

AMÉLIORER LA NUTRITION DE L'ENFANT

Un objectif impératif et réalisable
pour le progrès mondial



unissons-nous
pour les enfants

unicef 

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Avril 2013

Une autorisation est nécessaire pour reproduire toute partie de cette publication.
L'autorisation sera accordée gratuitement aux établissements d'enseignement et aux organisations à but non lucratif. Les autres devront s'acquitter d'une somme modique.

Pour toute demande d'autorisation, veuillez contacter :
Division de la communication, UNICEF
à l'attention de : Permissions, H-6F
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326-7434
Courriel : nyhqdoc.permit@unicef.org

Le présent rapport ainsi que tout rectificatif effectué
après sa publication sont disponibles sur le site
www.unicef.org/publications/index.html

ISBN : 978-92-806-4687-0
Publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.XX.4

Crédits photo

Couverture : © UNICEF/NYHQ2010-3063/Pirozzi
Page 1 : © UNICEF/INDA2012-00208/Vishwanathan
Page 2 : © UNICEF/NYHQ2010-3088/Pirozzi
Page 3 : © UNICEF/NYHQ2010-3087/Pirozzi
Page 7 : © UNICEF/NYHQ2009-0812/Ramoneda
Page 17 : © UNICEF/NYHQ2011-0385/Asselin
Page 28 : © UNICEF/Kyrgyzstan/2009/Gorshkova
Page 33 : © UNICEF/NYHQ2012-1793/Sokol
Page 34 : © UNICEF/NYHQ2008-1577/Pirozzi
Page 39 : © UNICEF/NYHQ2012-0577/Ose
Page 40 : © UNICEF/NYHQ2008-1373/Pietrasik
Page 42 : © UNICEF/NYHQ2006-2243/Pirozzi
Page 44 : © UNICEF/BANA2011-00682/Sujan
Page 47 : © UNICEF/NYHQ1998-1166/Noorani
Page 49 : © UNICEF/NYHQ2012-0178/Asselin
Page 51 : © UNICEF/NYHQ2008-1390/Pietrasik
Page 55 : © UNICEF/NYHQ2012-0353/Asselin
Page 113 : © UNICEF/INDA2012-00201/Vishwanathan

AMÉLIORER LA NUTRITION DE L'ENFANT

**Un objectif impératif et réalisable
pour le progrès mondial**

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iii
PRINCIPAUX MESSAGES	iv
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : CAUSES ET CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION	3
CHAPITRE 3 : SITUATION ACTUELLE DE LA NUTRITION	7
Retard de croissance	8
Insuffisance pondérale	12
Émaciation	13
Surcharge pondérale	15
Insuffisance pondérale à la naissance	16
CHAPITRE 4 : INTERVENTIONS VISANT À TRAITER LES RETARDS DE CROISSANCE ET AUTRES FORMES DE SOUS-NUTRITION	17
Interventions spécifiques à la nutrition	17
Nutrition maternelle	18
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	19
Prévention et traitement des carences en micronutriments	23
Prévention et traitement de la malnutrition aiguë sévère	25
Eau, assainissement, hygiène et accès aux services de santé	26
Interventions prenant en compte la nutrition	26
Maintenir le cap sur l'équité	27
CHAPITRE 5 : ILS L'ONT FAIT : EXEMPLES DE RÉUSSITES EN MATIÈRE DE NUTRITION À PLUS GRANDE ÉCHELLE	28
Éthiopie : réduire la sous-nutrition à l'aide de la planification nationale	28
Haïti : développer des services de nutrition en situation d'urgence	30
Inde : améliorer la gouvernance en matière de nutrition afin de lutter contre le retard de croissance des enfants au Maharashtra	31
Népal : réaliser des progrès constants en faveur des femmes et des enfants	32
Pérou : atteindre les plus défavorisés en mettant l'accent sur l'équité	35
Rwanda : réduire le retard de croissance des enfants grâce à une action nationale consolidée	37
République démocratique du Congo : généraliser la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère	38
Sri Lanka : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans en promouvant l'allaitement maternel	40
Kirghizistan : réduire les carences en fer grâce à l'enrichissement des aliments à domicile	41
République-Unie de Tanzanie : institutionnaliser la supplémentation en vitamine A	43
Viet Nam : protéger l'allaitement maternel par la législation	45
CHAPITRE 6 : ÉVOLUTION RÉCENTE DES PARTENARIATS MONDIAUX	47
CHAPITRE 7 : PERSPECTIVES D'AVENIR	49
RÉFÉRENCES	52
PANORAMA DE LA NUTRITION : LES 24 PAYS AVEC LA CHARGE LA PLUS LOURDE, ET LA PRÉVALENCE LA PLUS ÉLEVÉE, POUR LES RETARDS DE CROISSANCE	55
Indicateurs et graphiques en aires concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants	104
Définitions des indicateurs	106
Sources des données	112
TABLEAUX STATISTIQUES	113
Tableau 1 : Classement des pays sur la base du nombre d'enfants présentant un retard de croissance	114
Tableau 2 : Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel	116
Tableau 3 : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et indicateurs relatifs aux micronutriments	120
Classification régionale et notes générales sur les données	124

AVANT-PROPOS

Une mauvaise alimentation dans les 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant peut avoir des conséquences irréversibles. Pour des millions d'enfants, cela implique un retard de croissance qui les affectera à vie.

Plus petits que les autres, ces enfants sont plus exposés aux maladies et affichent souvent un retard scolaire. Une fois adultes, ils sont plus susceptibles de souffrir d'obésité et de maladies non transmissibles. Et lorsqu'ils commencent à travailler, ils gagnent souvent moins que leurs collègues n'ayant pas souffert d'un retard de croissance.

Il est difficile d'imaginer plus grande injustice que celle qui prive l'enfant, dans le ventre de sa mère et dès son plus jeune âge, de la capacité de développer pleinement ses talents tout au long de sa vie.

Cette situation dramatique affecte les 165 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrant aujourd'hui, dans le monde, d'un retard de croissance. Cela représente une violation de leurs droits, mais aussi une énorme charge pour des pays dont les futurs citoyens ne seront ni en aussi bonne santé, ni aussi productifs qu'ils auraient pu l'être.

Et n'oublions pas les dizaines de millions d'enfants dans le monde qui sont exposés aux ravages mortels de la malnutrition aiguë sévère. Peu à peu, le traitement gagne du terrain mais il demeure encore hors de portée d'un trop grand nombre d'enfants. Environ un tiers de la mortalité des moins de 5 ans est due à la sous-nutrition.

Aujourd'hui, on commence enfin à reconnaître la gravité de la sous-nutrition et de ses effets à long terme et à lutter de plus en plus activement contre ce fléau. Cela est dû notamment à la prise en compte d'un ensemble toujours plus important de données sur les effets à court et à long terme du retard de croissance et des autres formes de sous-nutrition.

Conscient que l'investissement dans la nutrition est un moyen essentiel de faire progresser la prospérité mondiale, le G8 a placé cette question en tête de ses priorités. La communauté mondiale œuvrant dans le domaine de la nutrition se mobilise autour du Mouvement « Renforcer la nutrition » (*Scaling Up Nutrition*, SUN). Le Secrétaire général des Nations Unies a inscrit l'objectif de l'élimination du retard de croissance dans son « Défi Faim zéro » visant à éradiquer la faim dans le monde. Le Forum économique mondial 2013 a rappelé que la sécurité alimentaire et nutritionnelle constitue une priorité mondiale. Dans le cadre

du tout récent Consensus de Copenhague, un groupe d'économistes a choisi la réduction du retard de croissance comme l'une des principales priorités en matière d'investissement.

De plus en plus de pays déploient leurs programmes de nutrition afin de toucher les enfants durant la période critique qui va de la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans, et ces programmes se révèlent efficaces. Les pays qui réussissent à faire bénéficier les mères et leurs enfants d'interventions nutritionnelles efficaces au cours des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant obtiennent de bons résultats. Le retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition sont en baisse.

Cependant, des millions de mères et leurs enfants doivent être soutenus de toute urgence, notamment dans les régions les plus difficiles à atteindre.

L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé l'objectif d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance d'ici 2025, soit environ 70 millions d'enfants épargnés.

Le présent rapport montre que nous pouvons atteindre cet objectif. Des pays tels que l'Éthiopie, Haïti, le Népal, le Pérou et le Rwanda donnent l'exemple en déployant des initiatives axées sur l'équité. S'engageant à une obligation de résultats, ils obtiennent des avancées grâce au plaidoyer, à une meilleure affectation des ressources et à l'investissement dans des politiques et des programmes personnalisés.

Ces progrès, lorsqu'ils peuvent être obtenus, relèvent d'une obligation morale.

Les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant peuvent peser sur toute son existence. C'est pourquoi nous devons d'urgence faire tout notre possible pour donner aux mères et aux enfants les plus défavorisés une alimentation fiable et de qualité.

Un bon départ dans la vie commence par une bonne santé, et c'est ce qui permettra aux enfants de réaliser pleinement leur potentiel. Nous le devons à chaque enfant, partout dans le monde.



Anthony Lake
Directeur général, UNICEF

PRINCIPAUX MESSAGES

Gros plan sur la prévention du retard de croissance

- Environ un quart des enfants de moins de 5 ans souffre d'un retard de croissance dans le monde (26 % en 2011). On estime que 80 % des 165 millions d'enfants affectés par ce problème dans le monde vivent dans 14 pays seulement.
- Le retard de croissance et les autres formes de sous-nutrition réduisent les chances de survie de l'enfant tout en affectant sa santé et en faisant obstacle à une croissance optimale. Le retard de croissance est associé à un développement cérébral non optimal, susceptible d'avoir des répercussions durables sur les capacités intellectuelles, les performances scolaires et la rémunération future. Cela affecte à son tour le potentiel de développement des nations.
- La lutte contre la sous-nutrition des enfants a connu une évolution, passant des actions visant à réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids insuffisant pour l'âge) à la prévention du retard de croissance (taille insuffisante pour l'âge). Aujourd'hui, on comprend mieux l'importance cruciale de la nutrition durant les 1 000 jours couvrant la grossesse et les deux premières années de la vie de l'enfant, et on sait que le retard de croissance reflète les carences au cours de cette période. L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé un nouvel objectif de réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance d'ici 2025.
- Outre la qualité et la fréquence de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que l'incidence des maladies infectieuses, la nutrition et l'état de santé de la mère jouent un rôle déterminant dans le retard de croissance. Une mère dénutrie est plus susceptible de donner naissance à un enfant présentant un retard de croissance, ce qui perpétue le cercle vicieux de la sous-nutrition et de la pauvreté.
- Un enfant souffrant d'un retard de croissance deviendra, à l'âge adulte, plus susceptible de développer une obésité ou des maladies chroniques. Si l'on ajoute à cela l'urbanisation croissante et les changements de régime alimentaire et de mode de vie, on risque d'assister à une expansion de ces affections dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Cela pourrait créer de nouvelles difficultés économiques et sociales, notamment chez les groupes vulnérables.

Des approches efficaces

- La réduction des retards de croissance et autres formes de sous-nutrition peut être obtenue par des interventions ayant fait leurs preuves. Parmi celles-ci figure l'amélioration de la nutrition des femmes (notamment avant, pendant et après la grossesse), l'allaitement maternel précoce et exclusif, une alimentation d'appoint de grande qualité, adaptée, saine et fournie en temps opportun, et des interventions appropriées en matière de micronutriments.
- Le moment doit être bien choisi : les interventions doivent être axées sur la période critique des 1 000 jours couvrant la grossesse et les deux premières années de la vie de l'enfant. Après cette période, une prise de poids trop importante peut augmenter le risque que l'enfant devienne obèse et développe d'autres problèmes de santé.
- Les actions visant à déployer des programmes de nutrition fonctionnent bien et sont bénéfiques aux femmes, aux enfants et aux communautés de nombreux pays. Tous ces programmes comportent des éléments communs : engagement politique, politiques et programmes nationaux fondés sur des analyses et des données probantes, présence d'intervenants communautaires formés et compétents œuvrant en collaboration avec les communautés, communication et plaidoyer efficaces, prestation de services intégrés et multisectoriels.

Mouvement mondial visant à renforcer les programmes de nutrition

- L'intérêt pour la nutrition a augmenté de façon importante. Les pénuries alimentaires récurrentes, l'augmentation du prix des denrées alimentaires, la consolidation des données factuelles et l'augmentation de l'obésité ont créé un vaste élan d'intérêt et de mobilisation.
- Plus que jamais, l'investissement dans la nutrition est considéré comme un axe de développement prioritaire pour la prospérité mondiale. Le G8, ou groupe des 8 pays les plus riches, a placé la nutrition parmi ses priorités de développement et le Secrétaire général des Nations Unies a inclus l'élimination du retard de croissance parmi les objectifs du « Défi Faim zéro ».
- La communauté mondiale œuvrant dans le domaine de la nutrition se mobilise autour du mouvement Renforcer la nutrition (SUN) qui soutient les actions menées au niveau national pour la réduction du taux de retard de croissance et autres formes de malnutrition.



INTRODUCTION

Le rapport 2009 de l'UNICEF *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère* a souligné l'impact des niveaux élevés de sous-nutrition sur la survie des enfants, leur croissance et leur développement ainsi que le coût social et économique que cela représente pour les nations. Décrivant la situation des programmes de nutrition à travers le monde, le rapport plaide pour l'amélioration et le déploiement d'interventions essentielles durant la période critique des 1 000 jours couvrant la grossesse et les deux premières années de la vie de l'enfant, marquées par un développement physique et psychique rapide. Le présent rapport s'appuie sur ces conclusions en mettant en évidence les nouvelles évolutions et en démontrant que les efforts visant à transposer à plus grande échelle les programmes de nutrition ne sont pas vains et bénéficient aux enfants dans de nombreux pays.

Il y a plus de vingt ans, l'UNICEF a décrit la nature et les facteurs déterminants de la sous-nutrition maternelle et infantile dans un premier cadre conceptuel. La sous-nutrition infantile n'est pas seulement due à une carence en aliments adaptés ou suffisamment nutritifs, mais aussi à la fréquence des maladies, aux mauvaises pratiques en matière d'hygiène et de soins et au manque d'accès aux services sociaux et de santé. Ce cadre conceptuel n'a rien perdu de sa pertinence, mais il est maintenant influencé par des évolutions passionnantes dans le domaine de la nutrition.

Confortée par de nouvelles données, la compréhension des conséquences à court et à long terme de la sous-nutrition a évolué. Il se confirme que la sous-nutrition risque d'enfermer les enfants, les familles, les communautés et les pays dans un cycle intergénérationnel caractérisé par la mauvaise alimentation, la maladie et la pauvreté. On en sait davantage sur les mécanismes associant une croissance insuffisante du fait de carences nutritionnelles avant l'âge de 2 ans et l'altération du développement cérébral ainsi que la baisse consécutive des performances scolaires. Et il existe des données claires et exhaustives sur la nécessité de promouvoir une croissance optimale au cours de cette période

critique afin d'éviter un risque élevé de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, à l'âge adulte voire à la génération suivante.

Fortes de ces nouvelles connaissances, la communauté internationale met aujourd'hui davantage l'accent sur le retard de croissance (taille insuffisante pour l'âge) en tant qu'indicateur privilégié pour mesurer les progrès en matière de réduction de la sous-nutrition. Cela implique de moins se focaliser sur l'insuffisance pondérale (poids insuffisant pour l'âge), qui est un indicateur clé pour mesurer les progrès accomplis vers le premier Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 1).

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé, organe décisionnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a convenu d'un nouvel objectif : réduire de 40 % le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance d'ici 2025. Le Secrétaire général des Nations Unies a inclus l'objectif d'élimination des retards de croissance dans son « Défi Faim zéro » lancé en juin 2012. Cette importance accordée au retard de croissance a conduit à une révision des stratégies et programmes nationaux afin de mettre l'accent sur la prévention et les programmes intégrés.



Outre ce changement d'orientation visant à réduire le retard de croissance, le paysage nutritionnel mondial a connu une évolution majeure suscitant un élan sans précédent. Il y a quelques années seulement, la nutrition était un aspect négligé du développement, et la communauté en charge de cette question était fragmentée, manifestait des opinions multiples et ne disposait d'aucune approche unifiée. Le lancement du mouvement SUN, en 2010, a provoqué un changement très nécessaire.

Ce mouvement vise à renforcer l'engagement national afin d'obtenir des avancées plus rapides dans la réduction des retards de croissance et autres formes de sous-nutrition, ainsi que de la surcharge pondérale. Grâce au mouvement SUN, les pays s'efforcent d'améliorer l'accès à des aliments abordables et nutritifs, ainsi que leur demande. Ils s'intéressent également aux autres facteurs qui déterminent l'état nutritionnel, tels que l'amélioration des pratiques d'alimentation et de soins, l'eau potable, l'assainissement, les soins de santé, la protection sociale et les initiatives d'autonomisation des femmes.

Plus de 30 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont rejoint le mouvement SUN. Ils développent leurs programmes de nutrition, soutenus par les pays donateurs, les organismes des Nations Unies, la société civile et le secteur privé. Ce mouvement aide les pays à s'acquitter de leurs obligations de garantir le respect du droit à l'alimentation de leurs citoyens. Initialement codifié dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et réaffirmé par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le droit à l'alimentation est un droit humain fondamental. La réalisation de ce droit est essentielle à la réalisation d'autres droits, notamment le droit à la santé et les perspectives qu'il implique.

Le retard de croissance (et les autres formes de sous-nutrition) illustre tout à fait les inégalités sociales et sert de marqueur de pauvreté et sous-développement. Le présent rapport montre qu'il existe désormais une occasion de remédier à cette injustice majeure en déployant les programmes de nutrition.

Afin de démontrer que des résultats peuvent être obtenus même dans un court laps de temps, le rapport comporte des exemples de pays où la nutrition a été améliorée à grande échelle. Il dresse également un panorama actualisé de la nutrition dans les pays où la prévalence du retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est égale ou supérieure à 40 %, ainsi que dans ceux qui sont le plus touchés en valeur absolue par ce problème.



