46	-0,53	-
Mongolie	1,22	0,35	0,75	0,82	-0,92
Nauru	-	-	-	-	-
Niue	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	0,96	1,01	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	0,39	0,40	0,90
Philippines	0,76	0,54	0,59	0,70	0,38
République démocratique populaire lao	0,35	0,55	0,73	0,77	0,00
Samoa	-	-	0,60	0,63	1,33
Singapour	1,54	-	0,86	1,00	-0,67
Tonga	-	-	0,35	0,38	-
Tuvalu	-	-	0,34	0,48	-
Vanuatu	-	-	0,53	0,58	1,33
Viet Nam	0,81	0,90	0,87	0,96	0,25

Légende: En progrès et en bonne voie En progrès mais pas en bonne voie En régression

Définitions des indicateurs

Les progrès vers la réalisation des OMD ont été déterminés en supposant que les progrès vers la cible de chaque indicateur sont linéaires. L'approche suivante a été utilisée pour déterminer si les pays sont en bonne voie de réaliser les cibles des OMD et pour quantifier les accomplissements à ce jour.

1. Progrès accomplis pour chaque indicateur entre 1990, l'année de départ, et 2006 ou la dernière année pour laquelle des données sont disponibles** (2006-1990).
2. Progrès nécessaires pour réaliser la cible fixée pour chaque indicateur d'ici 2015, en utilisant 1990 comme année de départ (2015-1990).
3. Diviser (1) par (2):
$$\frac{(2006 - 1990)}{(2015 - 1990)}$$

Les résultats ont été interprétés comme suit:

- Un résultat négatif indique que le pays régresse.
- Un résultat nul indique qu'aucun progrès n'a été accompli.
- Un résultat entre 0 et 0,5 indique que le pays progresse, mais pas assez rapidement pour réaliser la cible d'ici 2015.
- Un résultat supérieur à 0,5 indique que le pays est en bonne voie.
- Un résultat égal à 1 indique que la cible a été réalisée.

Pour les indicateurs relatifs à la faim (OMD 1, cible 2), la cible pour 2015 a été calculée en divisant le chiffre de départ de 1990 par 2:

$$\text{Cible pour 2015} = \frac{\text{chiffre de départ 1990}}{2}$$

Pour les indicateurs relatifs à la mortalité infantile (OMD 4), la cible pour 2015 a été calculée en divisant le chiffre de départ de 1990 par 3:

$$\text{Cible pour 2015} = \frac{\text{chiffre de départ 1990}}{3}$$

Pour les indicateurs relatifs au taux de mortalité maternelle (OMD 5), la cible de 2015 a été calculée en divisant le chiffre de départ de 1990 par 4:

$$\text{Cible pour 2015} = \frac{\text{chiffre de départ 1990}}{4}$$

Les données de départ de 1990 relatives à l'indicateur de l'insuffisance pondérale sont basées sur les estimations publiées dans le *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, no. 21, 2 juin 2004.

Note

Lorsqu'une période est suivie de deux astérisques, cela indique que des progrès ont été accomplis pour chaque indicateur entre l'année de départ et la dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

Sigles et abréviations

Glossaire

Bibliographie

Notes

Établissement des coûts des solutions essentielles

Méthodologie de cartographie

Sigles et abréviations

ACV	analyse et cartographie de la vulnérabilité	OMD	objectif du Millénaire pour le développement
APD	aide publique au développement	OMS	Organisation mondiale de la santé
BID	Banque interaméricaine de développement	ONG	organisation non gouvernementale
CAC	Comité administratif de coordination	ONU-HABITAT	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
CREDE	Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes	OPS	Organisation panaméricaine de la santé
DOTS	traitement de brève durée sous surveillance directe	PAM	Programme alimentaire mondial
DPT3	vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos en trois doses	PFRDV	pays à faible revenu et à déficit vivrier
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	PIB	produit intérieur brut
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
JUNJI	<i>Junta Nacional de Jardines Infantiles</i> (Conseil national des jardins d'enfants)	RDC	République démocratique du Congo
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	RNB	revenu national brut
OIE	Organisation mondiale de la santé animale	Sida	syndrome d'immunodéficience acquise
		UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
		UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
		USAID	Agency for International Development
		VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Accès à l'alimentation (au niveau des ménages)

Capacité d'un ménage de se procurer régulièrement des quantités suffisantes d'aliments au moyen de sa production propre et de ses stocks, d'achats, de troc, de dons, d'emprunts ou d'aide alimentaire.

Adolescence

Âge compris entre 10 et 19 ans. Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la faim en raison des effets conjugués d'une activité physique accrue, de mauvaises habitudes alimentaires ou d'un accès inadéquat à des aliments nutritifs, et d'un accès inégal à des moyens de subsistance sûrs et améliorés.

Charge de morbidité

Fardeau que représente la maladie pour une société au-delà du coût immédiat du traitement, mesuré en années de vie perdues pour cause de maladie et représentant la différence entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie ajustée en fonction des infirmités.

Dénutrition

Manifestation physique de la faim résultant de carences graves en un ou plusieurs macronutriments et micronutriments. Ces carences empêchent le bon fonctionnement de l'organisme, par exemple croissance, grossesse, lactation, travail physique, capacité d'apprendre, résistance à la maladie et guérison.

Diarrhée

Symptôme d'une infection causée par une bactérie, un virus ou un parasite, dont la plupart sont transmis par l'eau contaminée. Il s'agit généralement d'une affection bénigne de courte durée, mais une diarrhée aiguë sévère peut entraîner une perte importante de fluides, la déshydratation et la mort.

Disponibilités alimentaires

Quantité d'aliments qui se trouvent matériellement présents dans un pays ou une région, production nationale, importations commerciales et aide alimentaire confondues.

DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)

Stratégie internationale recommandée pour la lutte contre la tuberculose afin de faire face aux problèmes suscités par cette maladie, qui donne accès à des médicaments et à une surveillance; elle s'adresse aux patients souffrant de la tuberculose/VIH et de la tuberculose multipharmacorésistante.

Écart réduit (Z score)

Mesure indiquant la place d'une valeur individuelle par rapport à une population de référence. Il s'agit de l'écart entre une valeur individuelle et la moyenne d'une population de référence, divisé par l'écart-type de la distribution de la population de référence.

Émaciation

Indicateur de dénutrition aiguë qui reflète un processus récent et sévère ayant entraîné une perte de poids considérable. L'émaciation résulte habituellement d'une famine ou d'une maladie et est étroitement liée à la mortalité. Elle est calculée en comparant le rapport poids-taille d'une personne avec une population de référence de personnes bien nourries.

Espérance de vie

Le nombre d'années qu'un nouveau-né peut s'attendre à vivre s'il est soumis aux risques de mortalité auxquels est exposée chaque tranche d'âge de la population.

Faim

Situation dans laquelle un être humain manque tant des macronutriments (énergie et protéines) que des micronutriments (vitamines et minéraux) nécessaires pour pouvoir mener une vie pleinement productive, active et saine. La faim peut être un phénomène éphémère ou un problème chronique à plus long terme. Elle produit des effets allant de modérés à sévères. Elle peut résulter du fait qu'une personne ne consomme pas assez de nutriments ou que son organisme n'est pas capable de les absorber. Elle peut aussi résulter d'une alimentation déficiente et de pratiques de puériculture inadéquates.

Grippe aviaire

Maladie infectieuse causée par des virus grippaux de type A. Elle se rencontre dans le monde entier. On pense que les virus de la grippe aviaire peuvent toucher toutes les espèces d'oiseaux; de nombreux oiseaux sauvages sont porteurs de ces virus mais ne présentent aucun symptôme de la maladie.

Indice de masse corporelle

Indicateur utilisé pour évaluer l'état nutritionnel des adultes et des adolescents. Il est calculé en divisant le poids d'un individu, en kilogrammes, par le carré de sa taille, mesurée en mètres:
$$\frac{\text{poids}}{\text{taille}^2}$$

Adulte en surpoids: indice de masse corporelle >25
Adulte présentant une insuffisance pondérale: indice de masse corporelle <18,5.

Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire, ou l'absence de sécurité alimentaire, est une situation qui suppose soit la faim (par suite de problèmes de disponibilité, d'accès et d'utilisation), soit la vulnérabilité à la faim à l'avenir.

Insuffisance pondérale à la naissance

Poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes.

Macronutriments

Ces nutriments comprennent les glucides, les protéines et les lipides. Ils constituent la majeure partie du régime alimentaire et l'intégralité de l'apport énergétique.

Maladie

Toute altération de la structure normale ou de la fonction d'une partie quelconque de l'organisme, d'un organe ou d'un système qui se manifeste par des symptômes.

- *Maladie chronique*
Maladie qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: elle est de longue durée; elle laisse une invalidité résiduelle; elle est causée par une altération pathologique irréversible; elle exige une formation spéciale du patient en vue de sa réadaptation; ou elle risque de nécessiter une longue période de surveillance, d'observation ou de soins.
- *Maladie clinique*
Maladie reconnaissable par ses manifestations cliniques ou symptômes; distincte de toute maladie subclinique asymptomatique. Le diabète, par exemple, peut être subclinique chez certains patients avant de devenir une maladie clinique.
- *Maladie de carence*
Affection causée par une carence alimentaire ou métabolique; cette catégorie comprend les maladies causées par un apport insuffisant en nutriments essentiels.
- *Maladie infectieuse*
Maladie causée par une bactérie, un virus, un champignon, un parasite ou un agent transmissible non conventionnel. L'agent infectieux se transmet par les aliments et les boissons, par voie aérienne ou par contact avec les liquides biologiques. Une fois dans l'organisme, il se reproduit rapidement et infecte ensuite d'autres personnes. Certaines maladies infectieuses sont bénignes, d'autres sont mortelles et parfois incurables.
- *Maladie non transmissible*
Une maladie qui n'est pas causée par un pathogène. Cette catégorie comprend les

maladies génétiques, comme le syndrome de Down et l'hémophilie, et celles qui sont liées au mode de vie ou à l'environnement, telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer de la peau.

Maladies transmises par des vecteurs

Le paludisme, la dengue et la fièvre dengue hémorragique ainsi que la fièvre du Nil occidental sont indirectement causés par les inondations qui conduisent à la formation d'étendues d'eau stagnante dans lesquelles les moustiques se reproduisent.

Malnutrition

État physique dans lequel un individu connaît soit des carences nutritionnelles (dénutrition), soit un excédent de certains nutriments (surnutrition).

- *Malnutrition aiguë*
Malnutrition protéino-énergétique causée par un déficit alimentaire récent et sévère ou par une maladie qui a entraîné une perte considérable de poids ou un œdème nutritionnel. Il existe divers degrés et étapes de malnutrition aiguë, souvent distingués comme suit: malnutrition sévère, malnutrition modérée et malnutrition aiguë globale.
- *Malnutrition aiguë globale*
Pourcentage d'enfants dont le rapport poids-taille est inférieur au seuil de -2 écarts-types (ou < -80 pour cent de la médiane) ou qui souffrent d'œdèmes nutritionnels. La malnutrition aiguë est parfois appelée malnutrition "totale".
- *Malnutrition modérée*
Pourcentage d'enfants dont le rapport poids-taille est inférieur au seuil de -3 à -2 écarts-types (ou 70 à 80 pour cent en dessous de la médiane).
- *Malnutrition protéino-énergétique*
Situation affectant le plus souvent les enfants âgés de 6 mois à 5 ans causée par un apport énergétique insuffisant ou résultant d'infections qui provoquent une perte d'appétit tout en augmentant les besoins et les pertes de nutriments. Le *kwashiorkor* touche généralement les enfants âgés de 1 à 4 ans, bien qu'on le rencontre aussi chez les adolescents et les adultes. Cette maladie se manifeste essentiellement par la présence d'œdèmes. En raison de ceux-ci, les enfants souffrant du *kwashiorkor* peuvent paraître "rondelets", donnant à leurs parents l'impression d'être bien nourris. Le marasme résulte d'une période prolongée de famine; il peut également résulter d'infections chroniques ou récurrentes conjuguées à un apport énergétique insuffisant. Il se manifeste principalement par une émaciation sévère.