CAUSES ET CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION

Causes de la sous-nutrition et importance du facteur temps

Le cadre conceptuel de l'UNICEF définit la nutrition et présente les causes multifactorielles de la sous-nutrition (Figure 1). L'état nutritionnel est influencé par trois grands facteurs : alimentation, santé et soins. L'état nutritionnel est optimal lorsque l'enfant a accès à une alimentation abordable, diversifiée et riche en éléments nutritifs, avec des pratiques maternelles et de soins appropriées, des services de santé adaptés, dans un environnement sain comprenant notamment l'eau potable, l'assainissement et de bonnes pratiques d'hygiène. Ces facteurs influent directement sur l'apport nutritionnel et la présence de maladies. L'interaction entre sous-nutrition et infection crée un cycle potentiellement mortel d'aggravation de la maladie et de dégradation de l'état nutritionnel.

L'alimentation, la santé et les soins sont influencés par des facteurs sociaux, économiques et politiques. La combinaison et l'importance relative de ces facteurs diffèrent d'un pays à l'autre. Il est impératif de comprendre les causes immédiates et sous-jacentes de la sous-nutrition dans un contexte donné pour apporter des solutions appropriées, efficaces et durables et répondre convenablement aux besoins des populations les plus vulnérables.

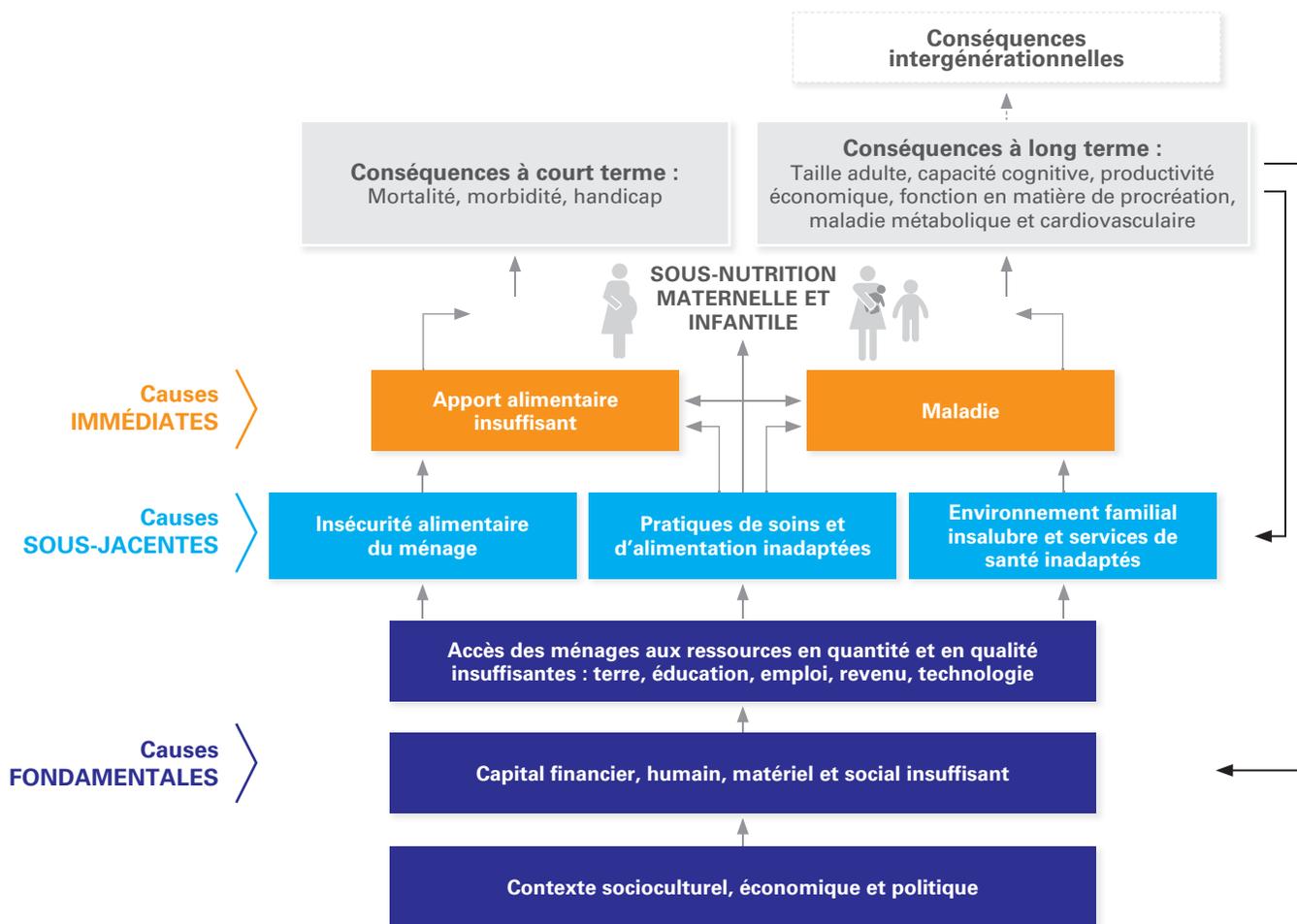
Du point de vue du cycle de vie, le moment le plus important pour la satisfaction des besoins nutritionnels de l'enfant est la période des 1 000 jours débutant à la grossesse de la mère et s'achevant au deuxième anniversaire de l'enfant. Durant cette période, l'enfant a des besoins nutritionnels accrus pour subvenir à sa croissance et à son développement rapide, il est plus vulnérable aux infections, présente une sensibilité accrue

à la programmation métabolique¹ et est totalement dépendant des autres en termes d'alimentation, de soins et d'interactions sociales.

L'évaluation de la sous-nutrition infantile s'effectue par la mesure de la taille et du poids de l'enfant et par le dépistage d'éventuelles manifestations cliniques et marqueurs biochimiques. Pour évaluer l'état nutritionnel d'une population, les indicateurs le plus couramment utilisés sont basés sur le poids, la taille et l'âge et sont comparés aux normes internationales. Le retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge) reflète une exposition chronique précoce à la sous-nutrition. L'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille) reflète une sous-nutrition aiguë. L'insuffisance pondérale (poids insuffisant par rapport à l'âge) est un indicateur mixte qui combine des éléments du retard de croissance et de l'émaciation.

L'attention apportée aujourd'hui à la réduction du retard de croissance reflète une meilleure compréhension de l'importance de la sous-nutrition au cours de la période de développement la plus critique, dans les premiers mois de la vie, et de ses conséquences à long terme, jusqu'à l'âge adulte. Les données issues de 54 pays à revenu faible et intermédiaire montrent que les troubles de la croissance commencent en moyenne durant la grossesse et se poursuivent jusqu'à l'âge de 24 mois environ. Ce déficit pondéral ne se récupère pas et son rattrapage, plus tard dans l'enfance, demeure minimal². Alors que le cadre conceptuel de l'UNICEF reflétait la priorité accordée aux enfants d'âge préscolaire, on met désormais davantage l'accent sur les politiques et les programmes soutenant la mise en place d'interventions avant l'âge de 2 ans, notamment en matière de nutrition et de santé maternelles et infantiles, d'alimentation adaptée au nourrisson et au jeune enfant et de pratiques de soins.

FIGURE 1 Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la sous-nutrition infantile



Les flèches noires montrent que les conséquences de la sous-nutrition peuvent à leur tour en alimenter les causes fondamentales et sous-jacentes, perpétuant ainsi le cycle sous-nutrition/pauvreté/inégalités.

Source : Adapté de l'UNICEF, 1990.

Une alimentation maternelle adaptée, la bonne condition physique et la santé de la mère sont des facteurs essentiels à la prévention de la sous-nutrition infantile. La grossesse accroît les besoins nutritionnels et les carences en protéines, énergie, vitamines et minéraux sont courantes durant cette période. Ces carences ne résultent pas seulement d'un apport alimentaire insuffisant. La maladie peut perturber l'assimilation des éléments nutritifs ou réduire l'appétit; le stress environnemental et psychosocial affectant la mère peut contribuer également à la sous-nutrition infantile³; une mauvaise alimentation de la mère peut entraver le développement fœtal, contribuant à une insuffisance pondérale à la naissance, au retard de croissance consécutif et à d'autres formes de sous-nutrition.

Les filles sous-alimentées sont plus susceptibles de devenir des mères sous-alimentées, qui à leur tour

présentent un plus grand risque de donner naissance à des bébés d'un poids insuffisant à la naissance⁴, perpétuant ainsi le cycle intergénérationnel. Ce cycle peut encore s'aggraver chez les jeunes mères, notamment les adolescentes qui commencent à procréer avant d'atteindre une croissance et un développement suffisants. Des grossesses répétées et rapprochées peuvent aggraver davantage les déficits nutritionnels, qui risquent ensuite d'être transmis aux enfants.

L'insuffisance pondérale à la naissance est associée à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. On estime que 60 à 80 % des décès néonataux affectent des bébés de poids insuffisant (estimations 2005)⁵. En Asie du Sud on estime à 28 % le nombre de nourrissons présentant un poids insuffisant à la naissance⁶.

Après la naissance, un certain nombre de pratiques peuvent perturber directement la croissance : pratiques d'allaitement inadaptées telles que l'allaitement maternel non exclusif, alimentation complémentaire inadaptée (à un âge inapproprié par exemple), difficultés d'accès ou d'utilisation de divers types d'aliments et apport insuffisant en micronutriments. Une faible croissance peut encore être aggravée par la fréquence de maladies infectieuses telles que la diarrhée, le paludisme ou l'infestation par des vers intestinaux.

Conséquences de la sous-nutrition

Le retard de croissance et les autres formes de sous-nutrition sont, à l'évidence, un facteur majeur de mortalité infantile, de maladie et de handicap. Par exemple, le risque de décès est quatre fois plus élevé pour un enfant atteint d'un retard de croissance grave et neuf fois plus élevé pour un enfant souffrant d'émaciation grave⁷. Les carences nutritionnelles spécifiques telles que la carence en vitamine A, en fer ou en zinc accroissent également le risque de décès. La sous-nutrition peut provoquer diverses maladies comme la cécité due à la carence en vitamine A ou des malformations du tube neural dues à une carence en acide folique.

Des données bien établies ont permis de mieux comprendre les effets dévastateurs de la sous-nutrition sur la morbidité et la mortalité. La connaissance de l'impact du retard de croissance et des autres formes de sous-nutrition sur le développement socio-économique et sur la formation du capital humain a été étayée et développée par des recherches plus récentes⁸.

Des recherches antérieures avaient précisé l'impact d'un apport insuffisant en certains micronutriments tels que le fer, l'acide folique et l'iode sur le développement du cerveau et du système nerveux et sur les performances scolaires ultérieures. L'impact de la carence en fer, qui réduit les performances scolaires chez les enfants et la capacité physique à travailler chez les adultes a également été étudié.

La sous-nutrition précoce a de toute évidence des conséquences majeures sur les résultats futurs en matière d'éducation, de revenus et de productivité. Le retard de croissance est associé à de mauvaises performances et à des résultats scolaires faibles⁹. Des études transversales récentes menées sur de nombreux enfants d'Afrique du Sud, du Brésil, du Guatemala, d'Inde et des Philippines ont confirmé le lien entre retard de croissance et diminution de la scolarisation et ont aussi démontré que le retard de croissance était un facteur prédictif du redoublement¹⁰.

Une diminution de l'assiduité et des résultats scolaires se traduit par une moindre capacité à générer des revenus à l'âge adulte, et une perte moyenne de 22 % du revenu annuel, selon une étude de 2007¹¹.

Il apparaît désormais plus clairement que l'impact du retard de croissance et des autres formes de sous-nutrition sur le développement se produit plus tôt et de façon plus importante qu'on ne le pensait. Le développement cérébral et du système nerveux commence tôt au cours de la grossesse et il est en grande partie terminé lorsque l'enfant atteint l'âge de 2 ans. Le moment où interviennent les carences nutritionnelles ainsi que leur degré de gravité et leur durée affectent le développement cérébral de différentes façons, selon les besoins de l'enfant pour un nutriment donné à un moment précis¹². Le cerveau en cours de développement possède une capacité de réparation mais il est également très vulnérable et les carences en nutriments durant cette période critique ont des répercussions à long terme.

Ces nouvelles connaissances, combinées au fait que le processus irréversible du retard de croissance se produit tôt dans la vie, ont conduit à une réorientation de la programmation. Auparavant, l'accent était mis sur les enfants de moins de 5 ans alors qu'aujourd'hui, on insiste de plus en plus sur la période de 1 000 jours, depuis la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

L'amélioration de la nutrition après l'âge de 2 ans ne permet généralement pas la récupération du potentiel perdu. Les données issues des cinq pays étudiés ont montré que le gain de poids pendant les deux premières années de la vie (mais pas par la suite) améliorait les résultats scolaires ultérieurs, soulignant l'importance cruciale de cette période favorable¹³. Des études menées précédemment sur des orphelins coréens souffrant de malnutrition et adoptés par des familles américaines ont révélé de mauvaises performances aux tests cognitifs, séquelles de l'état nutritionnel des enfants au moment de leur adoption. Les enfants adoptés avant l'âge de 2 ans obtenaient des résultats sensiblement plus élevés que les enfants adoptés plus tardivement¹⁴. Une série d'études transversales sud-africaines a évalué l'impact de la sous-nutrition sévère avant l'âge de 2 ans sur la croissance physique et sur le fonctionnement intellectuel au cours de l'adolescence. Même en tenant compte d'une amélioration de leur environnement et d'un rattrapage de croissance, les enfants qui avaient connu une sous-nutrition chronique dans la petite enfance souffraient d'une déficience intellectuelle irréversible¹⁵.

Une autre conséquence du retard de croissance apparaît aujourd'hui plus clairement, c'est l'impact ultérieur sur la santé et la prise de poids rapide et disproportionnée qui peut s'ensuivre.

Ces effets à long terme sont désignés sous le nom de « programmation foetale » : une mauvaise croissance foetale, une petite taille à la naissance et une mauvaise croissance en début de vie suivie d'une prise de poids rapide plus tard dans l'enfance augmentent le risque de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension et de diabète de type II¹⁶. Il est souhaitable que la croissance optimale soit atteinte avant l'âge de 24 mois car un retard de croissance suivi d'une prise de poids disproportionnée après cette période augmente le risque d'obésité et d'autres problèmes de santé¹⁷.

Étant donné que les enfants souffrant d'un retard de croissance présentent à l'âge adulte une plus grande propension à développer une obésité ou d'autres maladies chroniques, le risque d'une propagation des problèmes de santé s'accroît, notamment dans les pays en transition qui connaissent une urbanisation croissante et une évolution de leur régime alimentaire et de leur mode de vie. Cette transition épidémiologique pourrait engendrer de nouveaux problèmes économiques et sociaux dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire où le retard de croissance est très répandu, notamment parmi les groupes de population les plus pauvres.

ENCADRÉ 1 Interaction fatale entre sous-nutrition et infections courantes

On estime qu'un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans est dû à la sous-nutrition. Celle-ci expose en effet l'enfant à un risque beaucoup plus élevé de succomber ou d'être gravement touché par les maladies infantiles courantes comme la rougeole, la diarrhée, la pneumonie, le paludisme voire le VIH et le SIDA. S'il souffre d'une insuffisance pondérale sévère, l'enfant a 9,5 fois plus de risques de mourir d'une diarrhée qu'un enfant de poids normal, et s'il présente un retard de croissance, le risque de décès est 4,6 fois plus important (Figure 2).

La sous-nutrition affaiblit le système immunitaire, exposant l'enfant à un risque accru d'accès infectieux graves, fréquents et prolongés. Mais la sous-nutrition peut aussi être une conséquence des infections répétées. Ces dernières risquent encore d'aggraver l'état nutritionnel de l'enfant à une période où ses besoins alimentaires sont les plus importants. Cette interaction entre sous-nutrition et infection crée un cycle potentiellement mortel d'aggravation de la maladie et de dégradation de l'état nutritionnel.

Certaines interventions peuvent rompre ce cycle, comme la promotion des pratiques optimales d'allaitement maternel, de la supplémentation en micronutriments et de la réduction de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance (voir Chapitre 4). Par exemple, les nourrissons non allaités au sein présentent 15 fois plus de risques de mourir d'une pneumonie et 11 fois plus de risques de mourir d'une diarrhée que les enfants allaités exclusivement au sein (Figure 3). De même, la mortalité toutes causes confondues est 14 fois plus élevée chez les nourrissons non nourris au sein que chez ceux exclusivement nourris au sein¹⁸.

FIGURE 2 Les enfants dénutris présentent un risque plus élevé de succomber à la diarrhée ou à la pneumonie

Risque relatif approché (*odds ratio*) de décès par diarrhée ou pneumonie chez un enfant dénutri par rapport à un enfant bien alimenté, dans différents pays*

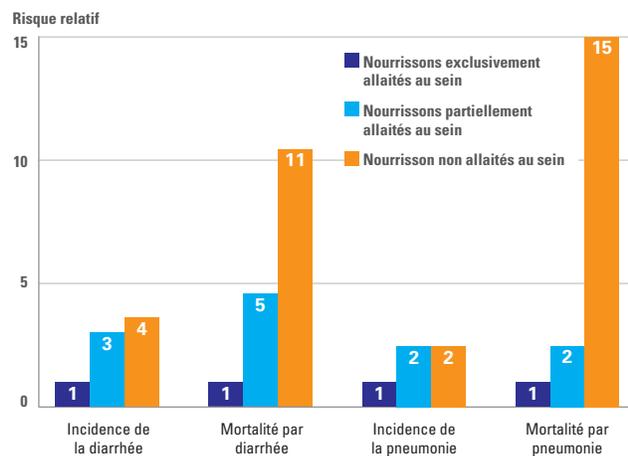
	Risque relatif approché			
	Sous-nutrition grave	Sous-nutrition modérée	Sous-nutrition légère	Absence de sous-nutrition
Insuffisance pondérale				
Diarrhée	9,5	3,4	2,1	1,0
Pneumonie	6,4	1,3	1,2	1,0
Retard de croissance				
Diarrhée	4,6	1,6	1,2	1,0
Pneumonie	3,2	1,3	1,0	1,0
Émaciation				
Diarrhée	6,3	2,9	1,2	1,0
Pneumonie	8,7	4,2	1,6	1,0

* Bangladesh, Ghana, Guinée-Bissau, Inde, Népal, Pakistan, Philippines et Sénégal.