- **Malnutrition sévère**

Pourcentage d'enfants dont le rapport poids-taille est inférieur au seuil de -3 écarts-types (ou <70 pour cent de la médiane).

Micronutriments

Ces nutriments contiennent toutes les vitamines et les minéraux qui, en quantité trace, sont essentiels à la vie.

Morbidité

Incidence ou prévalence d'une maladie parmi une population donnée.

Morbidité maternelle

Toutes les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement. Il convient de noter que la majorité des problèmes de santé maternelle interviennent après la grossesse.

Morbidité périnatale

Ensemble des complications affectant le fœtus/nourrisson et la mère. La santé périnatale de la jeune mère est menacée par des complications pouvant potentiellement affecter à la fois la mère et le fœtus; l'un ou l'autre peut décéder de complications dont l'origine remonte à la petite enfance de la femme.

Mortalité

Nombre de décès parmi une population à risque durant une période spécifiée.

Mortalité périnatale

Nombre total de morts fœtales de la 22^e semaine de grossesse au septième jour après la naissance.

Moyens de subsistance

Tous les moyens et avoirs (y compris les ressources à la fois matérielles et sociales) et activités nécessaires pour subsister.

Paludisme

Maladie causée par un parasite appelé *Plasmodium*, qui se transmet par les piqûres de moustiques infectés. Les parasites se reproduisent dans le foie et infectent ensuite les globules rouges. Les symptômes du paludisme, qui incluent fièvre, maux de tête, frissons et nausée, se manifestent entre 10 et 15 jours après la piqûre de moustique. S'il n'est pas traité, le paludisme peut rapidement mettre la vie en danger en perturbant la circulation du sang dans les organes vitaux.

Personnes âgées

Personnes de 60 ans et plus. En Afrique, une personne âgée est traditionnellement définie comme ayant entre 50 et 65 ans, selon les régions.

Petite enfance

Période de vie allant, aux fins du présent rapport, de 0 à 5 ans.

Présence de la maladie

Prévalence: proportion d'une population touchée par la maladie à un moment donné.

Incidence: nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population durant une période spécifiée.

Produit intérieur brut

Somme du montant brut de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents à l'économie, y compris le commerce de distribution et les transports, plus les taxes sur les produits et moins les subventions non incluses dans la valeur des produits.

Obésité

Excès de masse grasse dans le corps. L'obésité morbide se définit par un excès de poids d'environ 50 kilogrammes ou un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40. L'obésité est associée à de nombreuses maladies et directement liée à des taux de mortalité accrus et à une réduction de l'espérance de vie.

Retard de croissance

Indicateur de malnutrition chronique calculé en comparant le rapport taille-âge d'un enfant et une population de référence d'enfants bien nourris et en bonne santé. La prévalence de retards de croissance reflète l'état nutritionnel à long terme d'une population.

Revenu national brut

Valeur totale des biens et des services produits dans un pays. Il est égal au PIB plus les revenus de l'étranger, principalement intérêts et dividendes, moins les paiements équivalents versés aux autres pays.

Santé

État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé permet aux individus de mener une vie productive tant sur le plan social qu'économique.

Sécurité alimentaire

Situation qui existe lorsque tous les habitants d'un pays ou d'une région sont à tout moment à l'abri de la faim. Le concept de sécurité alimentaire permet de mieux comprendre les causes de la faim. La sécurité alimentaire comporte quatre éléments:

- disponibilité (quantité d'aliments disponibles dans une région);

- accès (capacité pour un ménage de se procurer des aliments);
- utilisation (capacité de l'individu de sélectionner, de consommer et d'absorber les nutriments que contiennent les aliments; et
- vulnérabilité (risques matériels, environnementaux, économiques, sociaux et sanitaires qui peuvent affecter la disponibilité, l'accès et l'utilisation des aliments).

Soins

Temps, attention et soutien accordés par les familles ou les communautés afin de répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux des enfants et autres membres de la famille.

Sous-alimentation

Situation dans laquelle l'apport énergétique d'un individu est continuellement inférieur au minimum requis pour lui permettre de mener une vie pleinement productive, active et saine. Elle est déterminée au moyen d'un indicateur indirect qui consiste à estimer la question de savoir si les aliments disponibles dans un pays sont suffisants pour couvrir les besoins énergétiques (mais pas les besoins en protéines, en vitamines et en minéraux) de la population. À la différence de la dénutrition, il ne s'agit pas de l'évaluation d'un résultat effectif.

Taux brut de mortalité

Nombre de décès pour 1 000 habitants

Taux brut de natalité

Nombre de naissances pour 1 000 habitants.

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Nombre de décès entre la naissance et l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile

Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes jusqu'à, mais non compris, l'âge de 1 an.

Taux de mortalité maternelle

Nombre de décès de femmes imputables à des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale

Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes intervenus au cours des 28 jours suivant la naissance.

Taux de mortalité post-néonatale

Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes intervenus après la période néonatale de 28 jours

suyant la naissance jusqu'à, mais non compris, l'âge de 1 an, et enregistrés sur une période déterminée.

Traitement antirétroviral

Administration d'au moins trois médicaments antirétroviraux différents afin d'empêcher au virus de l'immunodéficience humaine de se reproduire. Ce traitement est aussi connu sous le nom de traitement antirétroviral hautement actif. Le traitement antirétroviral ne guérit pas la maladie. Il s'agit d'un traitement à vie, proposé dans le cadre d'un ensemble intégré de soins qui comprend: dépistage volontaire et accompagnement psychologique; dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose et des infections opportunistes; prévention de la transmission de la mère à l'enfant; et traitement des femmes enceintes.

Troubles de croissance

Impossibilité pour un jeune enfant d'atteindre sa taille potentielle après sa naissance, qui constitue une indication physique que l'enfant ne reçoit pas les macronutriments et les micronutriments nécessaires.

Tuberculose

Maladie contagieuse. Comme le rhume commun, elle se transmet par voie aérienne. Seules les personnes aux poumons infectés sont contagieuses. Il suffit d'inhaler un petit nombre de ces bactéries, appelées bacilles, pour être infecté.

Utilisation des aliments

Sélection et ingestion des aliments et absorption des nutriments par l'organisme.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus qui affaiblit les défenses de l'organisme contre la maladie. Le VIH rend l'organisme vulnérable à plusieurs infections et cancers susceptibles de mettre la vie en danger; il peut se transmettre d'une personne à une autre. Le VIH cause une diminution progressive des défenses immunitaires et prédispose la personne infectée au syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). Le sigle VIH/sida est utilisé comme terme général pour désigner une personne infectée par le VIH, que le diagnostic clinique du sida ait été posé ou non. Plus le système immunitaire est déprimé, plus le risque de décéder d'infections opportunistes est grand.

Vulnérabilité

Présence de facteurs qui risquent d'exposer une personne à la faim.

Première partie

Australian Institute of Health and Welfare 2007.

What Influences the Life Expectancy of a Population?

Document consultable à l'adresse: http://www.aihw.gov.au/mortality/data/life_expectancy.cfm

Banque interaméricaine de développement. 1999.

Facing Up to Inequality in Latin America. Report on

Economic and Social Progress in Latin America, 1998–1999. Document consultable à l'adresse:

http://www.iadb.org/exr/english/PRESS_PUBS/ipintr.htm

Banque mondiale. 2006. *Repositioning Nutrition as*

Central to Development: A Strategy for Large-Scale

Action. Washington. Document consultable à l'adresse:

<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/NutritionStrategy.pdf>

___ 2007. *Global Monitoring Report 2007: Millennium Development Goals. Confronting the Challenges of Gender Equality and Fragile States.* Washington, Banque mondiale.

Barker, D.J.P. 1998. *Mothers, Babies and Health in Later*

Life. Edimbourg, Royaume-Uni, Churchill Livingstone.

Barnes, S. 2007. This month balance profiles: Jeanne

Moe, Director of Project Archaeology. *Bozeman Daily Chronicle*, 2 janvier: 23.

Bermudez, O. et Dwyer, J. 1999. Identifying elders at

risk of malnutrition: A universal challenge. CAC/Sous-

Comité de la nutrition. *SCN News*, 19 décembre 1999.

Blum, R. W. 1991. Global trends in adolescent health.

Journal of the American Medical Association, 265(20): 2711–2719.

Center for Disease Control. 2004. Mean body weight,

height and body mass index 1960–2002. *Advance Note*,

347:1–8. Document consultable à l'adresse:

<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad347.pdf>

Centre de recherche sur l'épidémiologie des

catastrophes. 2007a. Disaster data: A balanced

perspective. *CRED Crunch* (8), mars 2007. *Université*

catholique de Louvain. Document consultable à l'adresse:

<http://www.em-dat.net>

___ 2007b. *Emergency Disasters Data Base – Trends.*

Document consultable à l'adresse: <http://www.em-dat.net/disasters/profiles.php>

Cohen, M. N. et Armelagos, G. J. 1984. Paleopathology

at the origins of agriculture. In W. Nicholson. 1999.

Longevity and Health in Ancient Paleolithic vs. Neolithic

Peoples: Not What You May have Been Told. Document

consultable à l'adresse:

<http://www.beyondveg.com/nicholson-w/angel-1984/angel-1984-1a.shtml>

Division de la population des Nations Unies. 2007.

United Nations Population Information Network (POPIN).

New York. Document consultable à l'adresse:

<http://www.un.org/popin/>

Division Statistiques des Nations Unies. 2007.

Millennium Development Goals Indicators. New York.

Document consultable à l'adresse:

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Defaults.aspx>

Engle, P. 1999. The role of caring practices and resources

for care in child survival, growth and development: South

and Southeast Asia. *Asian Development Review*, 17 (1 et

2):132–167. Manille, Banque asiatique de développement.

Fonds des Nations Unies pour la population. 2005.

The State of the World Population – the Promise of

Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the

Millennium Development Goals. New York, UNFPA.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2000.

Evaluation Report – SEN 2002/001: *Impacts Socio-*

Economiques du VIH/SIDA sur les Enfants: Le Cas du

Sénégal. Document consultable à l'adresse:

http://www.unicef.org/evaldatabase/index_14243.html

___ 2004. *Children on the Brink, 2004.* New York,

UNICEF.

___ 2006a. *Progress for Children. A Child Survival Report*

Card on Nutrition. New York, UNICEF.

___ 2006b. *La situation des enfants dans le monde 2007*

– Femmes et enfants: le double dividende de l'égalité des

sexes. New York, UNICEF.

___ 2007. *Malaria.* New York. Document consultable à

l'adresse: [http://www.unicef.org/health/](http://www.unicef.org/health/index_malaria.html)

[index_malaria.html](http://www.unicef.org/health/index_malaria.html)

Gautam, K.C. 2006. Nutrition: A life-cycle approach to

support the Millennium Development Goals. In Comité

permanent de la nutrition. 2006. *Tackling the Double*

Burden of Malnutrition: A Global Agenda. *SCN News* No.

32.

Gillespie, S. 2001. Empowering women to achieve food

security: Health and nutrition. *2020 Focus*, 6(08).

Washington, IFPRI. Document consultable à l'adresse:

www.ifpri.org/2020/focus/focus06/focus06_08.asp

Global Health Council. 2007. *Women's Health:*

Maternal Health. Document consultable à l'adresse:

http://www.globalhealth.org/view_top.php?id=225

Gordon, B., Mackay, R. et Rehfuess, E. 2004. *Inheriting*

the World: The Atlas of Children's Health and the

Environment. Document consultable à l'adresse:

<http://www.who.int/ceh/publications/en/atlas.pdf>

Gwatkin, D.R. 2005. How much would the poor gain

from faster progress towards the Millennium

Development Goals for health? *Lancet*, 365: 813–817.

Document consultable à l'adresse: <http://www.lancet.com>

Holben, D.H. 2005. The Concept and Definition of Hunger and Its Relationship to Food Insecurity. Athens, OH, Université d'Ohio. Document consultable à l'adresse: http://www7.nationalacademies.org/cnstat/Concept_and_Definition_of_Hunger_Paper.pdf

Initiative visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants. 2006. *Cadre d'action général*. Projet révisé. Rome, PAM et New York, UNICEF.

Ismail, S. et Manandhar, M. 1999. *Better Nutrition for Older People – Assessment and Action*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, et Help Age International.

Krishna, A., Kristjanson, P., Odero, A. et Nindo, W. 2004. Escaping poverty and becoming poor in 20 Kenyan Villages. *Journal of Human Development*, 5(2).

Lindstrand, A., Bergström, S., Rosling, H., Rubenson, B., Stenson, B. et Tylleskar, T. 2006. *Global Health: An Introductory Textbook*. Copenhague, Narayana Press.

Margallo, S. 2005. Addressing gender in conflict and post-conflict situations in the Philippines. In F. Baingana, I. Bannon et R. Thomas. *Mental Health and Conflicts: Conceptual Framework and Approaches. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, février 2005. Washington, Banque mondiale.

Martorell, R. et Habitch, J-P. 1986. Growth in early childhood in developing countries. In T. P. Schultz. 2003. *Human Capital, Schooling and Health Returns. Economic Growth Center Discussion Paper Series No.* 853. Document consultable à l'adresse: http://www.econ.yale.edu/growth_pdf/cdp853.pdf

Mason, J.B. 2002. Supplement: History of food and nutrition in emergency relief. Lessons on nutrition of displaced people. *Journal of Nutrition*, 132: 2096S–2103S.

McCormick, M.C. 1985. The contribution of low birthweight to infant mortality and childhood morbidity. *New England Journal of Medicine*, 312: 82–90.

Millman, S. et Kates, R.W. 1990. Toward understanding hunger. In L.F. Newman et al., eds. 1990. *Hunger in History: Food Shortage, Poverty, and Deprivation*. Cambridge, MA, Blackwell.

Mills, A. et Shillcutt, S. 2004. *Communicable Diseases. Copenhagen Consensus Challenge Paper*. Document consultable à l'adresse: <http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=158>

Milton, K. 2000. Hunter-gatherer diets: A different perspective. *The American Journal of Clinical Nutrition*,

71(3): 665–667. Document consultable à l'adresse: <http://www.ajcn.org/>

Nestel, P. 2000. *Strategies, Policies, and Programs to Improve the Nutrition of Women and Girls*. Projet. Washington. Projet d'assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition (FANTA), Academy for Educational Development. Document consultable à l'adresse: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/StrategiesPoliciesPrograms_Nestel.pdf

Newman, L.F., Boegehold, A., Heeley, D., Kates, R.W. et Raaflaub, K. 1990. Agricultural intensification, urbanization and hierarchy. In L.F. Newman et al. eds. 1990. *Hunger in History: Food Shortage, Poverty, and Deprivation*. 1990. Cambridge, MA, Blackwell.

Organisation de coopération et de développement économiques. 2007. *Portail des statistiques*. Paris. Document consultable à l'adresse: http://www.oecd.org/statsportal/0,3352,fr_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html

Organisation des Nations Unies. 2007. *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2007*. New York. Document consultable à l'adresse: http://www.un.org/french/millenniumgoals/docs/mdg_2007.pdf

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 2001. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2001*. Rome, FAO.
____ 2003. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2003*. Rome, FAO.
____ 2005. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2005*. Rome, FAO.
____ 2006a. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2006*. Rome, FAO.
____ 2006b. *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2006: L'aide alimentaire pour la sécurité alimentaire?* Rome, FAO.

Organisation mondiale de la santé. 1997. *New Report Confirms Global Spread of Drug-Resistant Tuberculosis*. Communiqué de presse 74 de l'OMS, 22 octobre.
____ 2005. *La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/mdg/publications/mdg_report/fr/
____ 2006. *Le Rapport sur la santé dans le monde: Travailler ensemble pour la santé*. Genève, OMS.
____ 2007a. *Core Health Indicators – Statistiques sanitaires mondiales*. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/whosis/whostat2007/fr/index.html>
____ 2007b. *Vers un accès universel: Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé*. Rapport de situation, avril 2007. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_fr.pdf
____ 2007c. *Tuberculosis (TB) – Frequently asked questions*

about TB and HIV. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/tb/hiv/faq/en/>
 ____ 2007d. *WHO Report 2007. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning and Financing*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
 ____ 2007e. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/whosis/whostat2007/fr>

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 1995. *Action for Joint Adolescent Health: Towards a Common Agenda. Recommendations from a Joint Study Group*. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/WHO_FRH_ADH_97.9_en.pdf

Organisation panaméricaine de la santé. 2007. *Health of the Indigenous Peoples Initiative, Strategic Directions and Plan of Action 2003–2007*. Document consultable à l'adresse: <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/Plan2003-2007-eng.doc>

Programme alimentaire mondial. 2002. *VAM Standard Analytical Framework Guideline. Role and Objectives of VAM Activities to Support WFP Food-Oriented Interventions*. Rome, PAM.
 ____ 2004. *La nutrition en période de crise: l'expérience du PAM et les difficultés à surmonter*. WFP/EB.A/2004/5-A/3. Rome, PAM.
 ____ 2005. *Hunger Inequalities in Latin America and the Caribbean: Reworking Social Programmes in the Face of Globalization*. Panama, PAM.
 ____ 2006a. WFP emergency needs assessment report: Pre-crisis information. *Executive Brief: Liberia*, 23 septembre 2006. Rome, PAM.
 ____ 2006b. Édition 2006 de la collection *La faim dans le monde – La faim et la capacité d'apprendre*. Rome, PAM et Palo Alto, CA, Université Stanford.
 ____ 2007. Kenya's refugee camps. *WFP Latest News – In Depth*. Document consultable à l'adresse: http://www.wfp.org/newsroom/in_depth/africa/kenya/050307_kenya_kakuma.asp?section=2&sub_section=2

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. 2006. *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2006*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Fr.pdf

Programme des Nations Unies pour le développement. 2005. *Sub-Saharan Africa – the human costs of the 2015 "business-as-usual" scenario*. *Human Development Report 2005*. New York. Document consultable à l'adresse: http://hdr.undp.org/docs/events/Berlin/Background_paper.pdf

Projet du Millénaire des Nations Unies – Équipe spéciale chargée de la lutte contre la faim. 2005. *Halving Hunger: It Can be Done*. Principaux auteurs: P. Sanchez, M.S. Swaminathan, P. Dobie et N. Yuksel. New York. Document consultable à l'adresse: http://www.unmillenniumproject.org/documents/HTF-SumVers_FINAL.pdf

Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies. 2007. *Achieving the Millennium Development Goals for Health: So Far, Progress is Mixed – Can We Reach Our Targets?* Washington, Groupe de la Banque mondiale. Document consultable à l'adresse: <http://www.dcp2.org/file/67/DCPP%20-%20MDGs.pdf>

Richards, A.I. 2003. *Hunger and Work in a Savage Tribe: A Functional Study of Nutrition among the Southern Bantu*. Londres, Routledge.

Russell, S.A. 2005. *Hunger: An Unnatural History*. New York, Basic Books Inc.

Salleh, M.N. 2001. *Globegance: We can have enough food*. *United Nations Chronicle*, édition en ligne. Document consultable à l'adresse: <http://www.un.org/Pubs/chronicle/2001/issue3/0103p44.html>

Schroeder, D. 2001. *Malnutrition*. In R.D. Semba et M.W. Bloem eds. 2001. *Nutrition and Health in Developing Countries*. Totowa, NJ, Humana Press.

Schultz, T.P. 2002. Wage gains associated with height as a form of health human capital. *American Economic Review* 92(2): 349–353. In T.P. Schultz. 2003. *Human Capital, Schooling and Health Returns*. *Economic Growth Center Discussion Paper Series*, No. 853. Document consultable à l'adresse: http://www.econ.yale.edu/growth_pdf/cdp853.pdf

Scrimshaw, N.S., Munoz, J.A., Tandon, O.B. et Guzman, M.A. 1959. Growth and development of Central American children II: The effect of oral administration of vitamin B12 to rural children of pre-school and school age. *American Journal of Clinical Nutrition*, 7(2): 180–184.

Semba, R.D. 2001. Nutrition and development: A historical perspective. In R.D. Semba et M.W. Bloem eds. 2001. *Nutrition and Health in Developing Countries*. Totowa, NJ, Humana Press.

Shaw, G.B. (1856–1950). *Back to Methuselah*. Document consultable à l'adresse: <http://en.proverbia.net/citasautor.asp?autor=16652>

Siega-Riz, A.M., Adair, L.S. et Hobel, C.J. 1994. Institute of Medicine maternal weight gain recommendations and pregnancy outcome in a predominantly Hispanic population. *Obstetrics and Gynecology*, 84: 565–573.

Spurr, G.B., Bares-Nieto, M. et Maksud, M.G. 1977. Productivity and maximal oxygen consumption in sugar cane cutters. *American Journal of Clinical Nutrition*, 30: 316–321.

Waldman, R. 2005. Public health in war: Pursuing the impossible. *International Health*, 27(1): 1–5.

Webb, P. et Rogers, B. 2003. Addressing the “In” in Food Insecurity. *USAID Occasional Paper No. 1*. Document consultable à l’adresse: http://www.dec.org/pdf_docs/PNACS926.pdf

Whitehead, J. W. 1983. *The Stealing of America*. Westchester, NY, Crossway Books.

Yach, D. 1998. Health and illness: The definition of the World Health Organization. Document consultable à l’adresse: <http://www.medezin-ethik.ch>

Intermezzo 1: “Description générale des carences en micronutriments”

Basu, S., Sengupta, B. et Roy Paladhi, P.K. 2003. Single megadose vitamin A supplementation of Indian mothers and morbidity in breastfed young infants. *Postgraduate Medical Journal*, 79: 397–402.

Caulfield, L.E. et Black, R.E. 2004. Zinc Deficiency. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.L.J. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks*. Genève, OMS.

Dugdale, M. 2001. Anaemia. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 28(2): 363 – 381.

Green, N.S. 2002. Folic acid supplementation and prevention of birth defects. *Journal of Nutrition* 132 (8 Supplement): 2356S–2360S.

Gupta, H. et Gupta, P. 2004. Neural tube defects and folic acid. *Indian Pediatrics*, 41: 577.

Johnson, W.G., Scholl, T.O., Spychala, J.R., Buyske, S., Stenroos, E.S. et Chen, X. 2005. Common dihydrofolate reductase 19-base pair deletion allele: A novel risk factor for preterm delivery. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3): 664–668.

Organisation mondiale de la santé. 2002. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève. Document consultable à l’adresse: <http://www.who.int/whr/2002/fr/>

Rice, A.L., West Jr., K.P. et Black, R.E. 2004. Vitamin A Deficiency. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.L.J. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks*. Genève, OMS.

Sanghvi, T., Ross, J. et Heyman, H. 2007. Why is reducing vitamin and mineral deficiencies critical for development? The links between VMDs and survival, health, education, and productivity. *Food and Nutrition Bulletin*, 28(1) (Supplement): S170.