Source : Adapté de Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, n°. 9608, 19 janvier 2008, p. 243-260.

FIGURE 3 Les nourrissons qui ne sont pas allaités présentent un plus grand risque de décès par diarrhée ou pneumonie que ceux qui sont allaités

Risque relatif de survenue de diarrhée et pneumonie et de mortalité chez les nourrissons de moins de 5 mois qui ne sont pas allaités, partiellement allaités et exclusivement allaités au sein.



Source : Adapté de Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, n°. 9608, 19 janvier 2008, p. 243-260.



SITUATION ACTUELLE DE LA NUTRITION

La malnutrition infantile peut se manifester de diverses façons. Elle est le plus souvent mesurée par le poids et la taille de l'enfant ainsi que par une évaluation biochimique et clinique. Le présent chapitre traite des niveaux et tendances des indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel, issus de données recueillies par le biais de vastes études représentatives des ménages au niveau national¹⁹.

ENCADRÉ 2 Définitions des indicateurs anthropométriques

- Le retard de croissance** reflète une sous-nutrition chronique au cours des périodes de croissance et de développement les plus décisives de la petite enfance. Il est défini par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts-types (retard modéré à grave) ou de trois écarts-types (retard grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- L'insuffisance pondérale** est une forme composite de sous-nutrition comprenant des éléments propres au retard de croissance et d'autres propres à l'émaciation. Elle est définie par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts-types (insuffisance pondérale modérée à grave) ou de trois écarts-types (insuffisance pondérale grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- L'émaciation** reflète une sous-nutrition aiguë. Elle est définie par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types (émaciation modérée à grave) ou de trois écarts-types (émaciation grave) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- La malnutrition aiguë sévère** est définie par le pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de trois écarts-types à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS, ou dont le périmètre brachial est inférieur à 115 mm, en présence ou non d'un œdème d'origine nutritionnelle.
- La surcharge pondérale** est définie par le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur de deux écarts-types (surpoids et obésité) ou de trois écarts-types (obésité) à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- L'insuffisance pondérale à la naissance** : est définie par un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes.

Retard de croissance

À l'échelle mondiale, plus d'un quart (26 %) des enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance en 2011, soit environ 165 millions d'enfants²⁰. Mais ce fléau n'est pas réparti uniformément partout dans le monde. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud abritent les trois quarts des enfants souffrant d'un retard de croissance (Figure 4). En Afrique subsaharienne, 40 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de ce mal et en Asie du Sud, 39 %.

Quatorze pays regroupent à eux seuls 80 % des enfants atteints de retard de croissance (Figure 5). Les 24 pays décrits à partir de la page 55 du présent rapport comprennent les 10 pays qui comptabilisent en valeur absolue le plus grand nombre d'enfants atteints, ainsi que les pays affichant une prévalence très élevée en la matière, soit 40 % ou plus (Figure 6). Seuls cinq des 24 pays décrits ne sont pas situés en Afrique subsaharienne ou en Asie du Sud. Dans les quatre pays où la prévalence est la plus élevée (Timor-Leste, Burundi, Niger et Madagascar), plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans sont touchés.

Retard de croissance - tendances

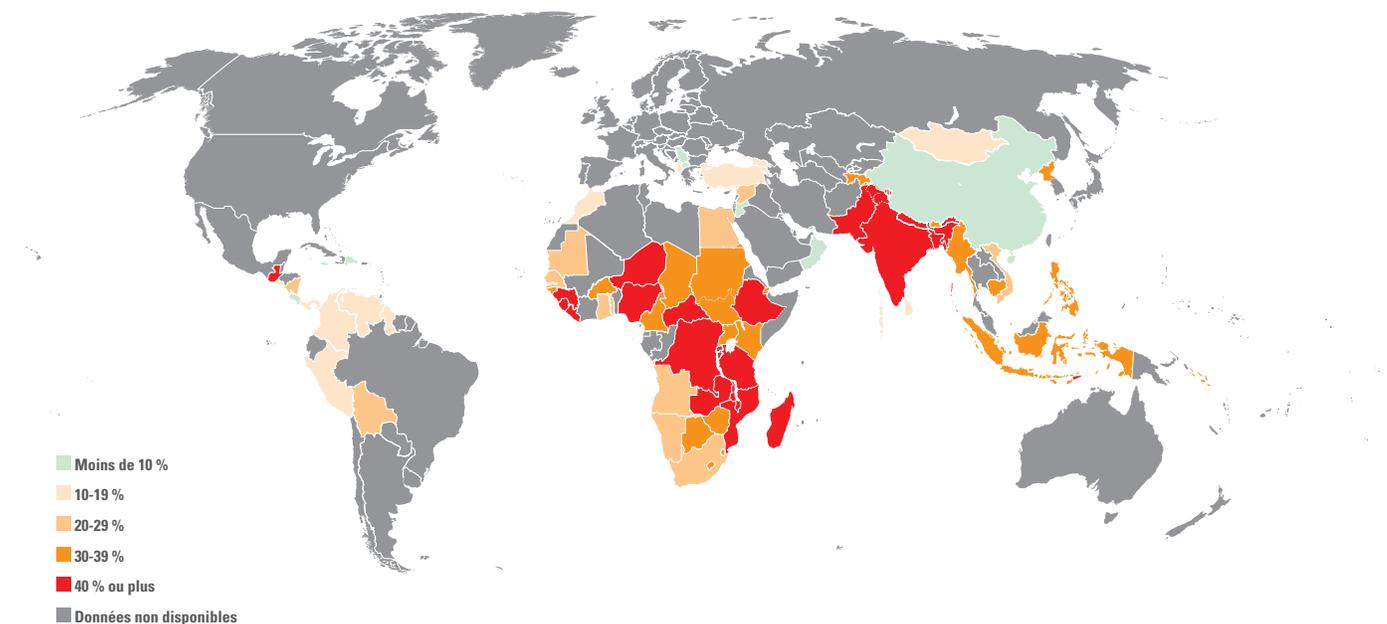
La prévalence mondiale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 36 % au cours des vingt dernières années (de 40 % estimés en 1990 à 26 % en 2011), soit un taux de réduction moyen de 2,1 % par an. En fait, chaque région a observé une baisse de la prévalence du retard de croissance sur les 20 dernières années (Figure 7), et certaines ont enregistré des améliorations remarquables.

Les principales améliorations ont eu lieu en Asie de l'Est et Pacifique. Cette région a connu une baisse d'environ 70 % de la prévalence de ce fléau, passant de 42 % en 1990 à 12 % en 2011. Cette baisse importante est principalement due aux améliorations obtenues par la Chine qui a fait passer son taux de plus de 30 % en 1990 à 10 % en 2010.

L'Amérique latine et les Caraïbes ont vu cette prévalence diminuer de près de la moitié durant la même période. L'Asie du Sud, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont obtenu quant à eux une baisse de plus d'un tiers depuis 1990.

FIGURE 4 La prévalence du retard de croissance est la plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud

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



Remarque : Les données datent de la période 2007 - 2011, à l'exception de l'Inde.

Cette carte stylisée n'est pas à l'échelle. Elle ne représente nullement un quelconque point de vue de l'UNICEF sur la situation légale de pays ou de territoires ou la délimitation de frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la ligne de démarcation du Jammu-et-Cachemire, convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été décidé par les parties. La frontière définitive n'a pas encore été déterminée entre le Soudan et le Soudan du Sud.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et autres enquêtes nationales.

FIGURE 5 80 % des enfants atteints de retard de croissance vivent dans 14 pays

Les 14 pays regroupant le plus grand nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance modéré ou grave

Classement	Pays	Année	Prévalence des retards de croissance (%)	% de la charge mondiale (2011)	Nombres d'enfants atteints de retard de croissance (modéré ou grave, en milliers)
1	Inde	2005–2006	48	38	61 723
2	Nigéria	2008	41	7	11 049
3	Pakistan	2011	44	6	9 663
4	Chine	2010	10	5	8 059
5	Indonésie	2010	36	5	7 547
6	Bangladesh	2011	41	4	5 958
7	Éthiopie	2011	44	3	5 291
8	République démocratique du Congo	2010	43	3	5 228
9	Philippines	2008	32	2	3 602
10	République-Unie de Tanzanie	2010	42	2	3 475
11	Égypte	2008	29	2	2 628
12	Kenya	2008–2009	35	1	2 403
13	Ouganda	2011	33	1	2 219
14	Soudan	2010	35	1	1 744

Remarque : Les pays apparaissant en gras sont décrits à partir de la page 55 du présent rapport. Nous ne disposons pas de données actualisées pour l'Afghanistan et le Yémen, mais ces pays sont susceptibles de contribuer de manière significative à la charge mondiale du retard de croissance : les dernières données déclarées étaient de 59 % pour l'Afghanistan en 2004 et de 58 % pour le Yémen en 2003.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007–2011, à l'exception de l'Inde.

FIGURE 6 21 pays présentent un taux de prévalence du retard de croissance très élevé

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance modéré ou grave, dans les 21 pays où le taux de prévalence est d'au moins 40 %

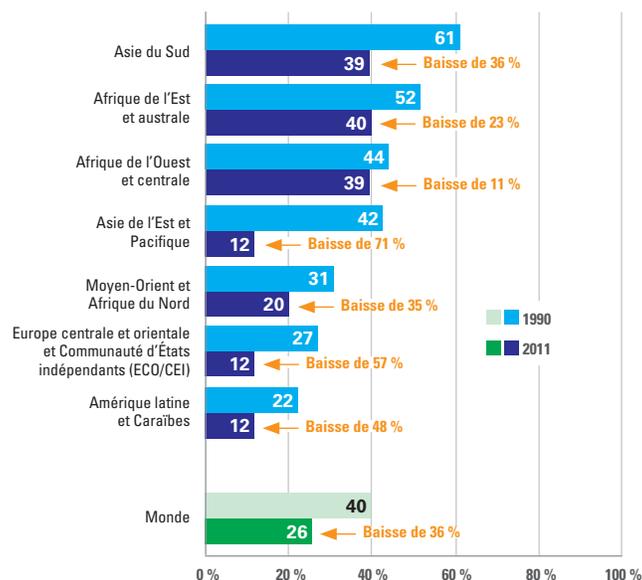
Pays	Année	Prévalence des retards de croissance (%)
Timor-Leste	2009–2010	58
Burundi	2010	58
Niger	2011	51
Madagascar	2008–2009	50
Inde	2005–2006	48
Guatemala	2008–2009	48
Malawi	2010	47
Zambie	2007	45
Éthiopie	2011	44
Sierra Leone	2010	44
Rwanda	2010	44
Pakistan	2011	44
République démocratique du Congo	2010	43
Mozambique	2011	43
République-Unie de Tanzanie	2010	42
Libéria	2010	42
Bangladesh	2011	41
République centrafricaine	2010	41
Nigéria	2008	41
Népal	2011	41
Guinée	2008	40

Remarque : Les pays apparaissant en gras sont décrits à partir de la page 55 du présent rapport.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007–2011, excepté pour l'Inde.

FIGURE 7 Toutes les régions ont connu une baisse du taux de prévalence depuis 1990

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance modéré ou grave et pourcentage de baisse du taux de prévalence, 1990–2011



Source : UNICEF, OMS, Banque mondiale, *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2012.

Cependant, la baisse de la prévalence du retard de croissance en Afrique subsaharienne n'a été que de 16 %, passant de 47 % en 1990 à 40 % en 2011. Plus d'un tiers des pays d'Afrique subsaharienne enregistrent des taux de prévalence encore très élevés.

Disparités en matière de retard de croissance

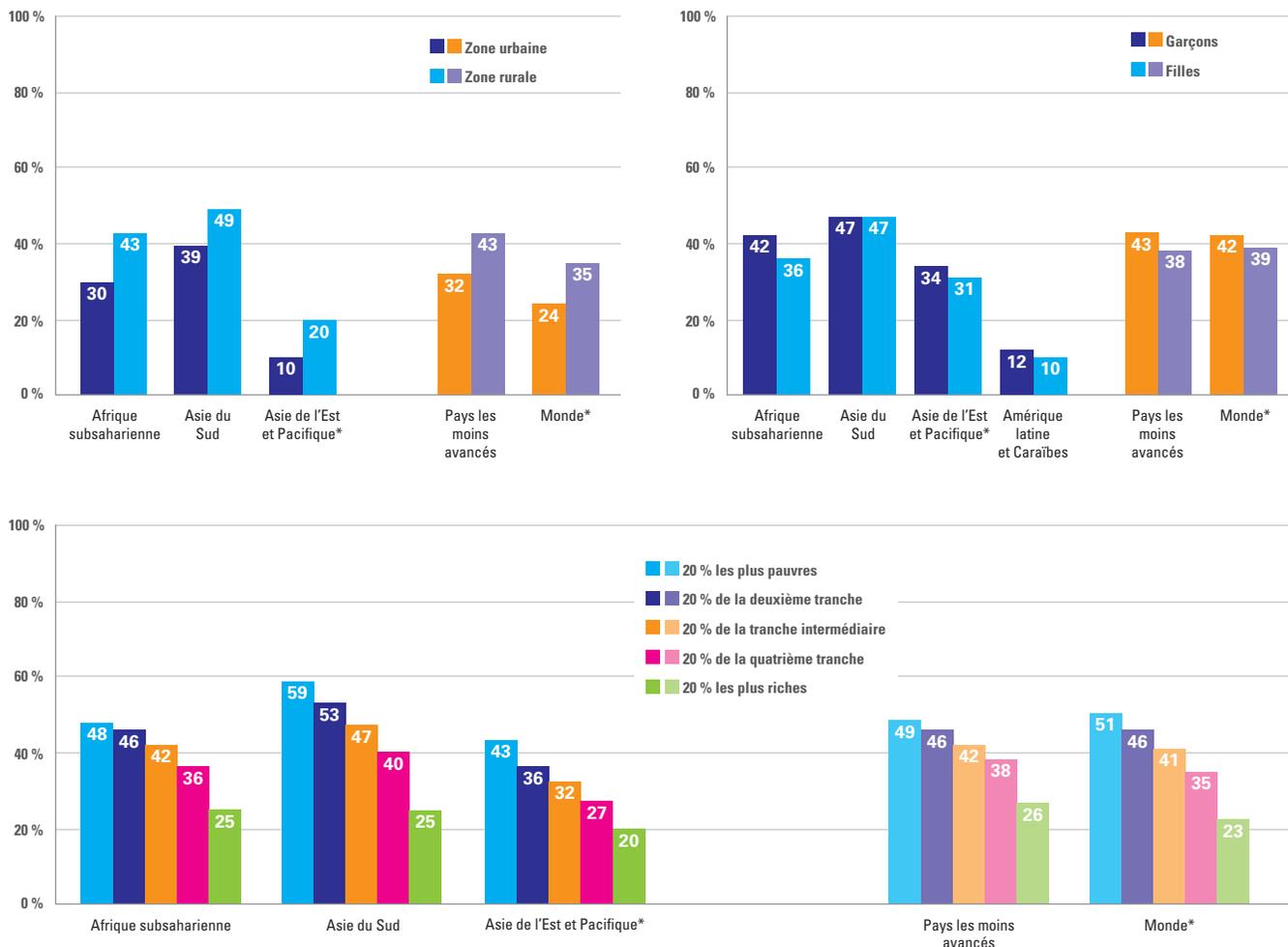
Les moyennes régionales et nationales peuvent cacher d'importantes disparités parmi les groupes de population sous-nationaux (selon le sexe, la richesse des ménages ou le lieu de résidence, par exemple). Globalement, plus d'un tiers des enfants en milieu rural souffrent de retard de croissance contre un quart en

milieu urbain (Figure 8). Pour les enfants des ménages les plus pauvres, ce risque représente plus du double de celui des enfants des ménages les plus riches. Dans les régions où les taux sont les plus élevés (Afrique subsaharienne et Asie du Sud), la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance issus des ménages les plus pauvres par rapport à ceux issus des ménages les plus riches, représente près du double en Afrique subsaharienne (48 % contre 25 %) et plus du double en Asie du Sud (59 % contre 25 %).

Garçons et filles sont presque autant touchés au niveau mondial, mais en Afrique subsaharienne, les garçons sont plus atteints que les filles (42 % contre 36 %) (Figure 9).

FIGURE 8 Les enfants les plus pauvres et ceux vivant en zone rurale sont les plus souvent touchés par le retard de croissance

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'un retard de croissance modéré ou grave, en fonction de caractéristiques socio-démographiques



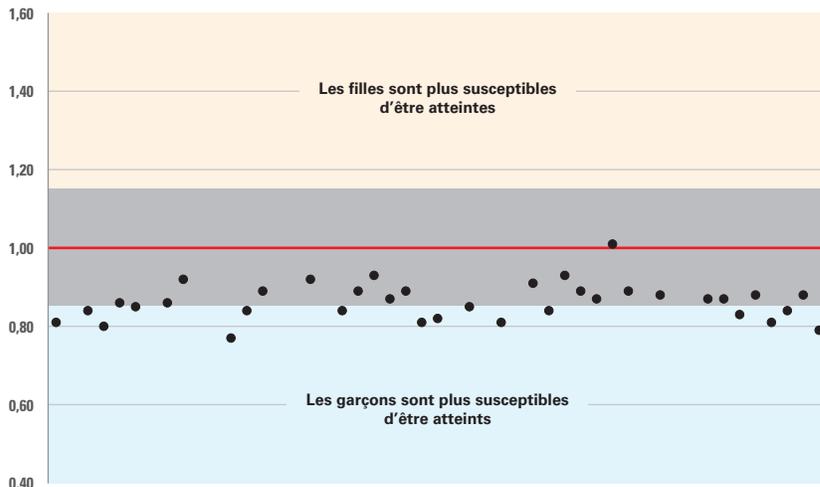
* À l'exception de la Chine.