Stoltzfus, R.J., Mullany, L. et Black, R.E. 2004. Iron deficiency anaemia. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.L.J. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks*. Genève, OMS.

Intermezzo 2: Joan Holmes, Présidente du Hunger Project 2007. “Les femmes et l’élimination de la faim – un lien inextricable”.

Food Corporation of India. 2007. Stock management. New Delhi, Gouvernement indien. Document consultable à l’adresse: http://fciweb.nic.in/stock_management/stock_management.htm

Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture. 2006. *L’état de l’insécurité alimentaire dans le monde 2006*. Rome, FAO.

Organisation mondiale de la santé. 2002. *Death and DALY estimates for 2002 by Cause for WHO Member States*. Document consultable à l’adresse: <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/en>

Osmani, S. et Sen, A. 2003. The hidden penalties of gender inequality: Fetal origins of ill health. *Economics and Human Biology*, 1: 105–121.

Ramalingaswami, V., Jonsson, U. et Rohde, J. 1996. The Asian enigma. In *The Progress of Nations*. New York, UNICEF.

Smith, L. et Haddad, L. 2000. Overcoming child malnutrition in developing countries: Past achievements and future choices. *IFPRI Discussion Paper No. 30*. Washington, IFPRI.

Intermezzo 3: Patrick Webb, Responsable des affaires académiques, École Friedman des sciences et politiques de la nutrition, Université Tufts et Andrew Thorne-Lyman, Nutritionniste en santé publique, PAM. 2007. “La faim et la maladie dans les situations de crise”.

Extrait d’un article préparé pour le projet de l’Institut mondial pour la recherche en économie du développement de l’ONU (UNU-WIDER) sur La faim et la sécurité alimentaire: nouveaux défis et nouvelles opportunités, dirigé par Basudeb Guha-Khasnobis.

Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes. 2005. *EM_DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database*. Belgique. Document consultable à l'adresse: <http://www.em-dat.net>

Iliffe, J. 1990. *Famine in Zimbabwe 1890–1960*. Harare, Mambo Press.

Sen, A. 1997. *Entitlement Perspectives of Hunger*. Communication présentée lors d'un séminaire PAM/UNU, 31 mai. Rome.

Toole, M.J. et Waldman, R.J. 1988. An analysis of mortality trends among refugee populations in Thailand, Somalia and Sudan. *Bulletin of World Health Organization*, 6: 237–247.

Webb, P. 2002. Emergency relief during Europe's famine of 1817: anticipated crisis-response mechanisms of today. *Journal of Nutrition*, 132(7): 2092S–2095S.

_____. 2003. The under-resourcing of rights: Empty stomachs and other abuses of humanity. *New England Journal International and Comparative Law*, 9(1): 135–157.

Deuxième partie

Alaimo, K., Olson, C.M. et Frongillo Jr, E.A. 2001. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic and psychosocial development. *Pediatrics*, 108(1): 44–53.

Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N. et Must, A. 2006. Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 160(3): 285–291.

Ash, N. 2005. *Earth Species Feel the Squeeze*. Site Web de BBC News, 21 mai 2005. Document consultable à l'adresse: <http://news.bbc.co.uk/2/low/science/nature/4563499.stm>

Assis, A.M., Barreto, M.L., Santos, L.M., Fiaccone, R. et Da Silva Gomes, G.S. 2005. Growth faltering in childhood related to diarrhoea: A longitudinal community based study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(11): 1317–1323.

Barnes, S. 2007. This month balance profiles: Jeanne Moe, Director of Project Archaeology. *Bozeman Daily Chronicle*, 2 janvier: 23.

Bates, I., Fenton, C., Gruber, J., Laloo, D., Lara, A.M., Squire, S.B., Theobald, S., Thomson, R. et Tolhurst, R. 2004. Vulnerability to malaria, tuberculosis and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at individual and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4(5): 267–277.

Briend, A., Hasan, K.Z., Aziz, K.M. et Hoque, B.A. 1989. Are diarrhoea control programmes likely to reduce childhood malnutrition? Observations from rural Bangladesh. *Lancet* 2 (8658): 319–322.

Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., Black, R.E. et WHO Child Health Epidemiology Reference Group. 2005. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 365(9465): 1147–1152.

Cegielski, J.P. et McMurray, D.N. 2004. The relationship between malnutrition and tuberculosis: Evidence from studies in humans and experimental animals. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8(3): 286–298.

Chatterjee, B.D., Bhattacharyya, A.K. et Mandal, J.N. 1968. Serum proteins in kwashiorkor and marasmus. 2. Non-tuberculous cases and tuberculous cases. *Bulletin of the Calcutta School of Tropical Medicine*, 16(3): 73–74.

Checkley, W., Epstein, L.D., Gilman, R.H., Cabrera, L. et Black, R.E. 2003. Effects of acute diarrhoea on linear growth in Peruvian children. *American Journal of Epidemiology*, 157(2): 166–175.

Comité permanent de la nutrition. 1990. Appropriate uses of anthropometric indices in children. *Nutrition Policy Discussion Paper*, No. 7.

_____. 2004a. *Fifth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes*. Document consultable à l'adresse: <http://www.unsystem.org/scn/publications/AnnualMeeting/SCN31/SCN5Report.pdf>

_____. 2004b. Nutrition and the Millennium Development Goals. *SCN News*, No. 28.

Coutsoudis, A., Coovadia, H., Pillay, K. et Kuhn, L. 2001. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS*, 15(5): 653–655.

Deb, S.K. 1998. Acute respiratory disease survey in Tripura in case of children below five years of age. *Journal of Indian Medical Association*, 96(4): 111–116.

Déclaration de Des Moines. 2004. *A Call for Accelerated Action in Agriculture, Food and Nutrition to End Poverty and Hunger*. World Food Prize Day, 16 octobre. Des Moines, IA, Organisation du prix mondial de l'alimentation. Document consultable à l'adresse: <http://www.worldfoodprize.org/assets/laureates/statements/dmdeclaration.pdf>

Delisle, H., Chandra-Mouli, V. et de Benoist, B. 2000. Should Adolescents be Specifically Targeted for Nutrition in Developing Countries? To Address Which Problems, and How? Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Adolescent_nutrition_paper.pdf

Fawzi, W. et Mehta, S. 2007. Hunger and HIV/AIDS and tuberculosis (TB). Article technique rédigé pour l'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde*. Cambridge, MA, Université de Harvard.

Fawzi, W., Msamanga, G., Spiegelman, D. et Hunter D. J. 2005. Studies of vitamins and minerals and HIV transmission and disease progression. *Journal of Nutrition*, 135(4): 938–944.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2002. *Savoir pour sauver. Avec des conseils sur: La maternité sans risques, L'allaitement maternel, Le développement de l'enfant, La nutrition et la croissance, La vaccination, La diarrhée, Le paludisme, Le VIH/SIDA et bien d'autres sujets*.... New York. Document consultable à l'adresse: <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-full.pdf>

___ 2006a. *Progress for Children. A Child Survival Report Card on Nutrition*. New York. Document consultable à l'adresse: <http://www.unicef.org/progressforchildren>

___ 2006b. *La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants: le double dividende de l'égalité des sexes*. New York, UNICEF.

___ 2007a. *Child Survival Fact Sheet: Water and Sanitation*. New York. Document consultable à l'adresse: http://www.unicef.org/media/media_21423.html

___ 2007b. *Malaria*. New York. Document consultable à l'adresse: http://www.unicef.org/health/index_malaria.html

Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la santé. 2006. *Pneumonia: The Forgotten Killer of Children*. New York, UNICEF et Genève, OMS. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/ISBN_92_806_4048_8.pdf

Godfrey, K.M. et Barker, D.J. 2001. Foetal programming and adult health. *Public Health and Nutrition*, 4(2B): 611–624.

Gortmaker, S.L., Must, A., Perrin, J.M., Sobol, A.M. et Dietz, W.H. 1993. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 329(14): 1008–1012.

Greenblott, K. 2007. La protection sociale à l'ère du VIH/sida. Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire. *WFP Occasional Paper* No. 17. Rome, PAM.

Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. 2007. Summary for policymakers. In M.L. Parry, O.F. Canziani, J.P. Palutikof, P.J. van der Linder et C.E. Hanson. 2007. *Bilan 2007 des changements climatiques: Conséquences, adaptation et vulnérabilité*. Contribution du Groupe de travail II au quatrième rapport d'évaluation du GIEC. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.ipcc.ch/SPM13apr07.pdf>

Guha-Sapir, D., Hargitt, D. et Hayois, P. 2004. *Thirty Years of Natural Disasters 1974–2003: The Numbers*. Presses Universitaires de Louvain. Louvain, Belgique, CRED. Document consultable à l'adresse: http://www.em-dat.net/documents/Publication/publication_2004_emdat.pdf

Harries, A.D., Nkhoma, W.A., Thompson, P.J., Nyangulu, D.S. et Wirima, J.J. 1988. Nutritional status in Malawian patients with pulmonary tuberculosis and response to chemotherapy. *European Journal of Clinical Nutrition*, 42(5): 445–450.

Harries, A.D., Thomas, J. et Chugh, K.S. 1985. Malnutrition in African patients with pulmonary tuberculosis. *Human Nutrition Clinical Nutrition Journal*, 39(5): 361–363.

Hewson, P.D. (Bono). 2005. This generation's moon shot. *Time Magazine*, 1^{er} novembre 2005. Document consultable à l'adresse: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1124333,00.html>

Hippocrate. (460–380 BC). *Corpus Hippocraticum: Les airs, les eaux, les lieux*. Traduction en anglais de F. Adams. Document consultable à l'adresse: http://www.4literature.net/Hippocrates/On_Airs_Waters_and_Places/

Kupka, R., Garland, M., Msamanga, G., Spiegelman, D., Hunter, D. et Fawzi, W. 2005. Selenium status, pregnancy outcomes and mother-to-child transmission of HIV-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(2): 203–10.

Leyton, G.B. 1946. Effects of slow starvation. *Lancet*, 251(8): 73–79.

Lutter, C.K., Habicht, J-P., Rivera, J.A. et Martorell, R. 1992. The relationship between energy intake and diarrhoeal disease in their effects on child growth: Biological model, evidence, and implications for public health policy. *Food and Nutrition Bulletin*, 14(1): 36–42.

Macallan, D.C., McNurlan, M.A., Kurpad, A.V., de Souza, G., Shetty, P.S., Calder, A.G. et Griffin, G.E. 1998. Whole body protein metabolism in human pulmonary tuberculosis and undernutrition: Evidence for anabolic block in tuberculosis. *Clinical Science Journal*, 94(3): 321–331.

Megazzini, K., Washington, S., Sinkala, M., Lawson-Marrriott, S., Stringer, E., Krebs, D., Levy, J., Chi, B., Cantrell, R., Zulu, I., Mulenga, L. et Stringer, J. 2006. *A Pilot Randomized Trial of Nutritional Supplementation in Food Insecure Patients Receiving Anti-Retroviral Therapy (ART) in Zambia*. Étude présentée lors de la XVI^e Conférence sur le VIH/sida. 16–18 août 2006, Toronto, Canada.

Michels, K.B. 2003. Early life predictors of chronic disease. *Journal of Women's Health*, 12(2): 157–161.

Mitnick, C., Bayona, J., Palacios, E., Shin, S., Furin, J., Alcántara, F., Sánchez, E., Sarria, M., Becerra, M., Fawzi, M.C., Kapiga, S., Neuberger, D., Maguire, J.H., Kim, J.Y. et Farmer, P. 2003. Community-based therapy for multi-drug-resistant tuberculosis in Lima, Peru. *New England Journal of Medicine*, 348(2): 119–128.