Remarque : L'analyse est basée sur un sous-ensemble de pays disposant de données par groupes infranationaux et les estimations régionales ne sont présentées que s'il existe une couverture suffisante. Données de 2007 à 2011, à l'exception du Brésil et de l'Inde.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales.

FIGURE 9 En Afrique subsaharienne, le retard de croissance est plus répandu chez les garçons que chez les filles

Taux de prévalence des retards de croissance modérés ou graves (filles/garçons) chez les enfants de 0 à 59 mois, dans les pays subsahariens disposant de données



Comment lire ce graphique :

Dans le but d'illustrer l'égalité des sexes, un taux de prévalence du retard de croissance de 0,85 à 1,15 a été choisi comme intervalle de la « parité des sexes » (bande grise). Les points au-dessus de la bande grise indiquent que les filles sont plus susceptibles d'être touchées par le retard de croissance tandis que les points en dessous indiquent un risque plus élevé pour les garçons.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales, 2007-2011.

ENCADRÉ 3 Le double fardeau de la malnutrition

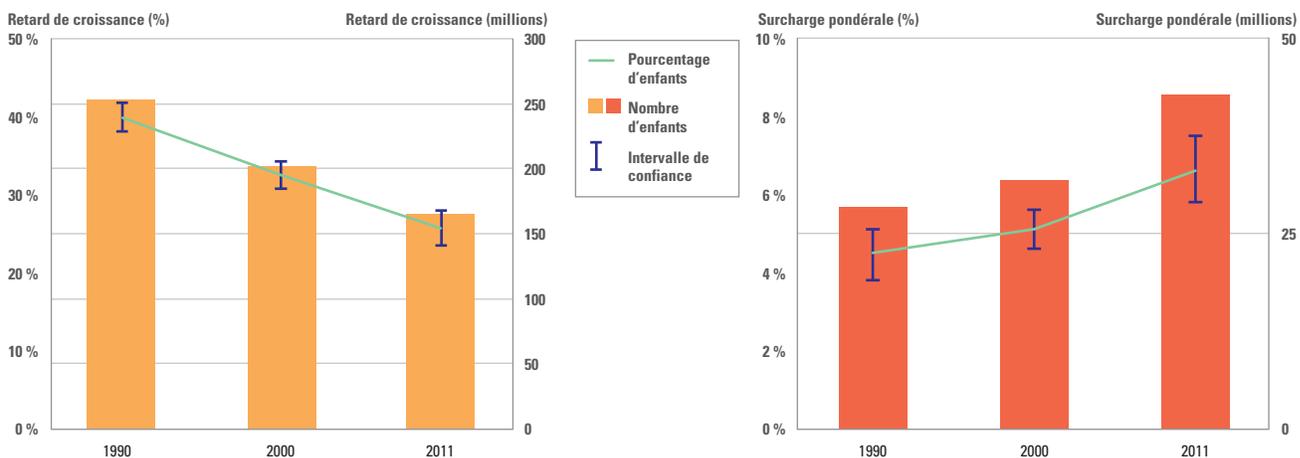
La coexistence du retard de croissance et de la surcharge pondérale, ou le double fardeau de la malnutrition, représente un défi programmatique particulier dans les pays où ces deux maux subsistent à des taux relativement élevés chez les enfants de moins de 5 ans. Les tendances mondiales de la prévalence du retard de croissance et de la surcharge pondérale chez ces enfants

ont évolué dans des directions opposées depuis 1990 (Figure 10). Si l'on compare les chiffres actuels à ceux d'il y a vingt ans, on enregistre aujourd'hui une hausse de 54 % du taux de surcharge pondérale et une baisse de 35 % du taux de retard de croissance. En Indonésie par exemple, un enfant de moins de 5 ans sur trois (36 %) souffre d'un retard de croissance modéré

ou grave alors que, dans le même temps, un sept (14 %) est en surpoids. Dans les pays subissant ce « double fardeau », des efforts s'imposent pour promouvoir de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui permettront de favoriser une croissance linéaire sans entraîner un gain de poids excessif.

FIGURE 10 Tendances mondiales contrastées en matière de retard de croissance et de surcharge pondérale des enfants

Pourcentage et nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance modéré ou grave et enfants souffrant d'une surcharge pondérale



Remarque : Les lignes (intervalle de confiance de 95%) reflètent le pourcentage d'enfants et les barres, le nombre d'enfants.

Source : UNICEF, OMS, Banque mondiale, *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2012.

Insuffisance pondérale

En 2011, au niveau mondial, on estimait à 101 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, soit près de 16 % des enfants de cette tranche d'âge. La prévalence est plus élevée en Asie du Sud, avec un taux de 33 %, suivie de l'Afrique subsaharienne, avec un taux de 21 %. L'Asie du Sud compte 59 millions d'enfants en insuffisance pondérale tandis que l'Afrique subsaharienne en compte 30 millions.

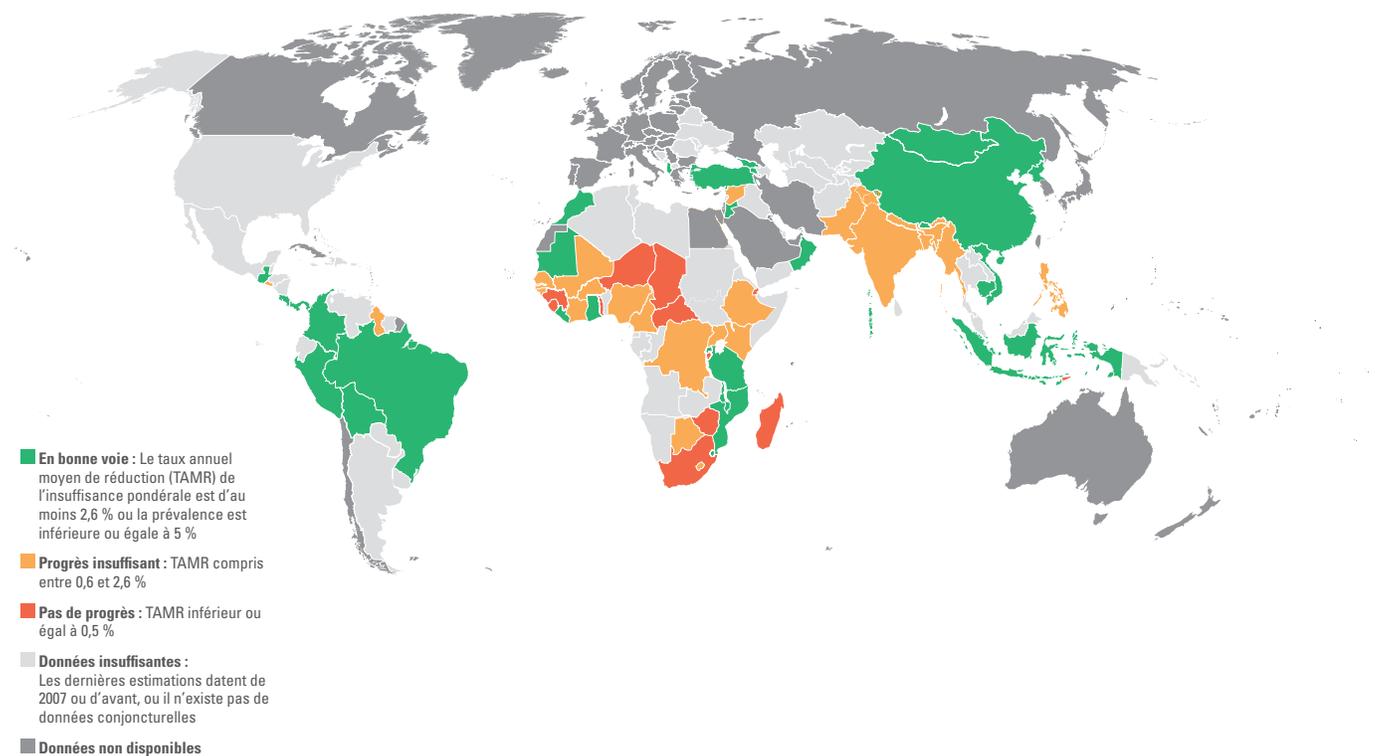
La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est un indicateur permettant de mesurer les progrès accomplis vers l'OMD 1 qui vise à réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la faim sur la période 1990-2015. Au niveau mondial, la prévalence de l'insuffisance pondérale a diminué, passant de 25 % en 1990 à 16 % aujourd'hui, soit une réduction de 37 %. Les baisses les plus importantes ont

été obtenues en Europe centrale et orientale et dans la Communauté d'États indépendants, où la prévalence a chuté de 87 %, et en Asie de l'Est et Pacifique où cette baisse a été de 73 % (comme pour le retard de croissance, cette baisse en Asie de l'Est et Pacifique est principalement due aux améliorations obtenues par la Chine). Dans d'autres régions, les progrès demeurent lents. En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'insuffisance pondérale a diminué de 26 %.

En 2011, 30 pays étaient en bonne voie pour atteindre l'OMD 1, 25 pays avaient fait des progrès insuffisants et 12 pays n'avaient enregistré aucun progrès (Figure 11). Sur les 24 pays étudiés dans le présent rapport, seuls 8 sont en passe d'y parvenir. Même si les pays progressent vers la réalisation de l'objectif en faisant diminuer la prévalence de l'insuffisance pondérale, cette baisse peut représenter une transition vers une plus forte prévalence de la surcharge pondérale accompagnée d'une persistance du retard de croissance.

FIGURE 11 Progrès vers l'OMD 1 : 30 pays sur la bonne voie en 2011

Progression des pays vers la cible 1 : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population souffrant de la faim



Remarque : Les classifications pour le Brésil et l'Inde diffèrent des classifications standard en matière de progrès vers l'OMD 1.

Cette carte stylisée n'est pas à l'échelle. Elle ne représente nullement un quelconque point de vue de l'UNICEF sur la situation légale de pays ou de territoires ou la délimitation de frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la ligne de démarcation du Jammu-et-Cachemire, convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été décidé par les parties. La frontière définitive n'a pas encore été déterminée entre le Soudan et le Soudan du Sud.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales.

Certains pays présentent une faible prévalence de l'insuffisance pondérale, mais des taux de retard de croissance excessivement élevés. Par exemple, au Guatemala, au Libéria, au Malawi, au Mozambique, au Rwanda, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, la prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants est inférieure à 20 % alors que le taux de retard de croissance demeure supérieur à 40 %. Parmi les pays en passe d'atteindre l'OMD 1, beaucoup présentent encore des taux de retard de croissance élevés. Le Cambodge, le Guatemala, le Libéria, le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda ont des prévalences de retard de croissance très élevées (au moins 40 %), bien qu'ils soient en bonne voie pour la réalisation de l'OMD 1. Des efforts plus importants doivent être faits dans ces pays pour prévenir ce fléau car les niveaux plus faibles d'insuffisance pondérale masquent la persistance de la sous-nutrition durant la période cruciale des 1 000 jours précédant le second anniversaire de l'enfant, incluant la grossesse de la mère.

Émaciation

L'émaciation modérée et grave représente une forme aiguë de sous-nutrition et les enfants qui en souffrent sont confrontés à un risque nettement accru de décès. Au niveau mondial, en 2011, 52 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'émaciation modérée ou grave (soit une baisse de 11 % par rapport aux 58 millions d'enfants estimés en 1990). Parmi ceux-ci, plus de 29 millions d'enfants de moins de 5 ans (soit 5 %) étaient touchés par une émaciation grave²¹.

La prévalence la plus élevée se situe en Asie du Sud où près d'un enfant sur six (16 %) souffre d'émaciation modérée ou grave. L'Inde supporte le taux d'émaciation le plus élevé avec plus de 25 millions d'enfants concernés. Ce chiffre dépasse la part conjuguée des neuf pays les plus touchés après l'Inde (Figure 12).

En Afrique subsaharienne, près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (9 %) a souffert d'émaciation en 2011, une prévalence qui a diminué d'environ 10 % depuis 1990. Cependant, en raison de la croissance de la population, la région abrite aujourd'hui un tiers d'enfants émaciés en plus par rapport à 1990. La proportion du nombre d'enfants touchés en Afrique subsaharienne a augmenté par rapport au chiffre total mondial, au cours de la même période.

Des pays tels que le Soudan du Sud, l'Inde, le Timor-Leste, le Soudan, le Bangladesh et le Tchad affichent une prévalence de l'émaciation très élevée (plus de 15 %). Des 10 pays supportant la plus forte prévalence, 7 présentent également des taux d'émaciation grave supérieurs à 5 % (Figure 13). Parmi les 80 pays disposant de données, 23 présentent des niveaux d'émaciation supérieurs à 10 % (Figure 14).

Bien qu'une bonne partie des 52 millions d'enfants émaciés dans le monde vive dans des pays où l'insécurité alimentaire cyclique et les crises prolongées aggravent leur vulnérabilité, la majorité d'entre eux réside dans des pays non affectés par une situation d'urgence. Dans ces pays, les facteurs principaux auxquels il faut s'atteler pour réduire l'émaciation sont la fréquence des maladies infectieuses, les capacités insuffisantes en termes de soins et les pratiques sociales et culturelles inadaptées.

FIGURE 12 Émaciation : charge estimée dans les 10 pays les plus affectés

Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints d'une émaciation modérée ou grave

Classement par importance de la charge (2011)	Pays	Année	Émaciation (% modérée ou grave)	Émaciation (% grave)	Nombres d'enfants atteints d'émaciation, 2011 (modéré ou grave, en milliers)
1	Inde	2005–2006	20	6	25 461
2	Nigéria	2008	14	7	3 783
3	Pakistan	2011	15	6	3 339
4	Indonésie	2010	13	6	2 820
5	Bangladesh	2011	16	4	2 251
6	Chine	2010	3	–	1 891
7	Éthiopie	2011	10	3	1 156
8	République démocratique du Congo	2010	9	3	1 024
9	Soudan	2010	16	5	817
10	Philippines	2008*	7	–	769

*Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant que sur une partie du pays.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007–2011, à l'exception de l'Inde.

FIGURE 13 Émaciation : prévalence estimée dans les 10 pays les plus affectés

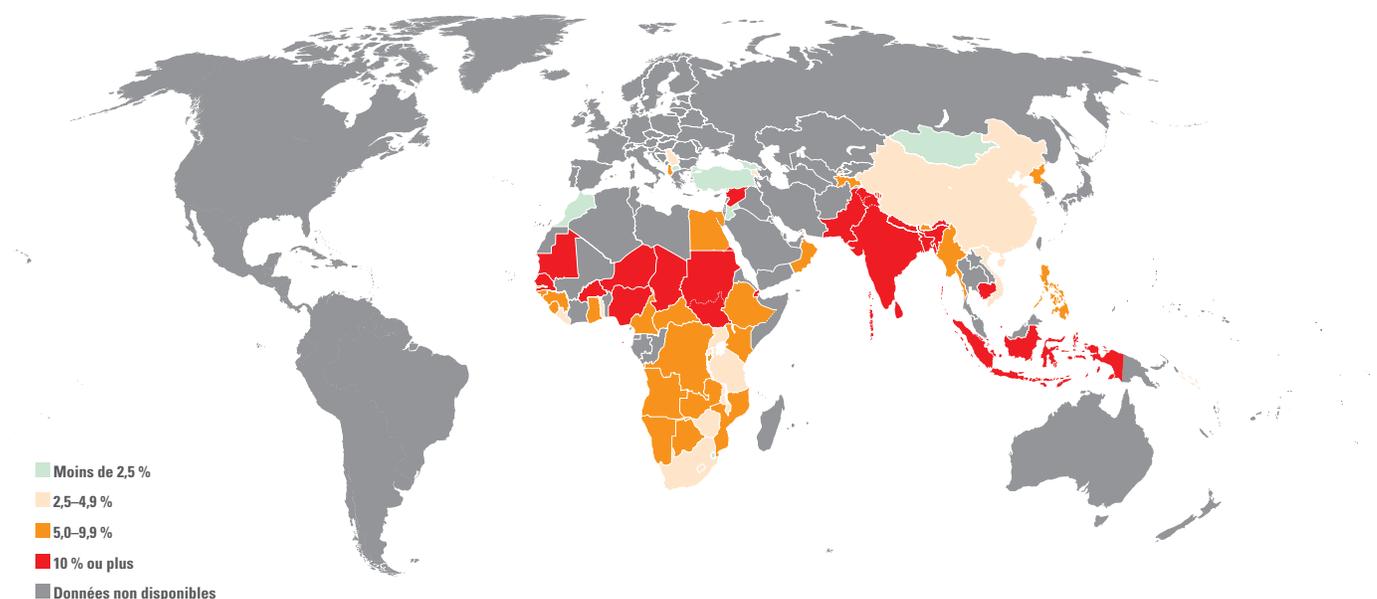
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation modérée ou grave

Classement par prévalence (2007-2011)	Pays	Année	Prévalence de l'émaciation (% , modérée ou grave)	Prévalence de l'émaciation (% , grave)	Nombres d'enfants atteints d'émaciation, 2011 (modérée et grave, en milliers)
1	Soudan du Sud	2010	23	10	338
2	Inde	2005–2006	20	6	25 461
3	Timor-Leste	2009–2010	19	7	38
4	Soudan	2010	16	5	817
5	Bangladesh	2011	16	4	2 251
6	Tchad	2010	16	6	320
7	Pakistan	2011	15	6	3 339
8	Sri Lanka	2006–2007	15	3	277
9	Nigéria	2008	14	7	3 783
10	Indonésie	2010	13	6	2 820

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007–2011, à l'exception de l'Inde.

FIGURE 14 La prévalence de l'émaciation est élevée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation modérée ou grave



Remarque : Les données datent de 2007 à 2011, à l'exception de l'Inde.

Cette carte stylisée n'est pas à l'échelle. Elle ne représente nullement un quelconque point de vue de l'UNICEF sur la situation légale de pays ou de territoires ou la délimitation de frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la ligne de démarcation du Jammu-et-Cachemire, convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été décidé par les parties. La frontière définitive n'a pas encore été déterminée entre le Soudan et le Soudan du Sud.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007–2011.

Surcharge pondérale

Les taux de surcharge pondérale continuent d'augmenter dans toutes les régions. La surcharge pondérale était autrefois principalement associée aux pays à revenu élevé, mais en 2011, 69 % des enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale vivaient dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, la prévalence de ce fléau demeure plus importante dans les pays à revenu élevé (8 %) que dans ceux à faible revenu (4 %).

Au niveau mondial, on estime que 43 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale, soit 7 % de la population de référence. En 2011, on dénombrait

près de 10 millions d'enfants en surpoids en Afrique subsaharienne et 7 millions en Asie de l'Est et Pacifique. Ces régions ont enregistré une augmentation substantielle de ce taux au cours des vingt dernières années, ce qui a contribué à une hausse d'environ 50 % des taux au niveau mondial (28 millions d'enfants étaient concernés en 1990).

La prévalence estimée a plus que doublé depuis 1990 en Afrique subsaharienne (de 3 % en 1990 à 7 % en 2011), ce qui signifie qu'aujourd'hui, trois fois plus d'enfants sont touchés. Une tendance similaire a été observée dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord.

FIGURE 15 Pays ayant une prévalence de surcharge pondérale estimée de 10 % ou plus

Pourcentage et nombre d'enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale (incluant l'obésité)

Classement par prévalence (2007-2011)	Pays	Année	Surcharge pondérale* (% , incluant l'obésité)	Nombre d'enfants en surcharge pondérale, 2011 (incluant l'obésité, en milliers)
1	Albanie	2008-2009	23	48
2	Libye	2007	22	160
3	Égypte	2008	21	1 864
4	Géorgie	2009	20	51
5	République arabe syrienne	2009	18	438
6	Arménie	2010	17	38
7	Indonésie	2010	14	2 968
8	Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	12	3
9	Botswana	2007-2008	11	26
10	Swaziland	2010	11	17
11	Maroc	2010-2011	11	326
12	Nigéria	2008	11	2 858
13	Sierra Leone	2010	10	100

* À titre de comparaison, 12 % environ des enfants de 2 à 5 ans étaient en surcharge pondérale aux États-Unis (NHANES 2009-2010).

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales, 2007-2011.

Insuffisance pondérale à la naissance

L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé un nouvel objectif de réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance, au cours de la période 2010-2025. En 2011, on estimait à 20 millions le nombre de nouveau-nés accusant un poids insuffisant à la naissance, soit 15 % au niveau mondial (Figure 16). À elle seule, l'Inde supporte un tiers de la charge mondiale. L'Asie du Sud accuse, de loin, la plus forte incidence régionale, avec un quart des nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (Figure 17).

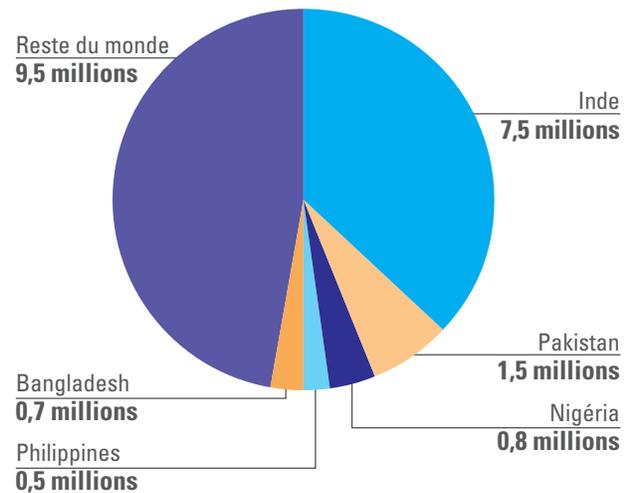
Cette incidence dépasse les 20 % en Inde, en Mauritanie, à Nauru, au Pakistan et aux Philippines. En Afrique subsaharienne, elle est supérieure à 10 %. Plus de 50 % de la charge mondiale est détenue par 5 des 24 pays étudiés dans ce rapport.

L'une des difficultés majeures pour mesurer l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance vient du fait qu'en 2011, plus de la moitié des nouveau-nés dans le monde n'ont pas été pesés à la naissance. Cela reflète un manque de soins néonataux adaptés et explique la difficulté à estimer avec précision l'incidence de ce problème.

Des méthodes ont été élaborées pour faire face à ces lacunes en matière d'enregistrement du poids de naissance mais les taux sont encore probablement sous-estimés, masquant l'ampleur réelle du problème.

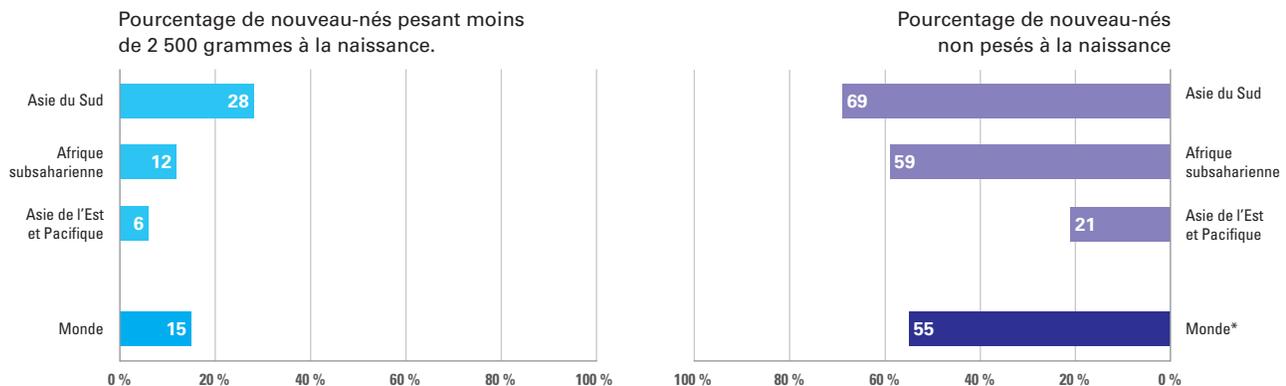
FIGURE 16 Cinq pays supportent plus de la moitié de la charge mondiale de l'insuffisance pondérale à la naissance

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



Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007-2011, à l'exception de l'Inde.

FIGURE 17 L'Asie du Sud supporte la plus forte incidence d'insuffisance pondérale à la naissance



* À l'exception de la Chine.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007-2011, à l'exception de l'Inde.

Chapitre 4



INTERVENTIONS VISANT À TRAITER LES RETARDS DE CROISSANCE ET AUTRES FORMES DE SOUS-NUTRITION

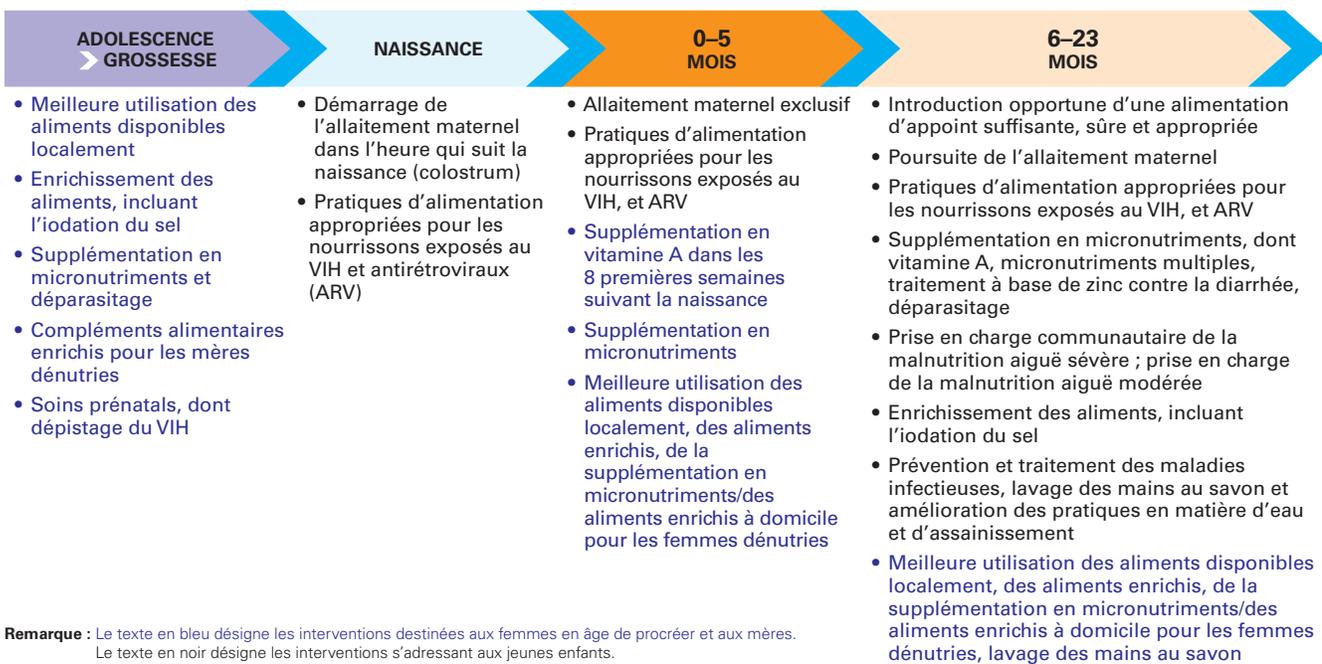
Les interventions spécifiques à la nutrition sont des actions qui ont un impact direct sur la prévention et le traitement de la sous-nutrition, en particulier pendant les 1 000 jours couvrant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. Ces interventions doivent être complétées par des approches plus larges, ayant un impact indirect sur l'état nutritionnel. Les considérations d'équité sont particulièrement importantes dans les programmes de nutrition car le retard de croissance et les autres formes de sous-nutrition affectent les populations les plus vulnérables.

Interventions spécifiques à la nutrition

Promouvoir des pratiques de nutrition optimales, répondant aux exigences en micronutriments tout en prévenant et traitant la malnutrition aiguë sévère, est un objectif clé pour les programmes de nutrition (*Figure 18*). Le rapport 2009 de l'UNICEF *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère* a synthétisé l'ensemble des données disponibles en matière d'interventions spécifiques à la nutrition. Si l'on adopte une approche tenant compte de l'ensemble du cycle de vie, les activités s'inscrivent globalement dans les catégories suivantes :

- Nutrition maternelle et prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (IYCF)
- Démarrage précoce de l'allaitement maternel (dans l'heure suivant la naissance), allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois et poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois.
- Alimentation d'appoint sûre, adaptée et fournie en temps opportun, à partir de 6 mois
- Prévention et traitement des carences en micronutriments
- Prévention et traitement de la malnutrition aiguë sévère
- Promotion de bonnes pratiques sanitaires et accès à l'eau potable
- Promotion de pratiques saines et utilisation appropriée des services de santé

FIGURE 18 Pratiques éprouvées, interventions et services principaux pour la prévention et le traitement du retard de croissance et des autres formes de sous-nutrition tout au long du cycle de vie



Nutrition maternelle

L'état nutritionnel de la mère, avant et pendant la grossesse, influe sur son état ultérieur et celui de son enfant. Le développement optimal de l'enfant nécessite un apport nutritionnel suffisant, la fourniture de suppléments en fonction des besoins et des actions de prévention des maladies. Il requiert également une protection contre les facteurs de stress que sont la fumée de cigarette, les substances narcotiques, la pollution environnementale et le stress psychologique²². La malnutrition maternelle entraîne une mauvaise croissance du fœtus et une insuffisance pondérale à la naissance.

Parmi les interventions visant à améliorer l'apport nutritionnel de la mère figurent la supplémentation en fer, en acide folique ou en micronutriments multiples et la fourniture de nourriture ou d'autres suppléments si nécessaire. Par rapport à la supplémentation en fer et acide folique seuls, la supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse s'avère réduire d'environ 10 % l'insuffisance pondérale à la naissance dans les pays à faible revenu²³. L'apport adéquat en acide folique et iode au moment de la conception et en fer et iode pendant la grossesse joue un rôle important, notamment pour le développement du système nerveux de l'enfant.

Chez les femmes dénutries, une supplémentation protéino-énergétique équilibrée s'avère efficace pour

réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance²⁴. L'utilisation de suppléments à base de lipides pour les femmes enceintes dans les situations d'urgence est en cours d'étude comme moyen d'améliorer la croissance et le développement de l'enfant²⁵.

De nombreuses interventions visant à promouvoir la santé maternelle et la croissance du fœtus sont dispensées par le système de santé et à travers les programmes communautaires. Les visites prénatales doivent servir à promouvoir une nutrition optimale et à proposer des interventions spécifiques telles que la prophylaxie et le traitement du paludisme ou le déparasitage. Les programmes d'éducation et de communication basés sur la communauté permettent d'encourager les comportements appropriés pour améliorer la nutrition. Cependant, même si au niveau mondial 81 % des femmes enceintes bénéficient d'au moins une consultation prénatale²⁶, la couverture des interventions spécifiques et la qualité des soins prénatals sont très variables.

Outre ces interventions spécifiques, il existe d'autres actions pertinentes telles que la prévention des grossesses pendant l'adolescence, le retard de l'âge du mariage, la prévention des grossesses non désirées ou non planifiées et l'élimination des obstacles socioculturels à des pratiques saines et à l'accès aux soins de santé.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Parmi les pratiques optimales en faveur des nourrissons et des jeunes enfants figure le démarrage de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins deux ans, conjointement avec une alimentation sûre et adaptée à l'âge de l'enfant, à base d'aliments solides, semi-solides et mous à partir de l'âge de 6 mois.

Deux pratiques conjointes (allaitement maternel optimal au cours de la première année et alimentation complémentaire adaptée) pourraient prévenir près d'un cinquième des décès des enfants de moins de 5 ans²⁷. Des études indiquent que l'allaitement maternel améliorerait le développement cérébral²⁸. Il pourrait également prévenir les facteurs de risque cardiovasculaires, bien que cela ne soit pas encore avéré dans les milieux à revenu faible ou intermédiaire²⁹.

La programmation nutritionnelle dans ce domaine ne fait pas encore l'objet d'une attention suffisante malgré les bénéfices avérés des pratiques appropriées à l'âge des nourrissons et des jeunes enfants. De précieux enseignements tirés des expériences de programmation ont entraîné des changements de stratégie dans ce domaine³⁰. Une approche globale et multidimensionnelle s'impose, avec des stratégies à la fois transversales et ciblées au niveau des communautés, du système de santé et au niveau national (Figure 19).

Démarrage précoce de l'allaitement maternel

Plusieurs études ont démontré que le démarrage précoce de l'allaitement maternel réduisait le risque de mortalité néonatale³¹. Le colostrum, lait riche produit par la mère dans les premiers jours suivant l'accouchement, fournit les nutriments essentiels ainsi que les anticorps permettant de stimuler le système immunitaire du bébé, réduisant ainsi le risque de décès au cours de cette période. Le démarrage précoce de l'allaitement maternel permet non seulement de sauver des vies mais aussi de favoriser les contractions utérines, ce qui réduit le risque d'hémorragie utérine. Cette pratique limite également le risque d'hypothermie, améliore les liens entre la mère et l'enfant et stimule la production de lait.

Au niveau mondial, moins de la moitié des nouveau-nés sont nourris au sein dans les heures qui suivent la naissance (Figure 20), bien que cette pratique soit plus élevée dans les pays les moins avancés (52 % en 2011).

C'est en Asie du Sud qu'on dénombre le moins de nouveau-nés allaités dans l'heure suivant la naissance (39 % en 2011). En revanche, l'Afrique

subsaharienne affiche de bons résultats en la matière puisque ce pourcentage y est de 48 %. Cela est dû à la couverture élevée en Afrique de l'Est et australe (56 %)³².

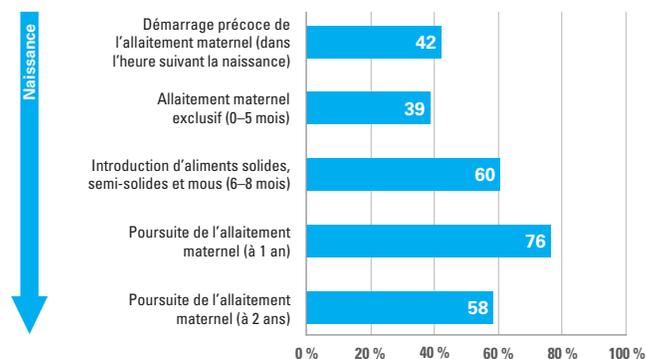
FIGURE 19 Principales composantes et interventions d'une stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Législation
<ul style="list-style-type: none"> Commercialisation des substituts du lait maternel Protection de la maternité
Assistance et qualification du système de santé
<ul style="list-style-type: none"> Développement de programmes d'études portant sur le nourrisson et le jeune enfant Conseil et autres services d'appui concernant le nourrisson et le jeune enfant Développement des compétences des prestataires de santé Institutionnalisation de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés »
Conseil et appui communautaires
<ul style="list-style-type: none"> Services de conseil IYCF intégrés et solidement implantés dans la communauté Groupes d'appui aux mères
Communication
<ul style="list-style-type: none"> Communication visant à promouvoir le changement social et comportemental
Autres options en matière d'alimentation d'appoint
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité de l'alimentation d'appoint grâce aux produits disponibles localement Accroissement de la production agricole Fourniture de suppléments nutritionnels et de produits alimentaires Programmes de protection sociale
Nourrissons et jeunes enfants dans les situations difficiles
<ul style="list-style-type: none"> VIH et alimentation du nourrisson Nourrissons et jeunes enfants dans les situations d'urgence

Source : Adapté du *Programming Guide: Infant and young child feeding*, UNICEF, 2011.