Moore, S.R., Lima, A.A., Conaway, M.R., Schorling, J.B., Soares, A.M. et Guerrant, R.L. 2001. Early childhood diarrhoea and helminthiasis associate with long-term linear growth faltering. *International Journal of Epidemiology*, 30(6): 1457–1464.

Nussenblatt, V. et Semba, R.D. 2002. Micronutrient malnutrition and the pathogenesis of malarial anaemia. *Acta Tropica*, 82: 321–337.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 2003. *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2003*. Rome, FAO.

___ 2006. Will the Desert Locusts strike again? *FAO Newsroom*. Document consultable à l'adresse: <http://www.fao.org/ag/locusts>

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et Organisation mondiale de la santé animale. 2005. *Preparing for the Highly Pathogenic Avian Influenza*. Rome, FAO.

Organisation mondiale de la santé. 2003. *Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS*. Genève, OMS.

___ 2005. *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf

___ 2006a. *Enriching Lives: Overcoming Under- and Over-Nutrition*. Global Programming Note 2006–2007. Genève. Document consultable à l'adresse:

http://www.who.int/nmh/donorinfo/nutrition/nutrition_helvetica.pdf

___ 2006b. *Grippe aviaire en Afrique Déclaration du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé*. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2006/03/fr/index.html>

___ 2007a. *WHO Report 2007. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning and Financing*. Genève. Document consultable à l'adresse:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

___ 2007b. *Networking for Policy Change: TB/HIV Advocacy Training Manual*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/a90084_eng.pdf

___ 2007c. *Obesity and overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genève. Document consultable à l'adresse:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>

___ 2007d. *Core Health Indicators – Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève. Document consultable à l'adresse:

<http://www.who.int/whosis/whostat2007/fr/index.html>

___ 2007e. *Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A(H5N1) Reported to WHO*.

Genève. Document consultable à l'adresse:

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_06_15/en/index.html

Onwubalili, J.K. 1988. Malnutrition among tuberculosis patients in Harrow, England. *European Journal of Clinical Nutrition*, 42(4): 363–366.

Paton, N.I., Castello-Branco, L.R., Jennings, G., Ortigao-de-Sampaio, M.B., Elia, M., Costa, S. et Griffin, G.E. 1999. Impact of tuberculosis on the body composition of HIV-infected men in Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20(3): 265–271.

Paton, N.I., Chua, Y.K., Earnest, A. et Chee, C.B. 2004. Randomized controlled trial of nutritional supplementation in patients with newly diagnosed tuberculosis and wasting. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(2): 460–465.

Paton, N.I., Ng, Y-M., Chee, C.B., Persaud, C. et Jackson, A.A. 2003. Effects of tuberculosis and HIV infection on whole-body protein metabolism during feeding, measured by the [¹⁵N] glycine method. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78: 319–325.

Pelletier, D.L., Frongillo, E.A., Schroeder, D.G. et Habicht, J-P. 1995. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4): 443–448.

Pimentel, D. 1993. Climate changes and food supply. *Forum for Applied Research and Public Policy*, 8(4): 54–60. Ithaca, NY, Université Cornell. Document consultable à l'adresse: www.ciesin.columbia.edu/docs/004-138/004-138.html

Programme alimentaire mondial. 2006. *WFP Emergency Needs Assessment Report/Pre-Crisis Information: Liberia Country assessment*. Rome, PAM.
___ 2007. *The Strategic Implications for WFP of the Emergence of Biofuels*. Rome, PAM. Mimeo.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. 2006. *2006 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.unaids.org/en/knowledgecentre/HIVData/GlobalReport/2006-GR_fr.asp

Programme des Nations Unies pour les

établissements humains. 2006. *State of the World's Cities –2006/7*. Nairobi, ONU-HABITAT et Londres, Earthscan.

_____. 2007. *Global Urban Observatory*. Nairobi. Document consultable à l'adresse: <http://ww2.unhabitat.org/programmes/guo/statistics.asp>

Rahman, M.M., Mahalanabis, D., Alvarez, J.O., Wahed, M.A., Islam, M.A., Habte, D. et Khaled, M.A.

1996. Acute respiratory infections prevent improvement of vitamin A status in young infants supplemented with vitamin A. *Journal of Nutrition*, 126(3): 628–633.

Rice, A.L., West Jr., K.P. et Black, R.E. 2004. Vitamin A Deficiency. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers et C.L.J. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks*. Genève, OMS.

Roseboom, T.J., van der Meulen, J.H., Osmond, C., Barker, D.J., Ravelli, A.C. et Bleker, O.P. 2000a. Plasma lipid profiles in adults after prenatal exposure to the Dutch famine. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(5): 1101–1106.

_____. 2000b. Coronary heart disease after prenatal exposure to the Dutch famine, 1944-45. *Heart*, 84(6): 595–598.

_____. 2001. Adult survival after prenatal exposure to the Dutch famine, 1944–45. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(3): 220–225.

Scalcini, M., Occenac, R., Manfreda, J. et Long, R.

1991. Pulmonary tuberculosis, human immunodeficiency virus type-1 and malnutrition. *Bulletin of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 66(1): 37–41.

Schneider, D. 2000. International trends in adolescent nutrition. *Social Science of Medicine*, 51(6): 955–967.

Schorling, J.B., McAuliffe, J.F., de Souza, M.A. et Guerrant, R.L. 1990. Malnutrition is associated with increased diarrhoea incidence and duration among children in an urban Brazilian slum. *International Journal of Epidemiology*, 19: 728–735.

Schroeder, D.G. 2001. Malnutrition. In R.D. Semba and M.W. Bloem eds. 2001. *Nutrition and Health in Developing Countries*. Totowa, NJ, Humana Press.

Scrimshaw, N. et San Giovanni, J.P. 1997. Synergism of nutrition, infection, and immunity: An overview. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(2): 464.

Scott, S. et Duncan, C.J. 2001. *Biology of Plagues: Evidence from Historical Populations*. Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press.

Shah, S., Whalen, C., Kotler, D.P., Mayanja, H., Namale, A., Melikian, G., Mugerwa, R. et Semba, R.D. 2001. Severity of human immunodeficiency virus infection is associated with decreased phase angle, fat mass and body cell mass in adults with pulmonary tuberculosis infection in Uganda. *Journal of Nutrition*, 131: 2843–2847.

Shankar, A.H. 2000. Nutritional modulation of malaria morbidity and mortality. *Journal of Infectious Diseases*, 182 (Supplement) 1: S37–S53.

Sorensen, T.I.A., Holst, C. et Stunkard, A.J. 1992. Childhood body mass index: Genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 16: 705–714.

Stephensen, C.B. 1999. Burden of Infection on Growth Failure. *Journal of Nutrition*, (129): 534–537.

Tomkins, A. et Watson, F. 1989. Malnutrition and infection: A review – Nutrition policy. *ACC/SCN State-of-the-Art Series. Discussion Paper No. 5*. Document consultable à l'adresse: <http://www.unsystem.org/SCN/archives/npp05/begin.htm>

Villamor, E., Dreyfuss, M.L., Baylin, A., Msamanga, G. et Fawzi W. 2004. Weight loss during pregnancy is associated with adverse pregnancy outcomes among HIV-1 infected women. *Journal of Nutrition*, 134(6): 1424–1431.

Williams, C.D., Oxon, B.M. et Lond, H. 2003. Kwashiorkor. A nutritional disease of children associated with a maize diet. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(12): 912–913

Zachariah, R., Spielmann, M.P., Harries, A.D. and Salaniponi, F.M. 2002. Moderate to severe malnutrition in patients with tuberculosis is a risk factor associated with early death. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 96(3): 291–294.

Intermezzo 4: Stuart Gillespie, Chargé de recherche, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), et Directeur, Réseau régional sur le sida, les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire (RENEWAL). 2007. "Le sida et la faim – enjeux et actions" "

Gillespie, S. 2007. *AIDS and Hunger: Challenges and Responses*. Washington, IFPRI. Document consultable à l'adresse: <http://www.ifpri.org/renewal>

Intermezzo 5: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2007. "L'aide alimentaire et le traitement de la tuberculose".

Organisation mondiale de la santé. 2007. The five elements of DOTS. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/tb/dots>

Intermezzo 6: Camila Corvalan, Docteur, Université Emory, Université du Chili, 2007. "La transition nutritionnelle en Amérique latine – l'expérience du Programme du Conseil national chilien des jardins d'enfants".

Albala, C., Vio, F., Kain, J. et Uauy, R. 2001. Nutrition transition in Latin America: The case of Chile. *Nutrition Reviews*, 59(6): 170–176.

De Onis, M. et Blossner, M. 2000. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(4): 1032–1039.

Kain, J., Uauy, R., Lera, L., Taibo, M. et Albala, C. 2005. Trends in height and BMI of 6-year-old children during the nutrition transition in Chile. *Obesity Research*, 13(12): 2178–2186.

Monteiro, C.A., Moura, E.C., Conde, W.L. et Popkin, B.M. 2004. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82: 940–946.

Organisation mondiale de la santé. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO expert consultation. *Technical Report Series* No. 916.

Popkin, B.M. 1994. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, 52: 285–298.

Uauy, R., Albala, C. et Kain, J. 2001. Obesity trends in Latin America: Transiting from under- to overweight. *Journal of Nutrition*, 131(3): 893S–899S.

Troisième et quatrième parties

14^e Dalai Lama. (b. 1935). *Living a Life of Compassion*. Document consultable à l'adresse: <http://www.betterworldheroes.com/dalai-lama.htm>

Alderman, H. et Behrman, J.R. 2004. *Estimated Economic Benefits of Reducing Low Birth Weight in Low-Income Countries*. Washington, Banque mondiale.

Alderman, H., Appleton, S., Haddad, L., Song, L. et Yohannes, Y. 2001. *Reducing Child Malnutrition: How Far Does Income Growth Take Us?* Nottingham, Royaume-Uni, Centre de recherche sur le développement économique et le commerce international de l'université de Nottingham.

Banque mondiale. 2004. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, Banque mondiale.
— 2006. *Replacer la nutrition au coeur du développement: Une stratégie d'intervention à grande échelle*. Washington, Banque mondiale.

Barro, R.J. 1990. Government spending in a simple model of endogenous growth. *Journal of Political Economy*, 98(5): 103–126.

Behrman, J.R., Alderman, H. et Hoddinott, J. 2004. Hunger and malnutrition. In B. Lomborg, ed. 2004. *Global Crises, Global Solutions*. Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press.

Binswanger, H.P. et Landell-Mills, P. 1995. *The World Bank's Strategy for Reducing Poverty and Hunger: A Report to the Development Community*. Washington, Banque mondiale.

Bloom, D.E., Canning, D. et Sevilla, J. 2001. The effect of health on economic growth: Theory and evidence. *NBER Working Paper* No. 8587. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.

Brooker, S., Kabatereine, N.B., Fleming, F. et Devlin, N. 2007. *Cost and Cost-Effectiveness of Nationwide School-Based Helminth Control in Uganda: Intra-Country Variation and Effects of Scaling-Up*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine. À paraître.

Buse, K. et Harmer A. 2007. Global health: Making partnerships work. *ODI Briefing Paper*, 15 janvier: 1–4.

Carroll, L. (1832–1898). *Alice's Adventures in Wonderland*. Document consultable à l'adresse: http://quotes.zaadz.com/Lewis_Carroll

Chatterjee, M. et Measham, A.R. 1999. *Wasting Away. The Crisis of Malnutrition in India*. Washington, Banque mondiale.

Chowdhury, A.M., Karim, F., Sarkar, S.K., Cash R.A. et Bhuiya, A. 1997. The status of ORT in Bangladesh: How widely is it used? *Health Policy and Planning*, 12(1): 58–66.