FIGURE 20 Au niveau mondial, moins de 40 % des nourrissons sont nourris exclusivement au sein

Pourcentage d'enfants dans le monde nourris au sein dans l'heure suivant la naissance, nourris exclusivement au sein, nourris au sein et recevant en même temps une alimentation d'appoint, et continuant d'être allaités à des âges déterminés



* À l'exception de la Chine.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007-2011.

Allaitement maternel exclusif

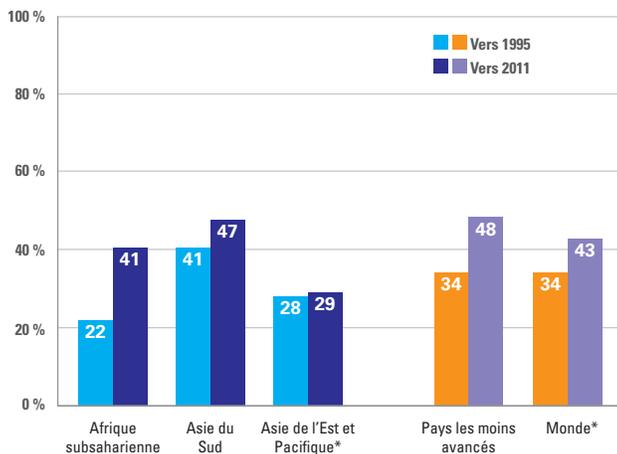
L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie de l'enfant permet de sauver des vies. Durant cette période, le nourrisson non allaité présente un risque de décès 14 fois plus élevé (toutes causes confondues) que le nourrisson exclusivement nourri au sein³³.

L'enfant exclusivement nourri au sein est moins susceptible de succomber à une diarrhée ou à une pneumonie, les deux causes principales de décès des enfants de moins de 5 ans³⁴. De plus, l'allaitement exclusif offre beaucoup d'autres avantages tant pour la mère que pour l'enfant, prévenant notamment le retard de croissance³⁵.

Au niveau mondial, 39 % des nourrissons de moins de 6 mois ont été nourris exclusivement au sein en 2011 (Figure 20). 76 % d'entre eux ont continué à être allaités jusqu'à l'âge d'un an, alors que 58 % seulement ont été allaités durant toute la période recommandée, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de deux ans. Les régions présentant les taux les plus élevés d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois sont l'Afrique de l'Est et australe (52 %) et l'Asie du Sud (47 %), avec des taux similaires dans l'ensemble des pays les moins avancés. Cependant, la couverture est plus faible en Afrique subsaharienne (37 % en 2011). Cela s'explique principalement par les taux faibles d'Afrique de l'Ouest et centrale (25 %), par rapport aux 52 % de l'Afrique de l'Est et australe³⁶.

FIGURE 21 La plupart des régions présentent des taux d'allaitement maternel exclusif en augmentation

Pourcentage de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-5 mois), par région, entre 1995 et 2011 environ



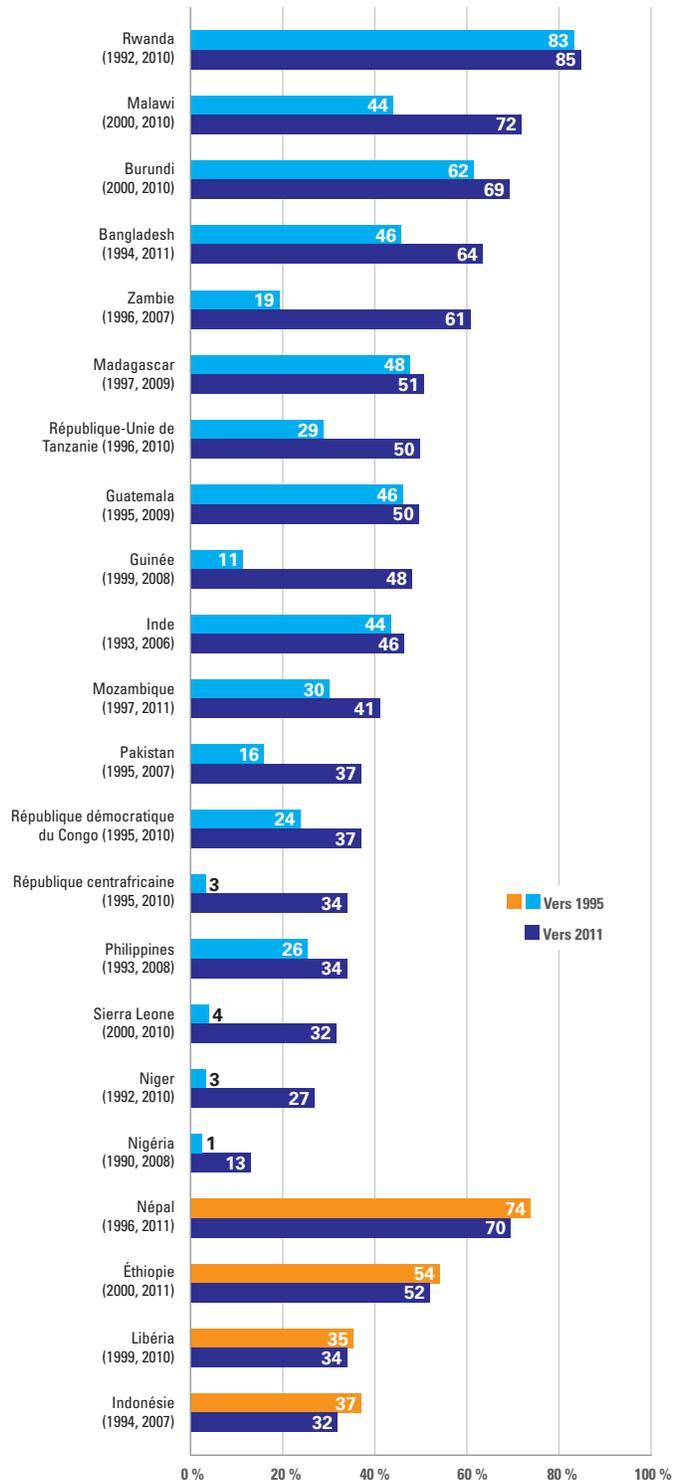
* À l'exception de la Chine.

Remarque : Les estimations et tendances sont basées sur un sous-ensemble de 50 pays disposant de données. Les estimations régionales ne sont présentées que s'il existe une couverture démographique suffisante. Les taux 2011 peuvent différer des taux actuels car l'analyse des tendances est fondée sur un sous-ensemble de pays.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

FIGURE 22 La plupart des pays présentent des taux d'allaitement maternel exclusif en augmentation

Pourcentage de nourrissons exclusivement nourris au sein (0-5 mois), par pays, entre 1995 et 2011 environ



Remarque : Les pays apparaissant dans ce graphique sont décrits à partir de la page 55 du présent rapport.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Les taux d'allaitement maternel exclusif ont augmenté de plus de 20 %, passant de 34 % aux alentours de 1995 à 43 % aux alentours de 2011 (Figure 21). Il est particulièrement encourageant de noter la hausse de près de 50 % de ce taux en Afrique subsaharienne durant la même période (de 22 % à 41 %). Des progrès ont également été enregistrés dans les pays les moins avancés, où les taux d'allaitement exclusif ont augmenté de près d'un tiers (de 34 % à 48 %).

Parmi les 50 pays disposant de données conjoncturelles, la plupart (40) ont enregistré une hausse de leurs taux depuis 1995³⁷. Dix-huit de ces pays ont connu une augmentation d'au moins 20 %, ce qui montre qu'il est possible d'obtenir des améliorations sensibles et durables grâce à la mise en œuvre de stratégies de grande ampleur. La majorité des pays étudiés dans ce rapport ont enregistré des améliorations en matière d'allaitement maternel exclusif (Figure 22). Néanmoins, certains pays comme le Tchad, le Cameroun et le Nigéria

affichent encore de faibles taux dans ce domaine, parallèlement à des taux élevés de retard de croissance.

Alimentation d'appoint

Les études ont montré qu'une alimentation d'appoint adaptée, sûre et en quantité suffisante à partir de l'âge de 6 mois, aboutissait à de meilleurs résultats en termes de santé et de croissance³⁸. Mais le lait maternel reste une source importante de nutriments, et il est recommandé de poursuivre l'allaitement jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 2 ans. Chez les populations vulnérables notamment, les bonnes pratiques en matière d'alimentation d'appoint ont permis de réduire de façon nette et rapide les retards de croissance³⁹. Toutefois, le risque existe que les aliments d'appoint ne soient pas donnés à l'âge approprié ou selon la fréquence requise ou qu'ils ne soient pas de bonne qualité⁴⁰. Le problème de la mauvaise qualité de l'alimentation d'appoint est depuis longtemps sous-estimé dans les programmes de nutrition⁴¹.

ENCADRÉ 4 Améliorer l'allaitement maternel en s'appuyant sur la prestation des services de santé existants

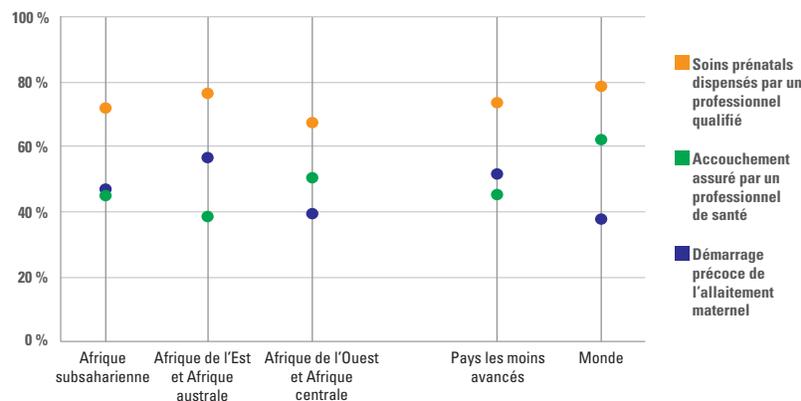
Dans l'éventail complet des soins, il existe diverses possibilités de créer des synergies entre les interventions et de renforcer les messages pour améliorer la santé et la nutrition. Par exemple, au cours des

soins prénatals et lors de l'accouchement, les femmes peuvent être conseillées sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif et de son démarrage précoce.

Alors qu'en 2011, près des deux tiers des naissances ont été suivies par un professionnel qualifié, moins de la moitié des nourrissons ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance. Cet écart révèle une occasion manquée d'aider les femmes à allaiter, au moment même où elles sont en contact avec le système de santé.

FIGURE 23 Le fait d'être en contact avec le système de santé n'aboutit pas systématiquement au démarrage précoce de l'allaitement

Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale par un professionnel de santé qualifié ; pourcentage de naissances assurées par un professionnel de santé qualifié ; pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure suivant la naissance.



Remarque : analyse régionale fondée sur un sous-ensemble de 54 pays disposant de données pour chaque indicateur. Les estimations régionales ne sont présentées que s'il existe une couverture démographique suffisante.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2007-2011, à l'exception de l'Inde.

En Afrique subsaharienne, la proportion de nouveau-nés mis au monde par un professionnel de santé et nourris au sein dans l'heure qui suit la naissance, varie selon les régions. Alors que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale enregistrent une proportion d'accouchements assistés par un professionnel qualifié supérieure à celle de l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, le taux d'allaitement précoce y est plus faible (Figure 23). Des efforts restent à faire pour améliorer le contenu et la qualité des soins maternels par la formation des prestataires de soins et le renforcement des systèmes afin de soutenir efficacement les pratiques d'allaitement optimales. Conjointement à l'amélioration de l'accès aux soins, cela peut contribuer à une meilleure intégration de la nutrition dans les centres de santé existants et à une optimisation des synergies.

Des principes clés guident la programmation en matière d'alimentation d'appoint⁴². Ils comprennent notamment l'éducation visant à améliorer les pratiques des aidants, l'augmentation de la densité énergétique ou de l'assimilabilité des nutriments compris dans les aliments d'appoint, la fourniture d'aliments d'appoint avec ou sans micronutriments ajoutés, et l'enrichissement des aliments d'appoint, centralisé ou à domicile, ainsi que l'utilisation des micronutriments multiples en poudre (MNP), en accordant à chaque fois une attention accrue aux populations en situation d'insécurité alimentaire.

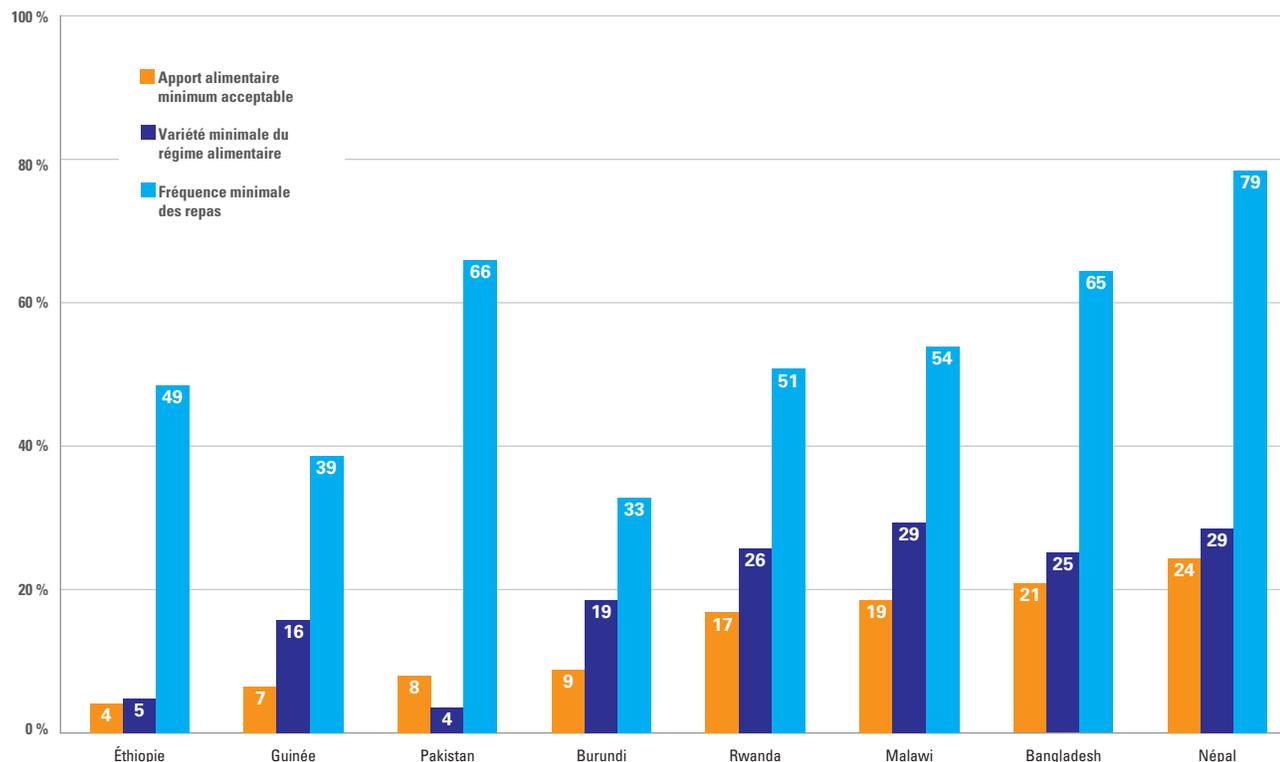
Au niveau mondial, seuls 60 % des enfants âgés de 6 à 8 mois reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous, avec parfois une introduction de ces aliments

d'appoint à un âge inapproprié. Des 24 pays étudiés dans le présent rapport, seuls 8 disposent de données récentes reflétant à la fois la fréquence et la qualité de l'alimentation d'appoint fournie aux enfants de 6 à 23 mois (Figure 24).

« L'apport alimentaire minimum acceptable » est un indicateur mixte qui porte à la fois sur la fréquence des repas et la variété du régime alimentaire. Dans les pays étudiés, le pourcentage d'enfants bénéficiant d'un apport alimentaire minimum acceptable varie de 24 % au Népal à seulement 4 % en Éthiopie. Il est urgent de contrôler et d'améliorer la quantité et la qualité de l'alimentation d'appoint.

FIGURE 24 L'alimentation d'appoint dans huit pays

Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois allaités et non allaités au sein, bénéficiant d'un apport alimentaire minimum acceptable, d'une variété minimale du régime alimentaire et d'une fréquence des repas minimale



Remarque : Les huit pays sélectionnés sont les pays étudiés dans ce rapport et disposant de données sur les indicateurs d'alimentation d'appoint.

La fréquence minimale des repas se réfère au pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois recevant des aliments solides, semi-solides ou mous, un nombre minimum de fois ou plus dans la journée (en cas d'allaitement maternel, ce minimum est de deux fois pour les nourrissons de 6 à 8 mois et de trois fois pour les enfants de 9 à 23 mois, en cas de non-allaitement le minimum est de 4 fois pour les enfants de 6 à 23 mois). La diversité minimale du régime alimentaire se réfère au pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant des aliments issus de quatre groupes alimentaires ou plus. L'apport alimentaire minimum acceptable se réfère au pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'un régime alimentaire minimum acceptable à la fois en termes de fréquence et de qualité, à l'exception du lait maternel.

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autre enquêtes nationales, 2010-2012.

Prévention et traitement des carences en micronutriments

Les carences en micronutriments, dont la carence en vitamine A, en fer, en iode, en zinc et en acide folique, sont courantes chez les femmes et les enfants des pays à revenu faible et intermédiaire. Le fait d'assurer un apport suffisant en micronutriments aux femmes en âge de procréer, aux femmes enceintes et aux enfants améliore la santé de celles-ci, la croissance et le développement des enfants à naître ainsi que la survie et le développement physique et mental des enfants jusqu'à 5 ans.

Parmi les programmes visant à lutter contre les carences en micronutriments figure la fourniture de suppléments à des groupes vulnérables spécifiques, l'enrichissement à domicile des aliments d'appoint pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et l'enrichissement d'aliments de base et de condiments.