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et le Programme alimentaire mondial. 2007. *Hacia la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Exposé PowerPoint présenté lors de la Consultation

technique régionale sur le suivi et l'évaluation, Panama; *Busca Centroamérica Erradicar Desnutrición Infantil*. Panama. Document consultable à l'adresse: <http://www.milenio.com/index.php/2007/02/01/37334/>

Département de l'agriculture des États-Unis. 2005. *Making It Happen! School Nutrition Success Stories*. Washington, Food and Nutrition Services, USDA.

Easterly, W.R. 2006. *The White Man's Burden*. New York, Penguin Books.

Edison, T. (1847–1931). Document consultable à l'adresse: <http://www.spice-of-life.com/quotes.html>

Edwards, S. 1998. Openness, productivity and growth: What do we really know? *Economic Journal*, 108(447): 383–398.

Fernholz, R., Fernholz, F., Jayasekara, C. et Rueda, F. 2007. Practical interventions: Political choices. Article technique rédigé pour l'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde*. Durham, NC, Université Duke.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2007a. *Alimentation et soins des nourrissons et des jeunes enfants. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel*. New York. Document consultable à l'adresse: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html

____ 2007b. *Immunization. The Challenge*. New York. Document consultable à l'adresse:

<http://www.childinfo.org/areas/immunization/>

____ 2007c. 4.5 million children across Ghana to be de-wormed. *UNICEF News*. New York. Document consultable à l'adresse:

http://www.unicef.org/media/media_38248.html

Hall, R. et Jones, C. 1998. Why do some countries produce so much more output per worker than others? *Department of Economics Working Paper*. Palo Alto, CA, Université Stanford.

Hawley, W.A., Ter Kuile, F.O., Steketee, R.S., Nahlen, B.L., Terlouw, D.J., Gimnig, J.E., Shi, Y.P., Vulule, J.M., Alaii, J.A., Hightower, A.W., Kolczak, M.S., Kariuki, S.K. et Phillips-Howard, P.A. 2003. Implications of the Western Kenya permethrin-treated bed net study for policy, program implementation and future research. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68(4) (Supplement): 168–173.

Horton, S. 1999. Opportunities for investments in nutrition in low-income Asia. *Asian Development Review* 17(1, 2): 246–273.

Horton, S. et Ross, J. 2003. The Economics of Iron Deficiency. *Food Policy*, 28(1): 51–75.

Komlos, J. et Lauderdale, B.E. 2007.

Underperformance in affluence: The remarkable relative decline in US heights in the second half of the 20th century. *Social Science Quarterly*, 88(2): 283–303.

Migele, J., Ombeki, S., Ayalo, M., Biggerstaff, M. et Quick, R. 2007. Diarrhoea prevention in a Kenyan school through the use of a simple safe water and hygiene intervention. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(2): 351–353.

Organisation de coopération et développement économiques. 2007. *Portail des statistiques*. Paris. Document consultable à l'adresse: http://www.oecd.org/statsportal/0,3352,fr_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html

Organisation mondiale de la santé. 2006. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève. Document consultable à l'adresse: <http://www.who.int/whr/2006/fr>
____ 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2006. *Oral Rehydration Salts – Production of the New ORS*. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_06.1.pdf

Osborne, D. et Gaebler, T. 1992. Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector. In J. Z. Kusek et R.C. Rist. 2004. *Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System. A Handbook for Development Practitioners*. Washington, Banque mondiale.

Programme alimentaire mondial. 2000. *Manuel d'alimentation et de nutrition*. Rome.

____ 2006a. *HIV/AIDS and Nutrition. Food in the Fight Against AIDS. Facts and Figures Worksheet*. Rome, PAM.

____ 2006b. *Afghanistan De-Worming Campaign*. Rome, PAM.

____ 2007. *Rapport annuel sur les résultats de 2006*. (WFP/EB.A/2007/4) Rome, PAM.

Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies. 2007. *Water, Sanitation, and Hygiene: Simple, Effective Solutions Save Lives*. Washington, Groupe de la Banque mondiale. Document consultable à l'adresse: <http://www.dcp2.org/file/81/D CPP-Water.pdf>

Sanghvi, T., Ross, J. et Heyman, H. 2007. Why is reducing vitamin and mineral deficiencies critical for development? The links between VMDs and survival, health, education and productivity. *Food and Nutrition Bulletin*, 28 (1) (Supplement): S170.

Save The Children UK. 2007. *Addressing Chronic Food Insecurity through Productive Safety Nets*. Contribution à l'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde*. Rome, PAM.

Shiffman, J. 2006. Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world. *Health Policy and Planning*, 21(6): 411–420.

Shrimpton, R., Victora, R., De Onis, M., Rosangela, C.L., Bloessner, M. et Clugstong, G. 2001. Worldwide timing of growth faltering: Implications for nutritional interventions. *Pediatrics*, 107: 1–7.

Skoufias, E. et Parker, S.W. 2001. Conditional cash transfers and their impact on child work and schooling: Evidence from the PROGRESA Program in Mexico. *Discussion Paper No. 123*. Washington, IFPRI.

Tanner, J.M. 1986. Growth as a mirror of the condition of society: Secular trends and class distinctions. In Demirjian, A. ed. 1986. *Human Growth: A Multidisciplinary Review*. Londres, Taylor and Francis Ltd.

Tchekhov, A. (1860–1904). *Five Plays*. Document consultable à l'adresse: http://thinkexist.com/quotation/knowledge_is_of_no_value_unless_you_put_it_into/221938.html

Ter Kuile, F.O., Turlouw, D.J., Phillips-Howard, P.A., Hawley, W.A., Friedman, J.F., Kariuki, S.K., Shi, Y.P., Kolczak, M.S., Lal, V.A., Vulule, J.M. et Nahlen B.L. 2003. Reduction of malaria during pregnancy by permethrin-treated bed nets in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68(4) (Supplement): 50–60.

Thomas, D. et Strauss, J. 1997. Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil. *Journal of Econometrics*, 77: 159–185.

Intermezzo 7: Stanley Zlotkin, Docteur, Professeur en sciences nutritionnelles et sciences de la santé publique, Université de Toronto. 2007. "Les Sprinkles – un moyen novateur et économiquement efficace de fournir des micronutriments aux enfants".

Agostoni, C., Giovannini, M., Sala, D., Uselli, M.L., Francescato, G., Braga, M., Riva, E., Martiello, A.C., Marangoni, F. et Galli, C. 2006. Double-blind, placebo-controlled trial comparing effects of supplementation with two different combinations of micronutrients delivered as Sprinkles on growth, anaemia, and iron deficiency in Cambodian infants. *Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition*, 42: 306–12.

De Pee, S., Moench-Pfanner, R., Martini, E., Zlotkin, S., Darton-Hill, I. et Bloem, M.W. 2006. Home-fortification in emergency response and transition programming: Experiences in Aceh and Nias, Indonesia. *Food Nutrition Bulletin* (à paraître).

Hirve, S., Bhave, S., Bavdekar, A., Naik, S., Pandit, A., Schauer, C., Christofides, A., Hyder, Z. et Zlotkin, S. 2007. Low dose of Sprinkles: An innovative approach to treat iron deficiency anaemia in infants and young children. *Indian Paediatrics*, 44: 91–100.

Menon, P., Ruel, M.T., Loechl, C.U., Arimond, M., Habicht, J-P., Pelto, G. et Michaud, L. 2007. Micronutrient Sprinkles reduce anaemia among 9- to 24-Mo-Old Children when delivered through an integrated health and nutrition program in rural Haiti. *Journal of Nutrition*, 137: 1023–1030.

Organisation mondiale de la santé. 2006. *Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Populations Affected by an Emergency*. Déclaration conjointe OMS/PAM/UNICEF. Genève. Document consultable à l'adresse: http://www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf

Zlotkin, S., Arthur, P., Antwi, K.Y. et Yeung, G. 2001. Treatment of anaemia with microencapsulated ferrous fumarate plus ascorbic acid supplied as Sprinkles to complementary (weaning) foods. *American Journal of Clinical Nutrition*, 74:791–795.

Intermezzo 8: Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes du PAM 2007. "Partenariats visant à éradiquer la dénutrition infantile en Amérique latine et aux Caraïbes".

Banque interaméricaine de développement. 2007. *Acuerdo Sobre Desnutrición Infantil es Paso Clave en Lucha contra la Pobreza, Afirman BID y PMA*. Communiqué de presse de la BID. Document consultable à l'adresse: <http://www.iadb.org/news/articledetail.cfm>

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et le Programme alimentaire mondial. 2007. *Hacia la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en Centroamérica y Republicas Dominicana*. Exposé PowerPoint présenté lors de la Consultation technique régionale sur le suivi et l'évaluation, Panama; *Busca Centroamérica Erradicar Desnutrición Infantil*. Panama. Document consultable à l'adresse: <http://www.milenio.com/index.php/2007/02/01/37334/>

Walsh, E.A. 2007. *Political Database of the Americas*. Washington, Centre d'études latino-américaines, Université de Georgetown. Document consultable à l'adresse: <http://www12.georgetown.edu/sfs/clas/>

Intermezzo 9: Valid International. 2007. "De la recherche à l'action".

Bahwere, P., Guerrero, S., Sadler, K. et Collins, S. 2005. *Study to Examine the Use of CTC as an Entry Point for the Support to HIV Affected in Malawi*. Oxford, Royaume-Uni, Valid International.

Bahwere, P., Joshua, M.C., Sadler, K., Tanner, C., Piwoz, E., Guerrero, S. et Collins, S. 2005. *Integrating HIV Services into a Community-Based Therapeutic Care (CTC) Programme in Malawi: An Operational Research Study*. Non publié.

Bahwere, P., Sadler, K. et Collins, S. 2005. *The Treatment of Severely Malnourished HIV Positive Adults Using Ready to Use Therapeutic Food in Home Based Care*. Non publié.

Brewster, D.R., Manary, M.J. et Graham, S. M. 1997. Case management of kwashiorkor: An intervention project at seven nutrition rehabilitation centres in Malawi. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(3): 139–147.

Brewster, D.R. 2004. Improving quality of care for severe malnutrition. *Lancet*, 363(9426): 2088–2089.

Collins, S. 2004. Community-based therapeutic care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises. *Humanitarian Policy Network paper*. No. 48. Londres, Institut britannique de développement outre-mer.

Collins, S., Dent, N., Binns, P., Bahwere, P., Sadler, K. et Hallam, A. 2006. Management of severe acute malnutrition in children. *Lancet*, 368(9551):1992–2000.

Collins, S., Sadler, K., Dent, N., Khara, T., Guerrero, S., Myatt, M., Saboya, M. et Walsh, A. 2006. Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition. *Food Nutrition Bulletin*, 27(3): S49–S82.

Guerrero, S., Bahwere, P., Sadler, K. et Collins, S. 2005. Integrating CTC and HIV/AIDS Support in Malawi. *Field Exchange*, 25: 8–10.

Kessler, L., Daley, H., Malenga, G. et Graham, S. 2000. The impact of the human immunodeficiency virus type 1 on the management of severe malnutrition in Malawi. *Annals of Tropical Paediatrics*, 20(1): 50–56.

National Statistical Office, Malawi. 2005. *Demographic and Health Survey 2004 and 2005*. Calverton, MD, ORC Macro.

Sadler, K., Myatt, M., Feleke, T. et Collins, S. 2007. A comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighbouring districts of Malawi. *Public Health Nutrition*, 10: 907–913.

Intermezzo 10: Rosemary Fernholz et Channa Jayasekera, Université Duke. 2007. "Priorité à la nutrition en Thaïlande".