Supplémentation en vitamine A

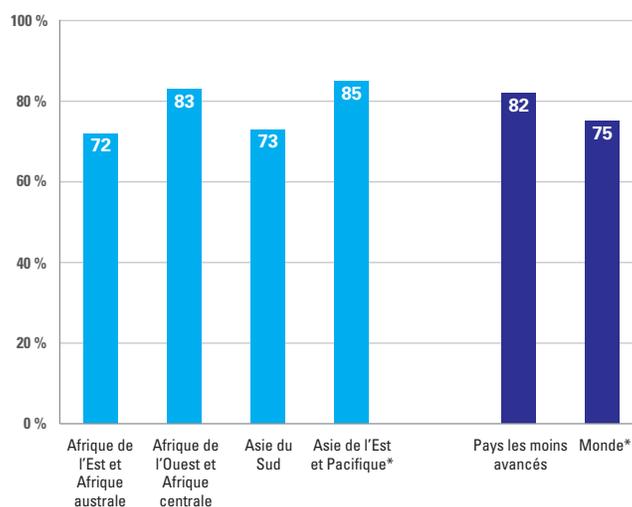
Au niveau mondial, un enfant sur trois d'âge préscolaire et une femme enceinte sur six souffrent de carences en vitamine A en raison d'un régime alimentaire inadéquat (données 1995-2005)⁴³. La plus forte prévalence se trouve en Afrique et en Asie du Sud-Est. La vitamine A stimule la réponse immunitaire. Les enfants présentant des carences courent un risque plus élevé de mourir d'une maladie infectieuse telle que la rougeole ou la diarrhée. La supplémentation en vitamine A fournie périodiquement aux enfants âgés de 6 à 59 mois s'est révélée très efficace dans la baisse de la mortalité, toutes causes confondues, dans les pays où cette carence constitue un problème de santé publique.

Dans de nombreux pays en développement, notamment ceux où la couverture du système de santé ordinaire est faible, la supplémentation en vitamine A est fournie aux enfants lors d'actions sanitaires intégrées telles que les journées de la santé de l'enfant. Ces événements permettent la mise en œuvre périodique d'interventions essentielles à la survie des enfants, comme la vaccination, le déparasitage ou la fourniture de moustiquaires. En Afrique subsaharienne notamment, les pays qui ont adopté cette approche ont réussi à assurer un taux de couverture élevé de la supplémentation en vitamine A, même dans les régions isolées.

Au niveau mondial, les trois quart des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu deux doses de vitamine A en 2011, ce qui les a pleinement protégés des carences (Figure 25). La couverture était plus élevée en Asie de l'Est et Pacifique (85 % à l'exception de la Chine, faute de données) et en Afrique de l'Ouest et centrale (83 %). En 2011, près de la moitié des pays à l'origine de ces données déclaraient une couverture inférieure à 80 %.

FIGURE 25 La supplémentation en vitamine A bénéficie à plus de 80 % des jeunes enfants des pays les moins avancés

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A en 2011



* À l'exception de la Chine.

Source : Bases de données mondiales sur la nutrition de l'UNICEF, 2012. Les estimations régionales ne sont présentées que s'il existe une couverture démographique suffisante.

Supplémentation en fer

La carence en fer touche principalement les enfants, les adolescents et les femmes lors des pertes menstruelles et de la grossesse. Au niveau mondial, la carence en fer est le principal responsable des cas d'anémie. Les conséquences de la carence en fer sont notamment la diminution des performances scolaires chez les enfants et la baisse de la productivité au travail chez les adultes. C'est en Afrique et en Asie que l'anémie est la plus répandue, notamment parmi les populations pauvres. Selon les estimations mondiales issues de la base de données de l'OMS, près de 42 % des femmes enceintes et 47 % des enfants d'âge préscolaire souffriraient d'anémie⁴⁴.

Pour la plupart des pays étudiés dans ce rapport, moins d'un tiers des femmes ont bénéficié d'une supplémentation en fer/acide folique suffisante pendant plus de 90 jours au cours de leur dernière grossesse⁴⁵, et la prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire excédait 40 % dans quasiment tous les pays disposant de données et évoqués dans le présent rapport.

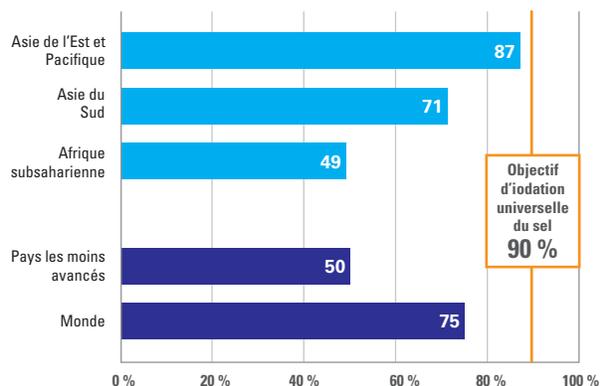
Iodation universelle du sel

La carence en iode est la cause la plus commune des cas de déficience mentale qui sont évitables. L'enrichissement du sel est largement pratiqué pour éviter les conséquences associées à cette carence. Des progrès significatifs ont été réalisés puisqu'en 2011, 32 pays comptaient des populations souffrant de carences légères à graves en iode contre 54 en 2003. Durant cette période, le nombre de pays atteignant un apport en iode suffisant a augmenté de plus d'un tiers, passant de 43 à 69 pays.

Au niveau mondial, 75 % des ménages consomment du sel dûment iodé (15 parties par million ou plus), mais la couverture varie considérablement selon les régions (Figure 26). La région Asie de l'Est et Pacifique affiche la couverture la plus élevée (87 % en 2011), atteignant presque l'objectif de 90 % d'iodation universelle. Cette couverture est moins élevée en Afrique subsaharienne où moins de la moitié des ménages consomment du sel iodé. D'autre part, elle est généralement plus élevée chez les ménages riches que chez les pauvres (Figure 27).

FIGURE 26 Au niveau mondial, les trois-quarts des ménages consomment du sel iodé

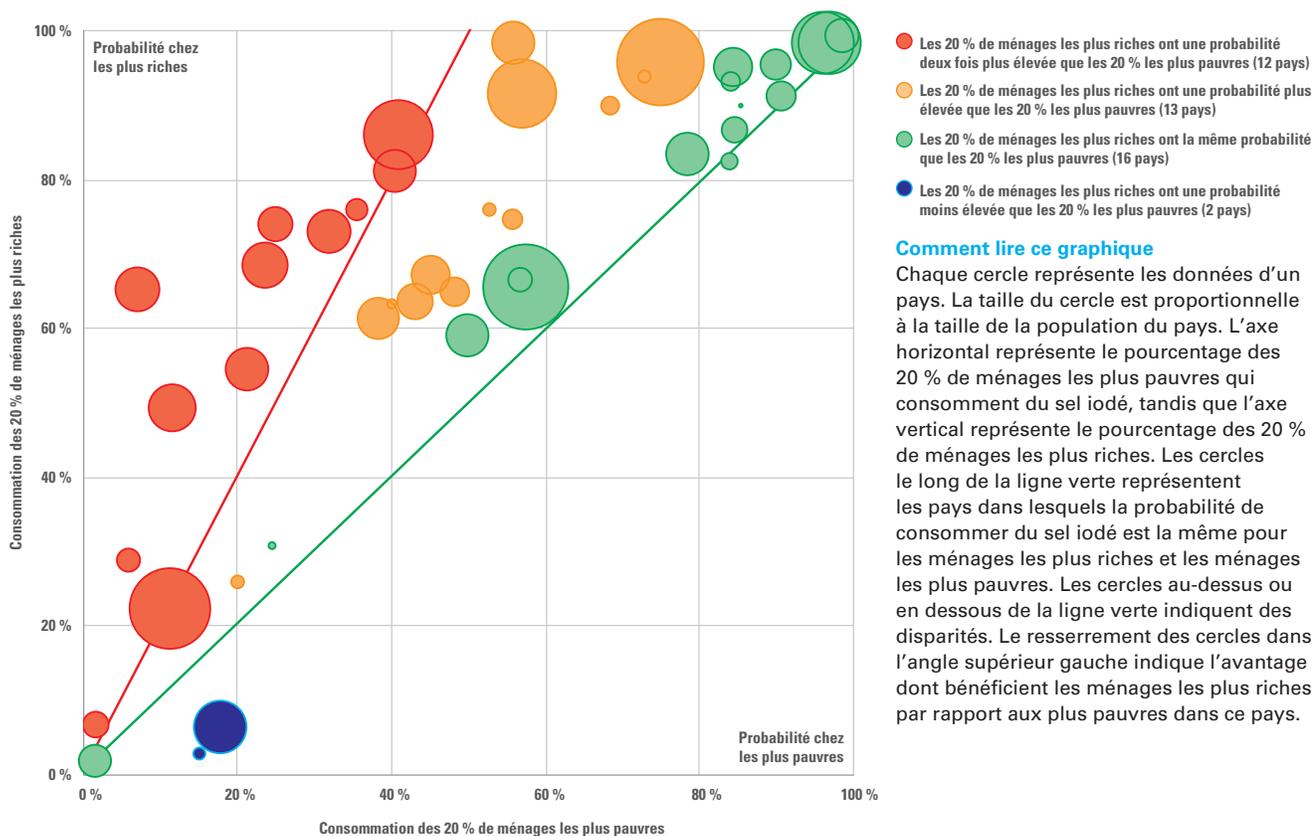
Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (15 ppm ou plus), 2007-2011



Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales, 2007-2011. Les estimations régionales ne sont présentées que s'il existe une couverture démographique suffisante.

FIGURE 27 La consommation de sel iodé est plus répandue chez les ménages les plus riches que chez les plus pauvres

Comparaison de la consommation de sel iodé chez les ménages les plus riches et chez les plus pauvres, dans les pays disposant de données



Remarque : Basé sur les 43 pays disposant de données sur ces disparités

Source : Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, fondée sur les MICS, EDS et autres enquêtes nationales, ainsi que sur des analyses complémentaires de l'UNICEF, 2006-2011.

Un cinquième des pays présentant des données pour 2011 a atteint l'objectif d'iodation universelle du sel (90 %)⁴⁶. La plupart n'ont atteint qu'une couverture de 50 à 70 %. L'appui des programmes nationaux d'iodation du sel est nécessaire, conjointement avec d'autres actions telles que le plaidoyer afin de sensibiliser les décideurs nationaux à la nécessité d'éradiquer la carence en iode, les partenariats public-privé afin d'accompagner les producteurs de sel dans l'iodation durable et l'éducation de la société civile afin de renforcer la demande en sel iodé.

Enrichissement des aliments d'appoint, des aliments de base et des condiments

Enrichissement à domicile

Les micronutriments multiples en poudre (MNP) offrent un moyen peu coûteux et très acceptable d'améliorer la qualité des aliments d'appoint. Ils se sont révélés très efficaces dans la prévention de la carence en fer et de l'anémie qui lui est associée. Combinés avec des compléments énergétiques, protéinés et lipidiques, les MNP ont également démontré leur capacité à améliorer la croissance et le développement de l'enfant⁴⁷.

En s'appuyant sur une évaluation mondiale menée en 2011, 22 pays, principalement d'Asie et d'Amérique latine et Caraïbes, ont mis en œuvre des interventions liées aux MNP afin d'améliorer la qualité des aliments d'appoint. Ils ont ainsi pu toucher plus de 12 millions d'enfants en 2010, essentiellement en distribuant des MNP par le biais du système de santé publique. Quatre pays mettent actuellement en œuvre des programmes à l'échelle nationale et 17 pays travaillent à déployer des actions au niveau national. D'autres évolutions sont en cours, notamment en Afrique et en Asie du Sud-Est⁴⁸.

Enrichissement à grande échelle

L'ajout de micronutriments aux aliments de base, aux aliments complémentaires et aux condiments, en usine et dans les autres sites de production, est un moyen économique de subvenir aux besoins en micronutriments des populations et d'améliorer leur état nutritionnel. Par exemple, la farine est souvent enrichie en fer, zinc, acide folique et autres vitamines B comme la thiamine, la riboflavine, la niacine et la vitamine B12. Depuis décembre 2012 l'enrichissement de la farine de blé est régi par la loi dans 75 pays (contre 33 seulement en 2004). La proportion de farine actuellement enrichie représente environ 30 % de la production mondiale de farine de blé issue des minoteries industrielles⁴⁹.

Prévention et traitement de la malnutrition aiguë sévère

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère présentent un risque de décès neuf fois plus important que les enfants qui sont bien alimentés⁵⁰. Les enfants souffrant d'émaciation, ou ayant un poids très variable pour la taille ou subissant des variations négatives de leur rapport poids/taille, présentent un risque plus élevé de retard de croissance⁵¹.

Si la prévention est la première étape en matière de malnutrition aiguë sévère, une action s'impose d'urgence lorsque le mal est installé afin de minimiser les complications et d'éviter le risque de décès. Il apparaît de plus en plus clairement que la malnutrition aiguë sévère ne se produit pas seulement dans des situations d'urgence.

La prise en charge communautaire s'est avérée efficace dans le traitement de la malnutrition aiguë⁵² si bien qu'elle a été officiellement approuvée par les Nations Unies en 2007. Cela permet de décentraliser cette prise en charge, de toucher plus facilement les enfants et de les soigner dans leur communauté. Cela implique la détection précoce des enfants atteints, leur traitement au sein de la communauté, l'orientation en temps voulu vers des soins hospitaliers le cas échéant, et un suivi ultérieur dans la communauté. De multiples partenaires ont soutenu cette approche, que ce soit dans des situations d'urgence ou non, en orientant le changement stratégique, en apportant un soutien technique et en s'engageant à fournir des produits thérapeutiques. Grâce à cette approche, plus de 75 % des enfants traités devraient se rétablir. En outre, davantage d'enfants ont accès au traitement car, dans la plupart des cas, l'hospitalisation n'est pas requise⁵³.

Au niveau mondial, on estime que 2 millions d'enfants de moins de 5 ans ont été traités en 2011 pour une malnutrition aiguë sévère, contre un peu plus d'un million déclarés en 2009⁵⁴. Cette augmentation des admissions déclarées ne reflète pas seulement un meilleur accès à la prise en charge de cette pathologie mais aussi l'amélioration de la diffusion des données au niveau national. Plus de 80 % de ces 2 millions d'enfants traités vivaient en Afrique subsaharienne. Cinq pays (Éthiopie, Niger, Somalie, Pakistan et République démocratique du Congo) représentent un peu plus d'un million d'admissions, soit environ 56 % de l'ensemble des admissions au niveau mondial (*Figure 28*).

Parmi les principales stratégies visant à élargir l'accès à un traitement de qualité, figure l'élaboration de politiques nationales afin d'aider les gouvernements à soutenir et accélérer le déploiement, le renforcement des capacités nationales et des systèmes afin d'appuyer le déploiement, et l'intégration de la malnutrition aiguë sévère au sein des autres activités liées à la santé et à la nutrition.

FIGURE 28 Cinq pays représentent plus de la moitié des admissions pour le traitement de malnutrition aiguë sévère

Nombre d'admissions déclarées pour le traitement d'une malnutrition aiguë sévère en 2011

Pays	Nombre d'admissions pour le traitement d'une malnutrition aiguë sévère
Éthiopie	302 000
Niger	299 000
Somalie	167 000
Pakistan	157 000
République démocratique du Congo	157 000
Total	1 082 000

Remarque : Les chiffres sont arrondis au millier le plus proche. Il n'existe pas de système de déclaration national normalisé, chaque pays possédant son propre mode de collecte des données (soit basé sur les établissements de santé possédant des services fonctionnels pour la malnutrition aiguë sévère, soit sur les chiffres des partenaires d'exécution qui présentent des rapports. Il convient également de noter que si le Niger, la Somalie et le Pakistan ont reçu 100 % des rapports attendus en 2011, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo ont déclaré n'avoir reçu que 80 % des rapports attendus.

Source : Bases de données mondiales sur la nutrition de l'UNICEF, fondée sur la mise à jour du Rapport mondial sur la malnutrition aiguë sévère (*Global SAM Update*), 2012.

Eau, assainissement, hygiène et accès aux services de santé

Des épisodes répétés de diarrhée, d'infestation intestinale par des nématodes et éventuellement d'entéropathie tropicale ou environnementale (dans laquelle la contamination fécale entraîne des changements intestinaux affectant la perméabilité et l'absorption) peuvent entraver l'absorption des nutriments et diminuer l'appétit en ayant pour conséquence des retards de croissance ou autres formes de sous-nutrition⁵⁵.

L'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène mais aussi du logement, et l'accès aux services de santé peuvent contribuer à un environnement sain et réduire la prévalence des maladies infectieuses⁵⁶. Les interventions clés mises en œuvre à grande échelle permettent également de réduire la sous-nutrition. Celles-ci comprennent notamment la vaccination, l'amélioration de l'assainissement par l'élimination de la défécation à l'air libre, le lavage des mains avec du savon, l'accès à l'eau potable, l'utilisation de sels de réhydratation orale et de zinc thérapeutique pour

traiter la diarrhée, la prévention (avec des moustiquaires imprégnées d'insecticide) et le traitement du paludisme, le traitement de la pneumonie à base d'antibiotiques. Les recherches en cours s'efforcent de quantifier les effets et l'efficacité des interventions dans différents contextes.

Approches communautaires

La transposition à plus grande échelle des programmes de nutrition intégrés et communautaires, liés à la santé, à l'eau et à l'assainissement, parallèlement à d'autres interventions pertinentes, est une stratégie prioritaire qui peut apporter des améliorations mesurables en termes d'état nutritionnel, de survie et de développement des enfants. Le soutien communautaire peut inclure la fourniture de services tels que le conseil, le soutien et la communication sur les questions de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le dépistage de la malnutrition aiguë et le suivi des enfants dénutris, le déparasitage et la fourniture de suppléments en vitamine A et en micronutriments. Il est également important de créer des synergies au niveau communautaire entre les interventions spécifiques à la nutrition et celles liées au développement de l'enfant, car cela contribue de manière globale à la promotion du développement de la petite enfance et à la réduction des inégalités.