Tontisirin, K., Kachondham, Y. et Winichagoon, P. 1992. Trends in the development of Thailand's nutrition and health plans and programs. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 1: 231–238.

- ¹ L'espérance de vie pour 2002 a été obtenue auprès de l'OMS (2007e). La stature moyenne du groupe d'âge 30–40 ans en 2002 a été calculée à partir de chiffres obtenus auprès du Center for Disease Control and Prevention (2004).
- ² La citation a été modifiée avec la permission de l'auteur.
- ³ La citation a été paraphrasée. Le texte original est le suivant: *La faim conduit tout d'abord l'organisme à concentrer toute son énergie sur la nécessité de se procurer à manger. Chaque pensée, chaque émotion de l'individu affamé est fixée sur ce besoin fondamental. Le fait de ne pas pouvoir se nourrir en quantité suffisante n'entraîne pas de psychoses complexes, mais tout simplement à un affaiblissement progressif de la vitalité de l'organisme et à une léthargie qui conduit à la mort.*
- ⁴ Tous les pays ne disposent pas de données relatives à ces deux indicateurs – sous-alimentation et insuffisance pondérale – pour les deux périodes (1990–2003 pour la sous-alimentation; 1990 et 1997–2006 pour l'insuffisance pondérale). Le tableau en bas de la page indique le nombre de pays en développement et de PFRDV pour lesquels on dispose de données.
- Les données relatives à la sous-alimentation ont été fournies par la FAO (2006). On a utilisé la classification régionale de l'OMS pour ventiler par région. La prévalence régionale est obtenue en divisant le nombre de personnes sous-alimentées dans chaque région par la population totale des pays concernés.
- ⁵ Pour une description de la méthode utilisée pour calculer les progrès vers la réalisation des OMD, voir le Recueil de références, tableau 10.
- Sur les 103 pays en développement et en transition dont on a analysé les données, les 15 pays les plus pauvres, sur la base du RNB, sont les suivants: Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Népal, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone.

- Les 15 pays en développement et en transition les plus riches, sur la base du RNB sont les suivants: Afrique du Sud, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Botswana, Chili, Croatie, Gabon, Jamahiriya arabe libyenne, Liban, Maurice, Mexique, Palaos, Saint-Kitts-et-Nevis, Seychelles, Trinité-et-Tobago.
- ⁶ La surmortalité est définie à des fins opérationnelles comme un taux brut de mortalité supérieur à 1 décès pour 10 000 personnes par jour (PAM, 2004).
- ⁷ La déclaration de Des Moines est un appel lancé par les lauréats, les fondateurs et le Comité des conseillers de l'Organisation du prix mondial de l'alimentation en faveur d'une action accélérée contre la faim (Déclaration de Des Moines, 2004).
- ⁸ Données provenant des enquêtes démographiques et sanitaires menées au Cambodge (2000), au Bangladesh (2004), au Tchad (2004), en République-Unie de Tanzanie (2004) et en Éthiopie (2005). La méthode suit celle de R. Shrimpton *et al.* (2001).
- ⁹ Komlos et Lauderdale ont paraphrasé la citation de James M. Tanner (1986): "La croissance est le miroir de la condition sociale".
- ¹⁰ Valid International, société de recherche et de conseil fondée en 1999, s'est fixé pour mission d'améliorer les effets de l'action humanitaire par le biais de la recherche-action. Au cours des cinq dernières années, un partenariat établi entre Valid International et Concern Worldwide (organisation humanitaire irlandaise travaillant aussi pour le développement) a mis au point les soins thérapeutiques de proximité, nouvelle méthode qui permet de soigner les personnes sévèrement malnutries à domicile au moyen de techniques de mobilisation sociale et d'aliments thérapeutiques à haute teneur énergétique prêts à consommer et enrichis en minéraux et en vitamines.
- ¹¹ La citation d'origine a été modifiée dans le texte original anglais: on a remplacé "mankind" (l'homme) par "humankind" (l'être humain).

NOMBRE DE PAYS EN DÉVELOPPEMENT						
	Données disponibles pour les deux indicateurs		Sous-alimentation		Insuffisance pondérale	
	Pays en développement	Dont PFRDV	Pays en développement	Dont PFRDV	Pays en développement	Dont PFRDV
Afrique	28	27	38	34	28	27
Méditerranée orientale	8	6	10	6	8	6
Europe	3	3	17	9	3	3
Amérique latine et Caraïbes	9	4	9	4	9	4
Asie du Sud-est	7	4	8	6	7	5
Pacifique occidental	6	5	6	5	6	5

Distribution de vivres et transferts en espèces

Pour estimer le coût d'une ration adéquate pour une personne entièrement dépendante de l'aide alimentaire, on s'est basé sur le contenu suivant: 400 g de céréales (riz), 60 g de légumineuses (haricots), 25 g d'huile végétale, 50 g d'aliments composés enrichis (mélange blé-soja), 15 g de sucre et 5 g de sel iodé.

Sources:

- Programme alimentaire mondial. 2000. *Manuel d'alimentation et de nutrition*. Rome, PAM.
- Prix F.O.B. révisés des marchandises livrées par le PAM 15 mai 2006 CFO2006/002.

Supplémentation en micronutriments ciblée

Fer: la supplémentation est fournie à raison d'une dose par semaine aux enfants scolarisés sur une période prolongée.

Source:

- Horton, S. 2006. The economics of food fortification. *Journal of Nutrition* 136:1068–1071.

Fer + acide folique: les comprimés sont fournis à raison d'un comprimé par jour pendant une année couvrant la grossesse et la période initiale de lactation. Le coût est basé sur les prix UNICEF de 1998 pour un comprimé contenant 60 mg de fer et 400 mg d'acide folique. Le coût de la supplémentation pendant un an s'élève à 9,85 dollars par femme.

Source:

- Gillespie, D., Karklins, S., Creanga, A., Khan, S. et Cho, N. 2007. *Scaling Up Health Technologies*. Rapport préparé pour la Fondation Bill et Melinda Gates. Baltimore, MD, École de santé publique de Bloomberg, Université Johns Hopkins.

Vitamine A: la supplémentation est fournie par l'intermédiaire d'un système de distribution au niveau local.

Source:

- Banque mondiale. 2004. *Vitamin A at a Glance*. Washington, Banque mondiale.

Zinc: traitement de 14 comprimés.

Source:

- Gillespie, D., Karklins, S., Creanga, A., Khan, S. et Cho, N. 2007. *Scaling Up Health Technologies*. Rapport préparé pour la

Fondation Bill et Melinda Gates. Baltimore, MD, École de santé publique de Bloomberg, Université Johns Hopkins.

Alimentation supplémentaire

La ration à consommer sur place se compose de 125 g de mélange maïs-soja, 20 g d'huile végétale et 30 g de légumineuses (haricots). La ration à emporter se compose de 250 g de mélange maïs-soja, 25 g d'huile végétale et 20 g de sucre.

Sources:

- Programme alimentaire mondial. 2002. *WFP Emergency Field Operations Pocketbook*. Rome, PAM.
- Prix F.O.B. révisés des marchandises fournies par le PAM 15 mai 2006 CFO2006/002.

Alimentation complémentaire

Une ration comprenant: 250 g de mélange maïs-soja, 25 g d'huile végétale et 20 g de sucre.

Sources:

- Programme alimentaire mondial. 2002. *WFP Emergency Field Operations Pocketbook*. Rome, PAM.
- Prix F.O.B. révisés des marchandises fournies par le PAM 15 mai 2006 CFO2006/002.

Enrichissement des aliments à grande échelle

Iode, fer et vitamine A: le coût par personne et par an de l'enrichissement est estimé pour un pays en développement hypothétique, d'une grande superficie et à faible revenu.

Zinc: le coût suppose une dose quotidienne de 150 g par personne.

Source:

- Organisation mondiale de la santé et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2006. *Guidelines on Food Fortification with Micronutrients*. Genève, OMS.

Enrichissement à domicile

Le coût est basé sur le prix des suppléments Sprinkles. Ils renferment généralement les micronutriments suivants: fer, zinc, iode, vitamines A, C et D et acide folique. Les coûts varient suivant l'état nutritionnel des

bénéficiaires, le mélange de micronutriments et les coûts de livraison et de distribution.

Source:

- Zlotkin, S., 2007. Les Sprinkles – un moyen novateur et économiquement efficace de fournir des micronutriments aux enfants. Article technique rédigé pour l'édition 2007 de la collection *La faim dans le monde*.

Soutien nutritionnel et traitement des maladies (VIH/sida et tuberculose)

Ration standard de soutien pour un mois, comprenant 333 g de mélange maïs-soja, 33 g d'huile et 167 g de farine de maïs.

Sources:

- Programme alimentaire mondial. 2006. Coût du soutien nutritionnel pour les projets VIH/sida, Rome.
- Prix F.O.B. révisés des marchandises fournies par le PAM 15 mai 2006 CFO2006/002.

Prévention des maladies infectieuses

Antipaludéens et moustiquaires

Source:

- Gillespie, D., Karklins, S., Creanga, A., Khan, S. et Cho, N. 2007. *Scaling Up Health Technologies*. Rapport préparé pour la Fondation Bill et Melinda Gates. Baltimore, MD, École de santé publique de Bloomberg, Université Johns Hopkins.

DOTS: le coût du traitement DOTS s'élève à 128 dollars par patient lorsque celui-ci est soigné à domicile et à 203 dollars par patient lorsque les soins sont dispensés dans le cadre d'un programme DOTS mis en œuvre par un dispensaire.

Source:

- Gillespie, D., Karklins, S., Creanga, A., Khan, S. et Cho, N. 2007. *Scaling Up Health Technologies*. Rapport préparé pour la Fondation Bill et Melinda Gates. Baltimore, MD, École de santé publique de Bloomberg, Université Johns Hopkins.

Comprimés vermifuges et distribution

Source:

- Programme alimentaire mondial. 2007. *Food for Education Works. A Review of WFP FFE Programme Monitoring and Evaluation 2002–2006*. Rome, PAM.

Thérapie par réhydratation orale

Source:

- Gillespie, D., Karklins, S., Creanga, A., Khan, S. et Cho, N. 2007. *Scaling Up Health Technologies*. Rapport préparé pour la Fondation Bill et Melinda Gates. Baltimore, MD, École de santé publique de Bloomberg, Université Johns Hopkins.

Préservatifs masculins: le calcul est basé sur les coûts moyens pour l'achat en gros de préservatifs masculins.

Source:

- Fonds des Nations Unies pour la population. 2005. *Condom Programming for HIV Prevention*. New York, UNFPA.

Diversification de l'alimentation et promotion de la consommation d'aliments de qualité

Repas scolaires: une ration alimentaire plus conséquente de 150 g de céréales, 30 g de légumineuses, 5 g d'huile et 4 g de sel (694 kcal) est fournie à l'école, et consommée sur place. Le coût moyen d'un repas scolaire par bénéficiaire s'élève à 20 dollars par an et 0,10 dollar par jour.

Potagers scolaires intégrés à "l'enveloppe de services essentiels": "l'enveloppe" alimentation scolaire comprend le déparasitage, la supplémentation en micronutriments, la fourniture de fourneaux améliorés, l'eau et l'hygiène à l'école, l'éducation à la santé, la sensibilisation au VIH/sida, le soutien psychosocial et la prévention du paludisme. Le coût moyen de ce soutien s'élève à 16 dollars par an et par bénéficiaire.

Source:

- Programme alimentaire mondial. 2007. *Standardization of selected Food for Education terms and figures for advocacy purposes*. Document interne. Rome, PAM.

Transfert de connaissances en matière de santé et de pratiques alimentaires

Promotion de l'allaitement maternel: les coûts moyens indiqués par les évaluations au niveau local en Afrique subsaharienne varient en fonction des composantes de cette activité.

Programmes nutritionnels communautaires: les coûts englobent la promotion de l'allaitement maternel, l'apport de conseils et l'éducation concernant l'alimentation optimale des enfants, la prévention des maladies diarrhéiques et le suivi de la croissance.

Source:

- Caulfield, L.E., Richard S.A., Rivera, J.A., Musgrove, P. et Black, R.E. 2006. Retards de croissance, émaciation et affections liées aux carences en micronutriments. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York, Oxford University Press.

Formation des enseignants au déparasitage: cet exemple provient de Madagascar, où le programme d'éducation sanitaire est étayé par des activités locales d'information, d'éducation et de communication, avec administration de vermifuge, de fer et de folates deux fois par semaine par les enseignants. Sur trois ans, 14 000 enseignants et 430 000 élèves ont reçu une formation dans 4 585 écoles, à un coût s'élevant entre 0,78 dollar et 1,08 dollar par personne et par an.

Source:

- Projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies. 2006. *Nine Low- and Middle-Income Countries and How They Use FRESH*. Washington, Groupe de la Banque mondiale. Document consultable à l'adresse: <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/58/58.4>.

Éducation VIH: les coûts englobent la sensibilisation des enfants et la formation des parents et des enseignants dans le cadre d'un programme d'alimentation scolaire.

Source:

- Programme alimentaire mondial. 2006. *Standard Essential Package for School Feeding*. Non publié. Rome, PAM.

Éducation nutritionnelle pour les femmes

enceintes: le coût est basé sur les prix de 1985 actualisés pour refléter le pouvoir d'achat en 2006.

Source:

- Banque mondiale. 1994. *Enriching Lives Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries*. Washington, Banque mondiale.

Accès à l'eau propre et à un meilleur assainissement

Eau propre: le coût dépend du nombre d'unités de traitement que comprend un système. Par exemple, le coût d'un système desservant quatre ménages s'élèverait à 525 dollars par unité; un système plus important desservant entre 50 et 1 000 ménages reviendrait à 210 dollars par unité.

Source:

- Agence américaine pour la protection de l'environnement. 2007. *Cost of evaluation of Point-of-Use and Point-of-Entry Treatment Units for Small Systems: Cost Estimating Tool and User Guide*. Washington, DC, Agence de protection pour l'environnement.

Amélioration de l'assainissement

Source:

- Initiative de l'Union européenne pour l'eau, Groupe de travail Europe de l'Est, Caucase et Asie centrale. 2006. Document 14: *Rural Water Supply and Sanitation: technology overview and cost functions*. Préparé pour le Groupe de travail de hauts fonctionnaires du Programme d'action pour l'environnement chargé des réformes du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Paris, OCDE.

Données et méthodes cartographiques

Frontières nationales

Toutes les frontières indiquées sur les cartes figurant dans cette publication sont basées sur l'initiative GAUL (Global Administrative Unit Layer) de la FAO

<http://www.fao.org/geonetwork/srv/fr/metadata.show?id=12691>

Projection des cartes

La projection Robinson est utilisée pour toutes les cartes figurant dans cette publication, système WGS de 1984.

Classement

Le classement des indicateurs de l'insuffisance pondérale et de la mortalité infantile chez les enfants de moins de 5 ans est basé sur la norme internationale décrite dans la publication du PAM et du Center for Disease Control and Prevention: *A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality*. (Manuel pour la mesure et l'interprétation de la malnutrition et de la mortalité) 2005. Rome, PAM.

Élaboration des cartes

Carte A – La faim et la santé dans le monde

Source des données:

- Insuffisance pondérale: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 1 – La faim invisible dans le monde

La carte montre les carences en fer et en vitamine A comme indicateurs indirects des carences en micronutriments parmi les enfants de moins de 5 ans.

- La carence en fer reflète la prévalence des carences en fer dépitées parmi les enfants de moins de 5 ans.
- La classification des carences en fer parmi les enfants de moins de 5 ans est basée sur la norme internationale.
- Sur le classement, les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans sont égaux ou supérieurs à 20 pour cent.

Sources des données:

- Insuffisance pondérale: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.
- Carences en micronutriments: L'Initiative Micronutriments et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2004. *Vitamin and Mineral Deficiency. A Global Progress Report*. New York, UNICEF.

Carte 2 – La faim et les catastrophes naturelles

La carte met en évidence les pays où les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans sont égaux ou supérieurs à 20 pour cent. L'indicateur relatif au nombre total de personnes touchées est le nombre total de victimes de catastrophes naturelles entre 2000 et 2007.

Sources des données:

- Catastrophes naturelles: Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes. 2007. EM_DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database. Université catholique de Louvain. Document consultable à l'adresse: <http://www.em-dat.net>
- Insuffisance pondérale: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 3 – L'inégalité de la faim dans le monde

Cette carte met en évidence les pays où les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans sont égaux ou supérieurs à 20 pour cent et les taux de prévalence de l'émaciation sont égaux ou supérieurs à 15 pour cent; divers taux de retard de croissance sont présentés.

Sources des données:

- Insuffisance pondérale et retards de croissance: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.
- Émaciation: Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2006. *La situation des enfants dans le monde 2007 – Femmes et enfants: le double dividende de l'égalité des sexes*. New York, UNICEF.

Carte 4 – La charge de mortalité et les maladies infantiles

Cette carte met en évidence les pays où les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans sont égaux ou supérieurs à 20 pour cent. Elle présente les taux de mortalité parmi les enfants

de moins de 5 ans liés aux infections respiratoires aiguës, aux maladies diarrhéiques et au paludisme, les valeurs seuils étant basées sur les normes de l'OMS.

Source des données:

- Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 5 – Le fardeau du paludisme dans le monde

Les pertes imputables au paludisme sont indiquées en dollars (valeur de 2004), selon les estimations de la Banque mondiale.

Sources des données:

- Revenu national brut: Organisation de coopération et de développement économiques. 2006. *Annexe statistique* de la publication *Coopération pour le développement, Rapport 2006*. Paris. Document consultable à l'adresse: www.oecd.org/dac/stats/dac/dcrannex
- Taux de mortalité: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 6 – Mortalité due au VIH/sida parmi les enfants de moins de 5 ans

Cette carte met en évidence les pays où les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans sont égaux ou supérieurs à 20 pour cent. Le calcul des taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans est basé sur les normes de l'OMS.

Source des données:

- Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 7 – Les inégalités devant la santé dans le monde

Le revenu national brut (RNB) est indiqué en dollars (valeur 2004). Les valeurs seuils pour le calcul de la

densité des agents de santé sont basées sur les méthodes décrites par l'OMS (2004) dans Joint Learning Initiative (JLI) Strategy Report: Human Resources for Health Overcoming the Crisis. Document consultable à l'adresse: <http://www.globalhealthtrust.org/report/appendix2.pdf>

Sources des données:

- Revenu national brut: Organisation de coopération et de développement économiques. 2006. *Annexe statistique* de la publication *Coopération pour le développement, Rapport 2006*. Paris. Document consultable à l'adresse: www.oecd.org/dac/stats/dac/dcrannex
- Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte 8 – Les engagements nationaux en matière de santé

La classification des dépenses publiques de santé est basée sur le Rapport 2006 du PNUD sur le développement humain.

Source des données:

- Dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage du RNB: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

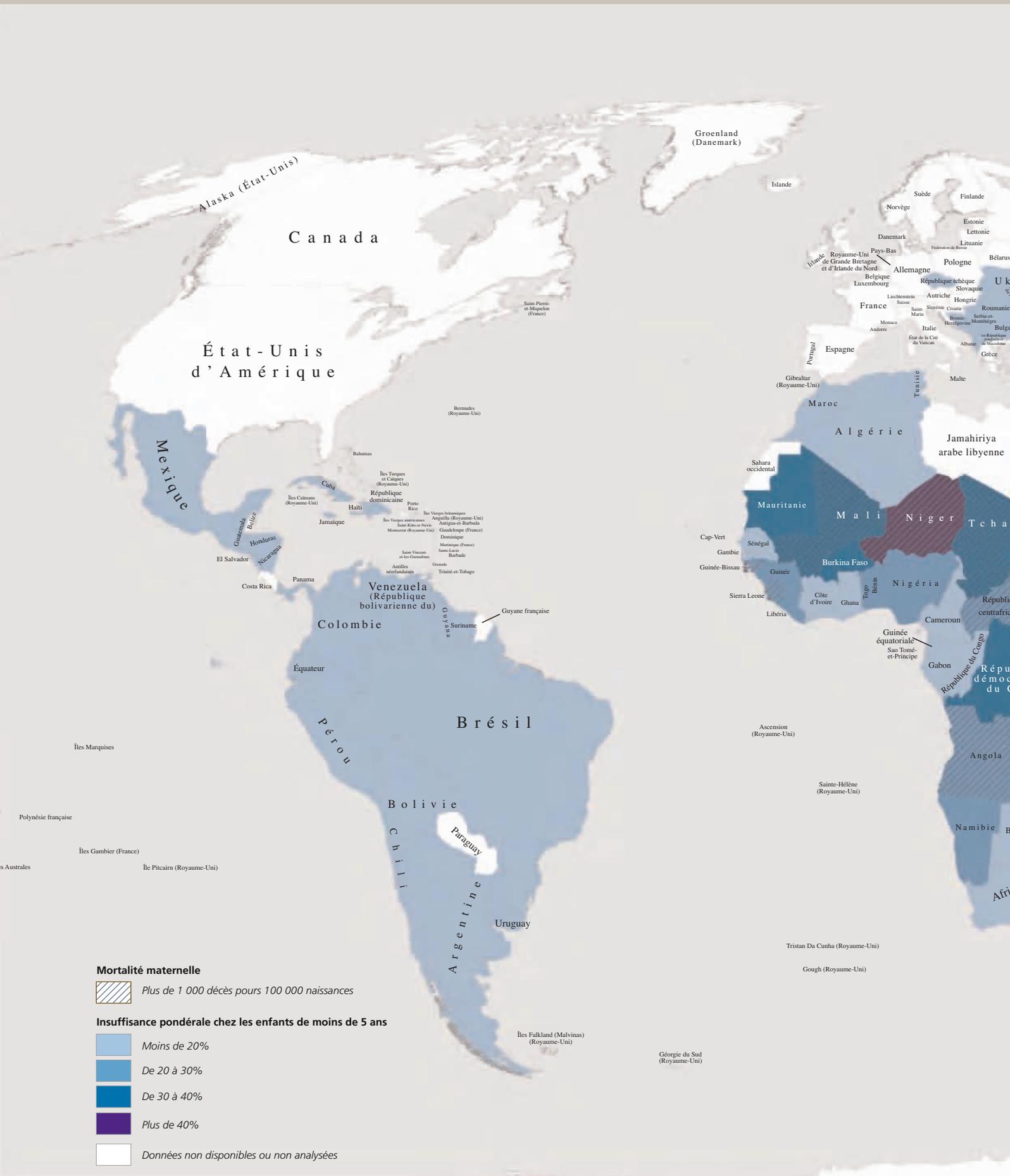
Carte B – La faim et la santé dans le monde

Cette carte met en évidence les pays où l'on recense plus de 1 500 décès dus à des causes liées à la grossesse, y compris les décès intervenant dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, pour 100 000 naissances. Ce seuil est basé sur les critères de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève.

Source des données:

- Insuffisance pondérale: Organisation mondiale de la santé. 2007. *Statistiques sanitaires mondiales 2007*. Genève, OMS.

Carte B – La faim et la santé dans le monde



Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Carte établie par l'Unité ACV du PAM.

Source des données: OMS, 2007