Communication visant à promouvoir le changement social et comportemental

Fondée sur la recherche préparatoire relative aux obstacles à la bonne nutrition et aux facteurs la facilitant, la communication pour le changement comportemental et social peut favoriser un changement de comportement dans les communautés, sensibiliser la population aux services de nutrition et encourager l'évolution des normes sociales afin de mettre en place un environnement propice à une bonne nutrition dans les communautés.

Interventions prenant en compte la nutrition

Ce sont des interventions indirectes, qui impliquent d'autres secteurs et permettent de lutter contre les causes sous-jacentes de la sous-nutrition. Leur impact est moins évident que celui des interventions spécifiques à la nutrition, notamment parce qu'elles sont difficiles à mesurer. Cependant, les politiques et programmations relatives à l'agriculture, à l'éducation, à la protection sociale et à la réduction de la pauvreté jouent un rôle important dans la réalisation des objectifs nutritionnels. Réaliser un développement prenant en compte la nutrition requiert une coordination et une coopération multisectorielles avec de nombreux partenaires, ce qui a toujours été difficile dans le domaine de la nutrition.

Les programmes relatifs à l'agriculture et à la protection sociale sont détaillés ci-dessous.

Agriculture

L'amélioration des synergies et des liens entre agriculture, nutrition et santé, fait depuis peu l'objet d'une attention croissante, aussi bien dans le milieu de la programmation que dans celui de la recherche⁵⁷.

La production agricole mondiale est actuellement suffisante pour nourrir le monde, mais c'est l'accès à la nourriture qui est plus problématique (en quantité, en qualité et à un prix abordable). Il est possible d'améliorer la diversité alimentaire en augmentant la production d'aliments nutritifs, en particulier au sein des populations rurales. Cela peut s'obtenir par la production d'aliments riches en nutriments, comme les fruits et légumes, le poisson, le bétail, le lait et les œufs, par l'augmentation de la teneur nutritionnelle des aliments grâce à la biofortification des cultures et l'enrichissement après la récolte, par l'amélioration du stockage et de la préservation des aliments en prévision de la saison sèche, et par l'éducation des populations en matière de nutrition et de régime alimentaire. Dans divers contextes, ces types d'interventions ont permis d'améliorer les habitudes alimentaires et l'apport en micronutriments spécifiques, soit directement, soit par l'augmentation des revenus des ménages. Cependant, l'impact sur le retard de croissance, l'émaciation et la carence en micronutriments apparaît moins clairement⁵⁸.

Il reste des efforts à faire pour harmoniser la recherche de sécurité alimentaire avec la sécurité nutritionnelle et améliorer les résultats en matière de nutrition.

Protection sociale

La protection sociale suppose des politiques et des programmes qui protègent les personnes, réduisent l'impact des crises, améliorent la résilience et aident ceux dont les moyens de subsistance sont menacés. Les filets de protection sont des types de protection sociale qui fournissent des revenus ou des substituts de revenus : les transferts monétaires ciblés et les approches fondées sur l'accès à la nourriture sont les deux principaux systèmes de protection destinés à éviter la famine et à réduire la sous-nutrition des populations les plus vulnérables. Les systèmes de protection basés sur la nourriture visent à assurer les moyens de subsistance (emplois dans les travaux publics rémunérés en nourriture), à augmenter le pouvoir d'achat (coupons ou bons d'alimentation) et à atténuer les privations (vivres distribués directement aux ménages ou aux particuliers).

Alors que des programmes de protection sociale existent dans au moins une douzaine de pays, leur efficacité n'a pas encore été totalement prouvée en matière d'amélioration de l'état nutritionnel des enfants⁵⁹.

Les évaluations des programmes de transfert monétaire conditionnel ont révélé une incidence sur le retard de croissance dans deux des cinq études : le programme « *Familias en Acción* » en Colombie et le programme « *Oportunidades* » au Mexique. Sur les trois programmes de transfert monétaire conditionnel, deux ont permis de réduire les retards de croissance (*South African Child Support Grants* et *Bono Solidario* en Équateur)⁶⁰. Il faudra davantage d'études et de données sur les résultats à long terme de ces programmes, afin de voir comment mieux les cibler, sur quelle durée et en choisissant quelles interventions. Mais les programmes de protection sociale peuvent contribuer à assurer un développement plus équitable et favorable à la nutrition s'ils sont harmonisés avec les besoins locaux et nationaux et s'il existe une bonne compréhension des capacités, des ressources et du calendrier du processus de déploiement.

Maintenir le cap sur l'équité

Comme cela a été souligné dans ce rapport, maintenir le cap sur l'équité est particulièrement important car le retard de croissance et les autres formes de sous-nutrition touchent principalement les couches sociales les plus défavorisées.

La sous-nutrition est inextricablement liée à la pauvreté. Les programmes de nutrition et autres stratégies de développement axées sur l'équité permettent de lutter efficacement contre les inégalités causées par la pauvreté et les formes d'exclusion existant parmi les groupes et les individus.

Pour des raisons biologiques, les femmes et les enfants sont plus vulnérables aux carences nutritionnelles; des efforts particuliers sont donc nécessaires pour corriger les inégalités biologiques et sociales qui les affectent. Le faible niveau d'éducation des femmes, l'iniquité de leur statut social et leur pouvoir de décision limité peuvent influencer négativement sur leur statut nutritionnel ainsi que sur celui de leurs enfants. L'amélioration de l'accès à l'éducation et la création de possibilités pour les filles comme pour les garçons ainsi que pour leurs familles, présentent de nombreux avantages en termes d'état nutritionnel et de développement infantile.

Il est essentiel de créer un environnement favorable qui cible les besoins des personnes vulnérables. Les inégalités en termes d'état nutritionnel ayant un impact intergénérationnel durable sur le bien-être matériel, social et économique d'un pays, la réponse apportée par les communautés et les gouvernements aura des répercussions sur la quête d'un développement national équitable.

Chapitre 5



ILS L'ONT FAIT : EXEMPLES DE RÉUSSITE EN MATIÈRE DE NUTRITION

Les programmes de nutrition réalisés dans divers pays ont mis en lumière les facteurs contribuant à l'amélioration durable de la situation nutritionnelle d'un pays. Parmi ces éléments clés figurent l'engagement politique et le rôle moteur du gouvernement, les politiques nutritionnelles basées sur des données factuelles, les partenariats coordonnés et collaboratifs regroupant différents secteurs, des capacités techniques et une conception des programmes adéquates, des ressources suffisantes pour renforcer la mise en œuvre, ainsi que des mécanismes suscitant la demande accrue de programmes de nutrition par les parties prenantes. Un système solide de suivi et d'évaluation est également nécessaire et permet d'améliorer en temps réel la mise en œuvre des programmes et de démontrer les résultats obtenus. Comme l'illustrent certaines des études de cas suivantes, les programmes ciblant des populations spécifiques et parvenant à maintenir fortement l'accent sur l'équité contribuent à réduire les inégalités en matière d'état nutritionnel des enfants.

Les exemples de réussite que nous présentons ci-dessous couvrent des contextes très variés, reflétant la diversité et la complexité des programmes de nutrition. Les six premières études de cas ont trait à la réduction du retard de croissance; les cinq autres présentent des aspects spécifiquement liés à la programmation en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, des micronutriments et de la réforme de la politique nutritionnelle. En dépit des problèmes inhérents à la programmation, les pays concernés ont enregistré des progrès remarquables et, fait important, à grande échelle non seulement au niveau des politiques et des programmes, mais également des changements comportementaux et de l'état nutritionnel⁶¹.

Éthiopie : réduire la sous-nutrition à l'aide de la planification nationale

L'Éthiopie dépend en grande partie de l'agriculture pluviale, d'où la vulnérabilité de la population à la sécheresse et à l'insécurité alimentaire. Ces dix dernières années, le pays a pourtant réussi à réduire la mortalité et le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est ainsi passé de 139 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 77 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011⁶², se rapprochant ainsi de la cible de l'OMD 4 (66 pour 1 000). Pendant la même période, le retard de croissance des enfants de la même tranche d'âge a également diminué, passant d'une estimation de 57 % à 44 %⁶³.

Il n'en reste pas moins qu'en 2011, plus de 5 millions d'enfants éthiopiens continuaient de présenter un retard de croissance⁶⁴ et ce, malgré l'augmentation du revenu national brut par habitant, qui est passé de 130 dollars É.-U. en 2000 à 400 dollars É.-U. en 2011⁶⁵. On constate des retards de croissance dans les ménages riches et pauvres, ce qui laisse entendre que la croissance économique et la sécurité alimentaire ne peuvent à elles seules résoudre ce problème⁶⁶.

Stratégie clé : un filet de sécurité efficace et un plan exhaustif

En 2008, le Gouvernement éthiopien a lancé un Programme national de nutrition (NNP), une stratégie globale regroupant tous les services de nutrition, qui a abandonné l'approche précédente basée sur l'aide alimentaire et humanitaire pour privilégier des interventions nutritionnelles directes et complètes répondant aux causes immédiates et profondes de la malnutrition, notamment à l'échelle des communautés. Le programme repose sur le solide socle de protection sociale mis en œuvre par l'Éthiopie, dont voici quelques composantes :

- Un système de filet de sécurité couvrant plus de 7 millions de personnes dans les régions les plus pauvres du pays.
- Un système d'intervention d'urgence et plusieurs programmes couvrant les populations vivant dans des régions ne bénéficiant pas du filet de sécurité.
- Le déploiement à grande échelle des programmes de nutrition communautaires, contribuant ainsi à l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation des nourrissons.
- La supplémentation en micronutriments et le traitement de la malnutrition aiguë sévère.
- Un ensemble de services de santé gratuits, comprenant des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la pneumonie, des services de planification familiale et le soutien aux patients atteints de diarrhée aiguë.

Ce programme national exhaustif s'aligne efficacement sur la stratégie gouvernementale en matière de sécurité alimentaire, dont le Programme de filet de sécurité productif, lancé en 2005, qui prévoit l'embauche de personnes pour réaliser des travaux publics, la fourniture de nourriture ou les transferts monétaires en faveur des familles. Cette initiative s'est avérée efficace pour lutter contre l'insécurité alimentaire, l'une des causes profondes du retard de croissance : entre 2006 et 2010, le nombre de mois de sécurité alimentaire s'est sensiblement accru dans les régions couvertes, tout comme le nombre de repas pris par les enfants pendant les saisons sèches⁶⁷.

Autre élément important du NNP, le Programme de nutrition communautaire a pour principal objectif l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 2 ans. Il renforce la capacité des communautés à évaluer la sous-nutrition, à en comprendre les causes et à identifier les actions nécessaires, ainsi qu'à mieux utiliser les ressources familiales, communautaires et externes. Des agents de vulgarisation sanitaire dûment formés participent aux interventions des services de santé communautaires en matière de nutrition. Depuis le lancement du programme, le nombre de districts couverts est passé de 39 en 2008 à 228 en 2012, un chiffre qui devrait encore s'accroître en 2013.

L'Éthiopie s'attaque également à la malnutrition aiguë sévère en renforçant la prise en charge communautaire, en assurant une supplémentation en micronutriments à l'occasion des journées communautaires consacrées à la santé et en promouvant l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.

Les interventions communautaires en matière de nutrition sont intégrées au sein des services de santé par le biais du Programme de vulgarisation sanitaire. Créé avant le NNP, il a été élargi pour couvrir toutes les communautés rurales en 2008, augmentant la couverture des soins de santé primaires (y compris les interventions nutritionnelles) de 77 % des communautés en 2004 à 92 % en 2010⁶⁸. Les évaluations réalisées soulignent l'amélioration des services et le changement de comportement des personnes⁶⁹. En 2011, la supplémentation en vitamine A permettait de protéger pleinement des carences 71 % des enfants âgés de 6 à 59 mois. En outre, 52 % des nourrissons âgés de moins de 5 mois étaient exclusivement allaités au sein.

Perspectives

Il est prévu qu'une version révisée du Programme national de nutrition soit lancée fin 2013. Plus centrée sur les interventions nutritionnelles multisectorielles, elle s'alignera sur le Plan de développement du secteur de la santé, qui permet d'étendre davantage la couverture des principaux services de santé et de nutrition. Le Programme de nutrition communautaire est un puissant vecteur pour cibler les interventions à l'échelle locale. Il peut être utile pour réduire les inégalités en matière d'état nutritionnel infantile, à condition d'être déployé à l'échelle nationale avec le soutien des partenaires clés. Un financement accru sera donc nécessaire pour soutenir les investissements dans les capacités du système de santé. Le Gouvernement éthiopien, qui a adhéré au mouvement SUN, est déterminé à accroître les ressources mises à disposition du NNP et à mettre en place des mesures afin d'aligner et d'accélérer les actions visant à améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition. ■

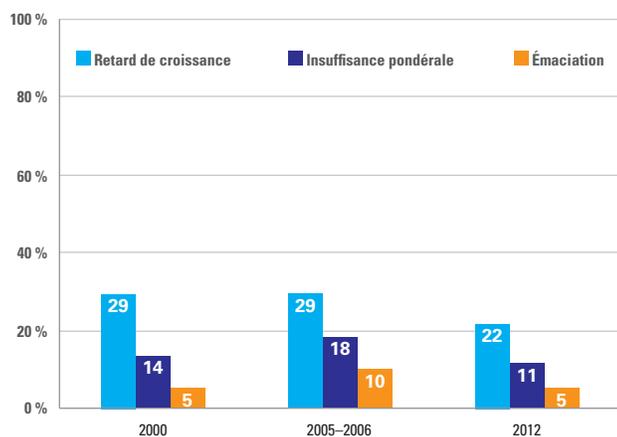
Haïti : développer des services de nutrition en situation d'urgence

Le tremblement de terre qui a frappé Haïti en janvier 2010 a bouleversé la vie d'environ 3 millions de personnes, provoquant des dégâts immenses et aggravant une situation déjà difficile. Des évaluations réalisées immédiatement après le séisme révèlent qu'approximativement la moitié des ménages dans la région affectée (soit à peu près 1,3 million de personnes) étaient en situation d'insécurité alimentaire⁷⁰. Quelques mois plus tard, une étude a révélé qu'au moins 41 % des enfants âgés de 6 à 59 mois avaient souffert de pathologies, principalement la diarrhée, d'infections respiratoires aiguës et de poussées de fièvre, qui figurent parmi les principales causes de décès chez les enfants⁷¹. Cette situation a accru le risque de décès et de malnutrition des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes.

En dépit de cette crise humanitaire, le Gouvernement haïtien et la communauté internationale ont réussi à fournir un ensemble de services visant à réduire le taux élevé de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans. D'après des enquêtes préliminaires, la prévalence aurait baissé de 29 % estimés en 2006 à 22 % en 2012 (Figure 29).

FIGURE 29 Tendances en matière de retard de croissance, d'insuffisance pondérale et d'émaciation en Haïti, 2000–2012

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, d'une insuffisance pondérale ou d'une émaciation à caractère modéré ou sévère



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires en Haïti, 2000 et 2005–2006 ; Enquête démographique et sanitaire préliminaire (EDSp), 2012.

Stratégie clé : expansion rapide des services de nutrition et de santé élémentaires

Quelques mois après la catastrophe, le Gouvernement lançait le Plan d'action national pour le relèvement et le redéveloppement. Sa mise en œuvre rapide prouve qu'il est possible d'étendre les services élémentaires de nutrition et de santé au lendemain d'une situation d'urgence et d'améliorer sensiblement l'état nutritionnel des enfants. Les résultats positifs obtenus malgré une situation extrêmement difficile sont le fruit d'une série de stratégies, parmi lesquelles :

- La distribution d'aliments et les programmes de travail contre rémunération ou de transferts monétaires permettant aux ménages les plus affectés et vulnérables d'acheter de la nourriture.
- La fourniture de conseils en nutrition au sein des communautés en vue d'accroître la pratique de l'allaitement maternel exclusif et d'améliorer les pratiques d'alimentation.
- La supplémentation en micronutriments et la promotion et le suivi de la croissance.
- La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.
- Les actions de proximité auprès des communautés afin d'améliorer les contacts avec les ménages et d'élargir la couverture des services de nutrition.

Au cours de l'année qui a suivi le tremblement de terre, environ 4 millions d'Haïtiens ont reçu des aliments nutritifs, y compris des produits alimentaires thérapeutiques prêts à l'emploi, et 900 000 ont bénéficié d'une aide par le biais des programmes de travail contre rémunération ou de transferts monétaires garantissant qu'ils disposaient d'une alimentation suffisante⁷². Il s'est ensuivi une baisse considérable du pourcentage de ménages faisant face à l'insécurité alimentaire dans la région touchée par le séisme et d'autres zones vulnérables, de 52 % début 2010 à 39 % à peine quatre mois plus tard⁷³.

Les Points de conseils de nutrition pour les bébés (PCNB) établis dans les territoires touchés par la catastrophe ont permis aux communautés de combattre la malnutrition et d'améliorer les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les PCNB, que la population a surnommé les « tentes bébés » assuraient également le dépistage précoce de la malnutrition et l'accès au traitement. En 2010 et 2011, environ 200 PCNB ont fourni des services à plus de 230 000 enfants et femmes enceintes et allaitantes, dont des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la supplémentation en micronutriments et la promotion et le suivi de la croissance⁷⁴.

Cette aide de proximité auprès des communautés a contribué de manière significative à étendre la couverture des interventions en matière de nutrition. Selon les données du gouvernement, le démarrage précoce de l'allaitement est passé de 44 % en 2006⁷⁵ à 64 % en 2012⁷⁶; d'après les estimations de l'UNICEF, dans les régions accueillant des PCNB, 70 % des enfants de moins de 6 mois ont été exclusivement allaités au sein en 2012⁷⁷. En 2010, plus de 500 000 femmes enceintes ont reçu des suppléments en fer, en acide folique et en iode et plus de 1 million d'enfants âgés de 6 à 59 mois ont bénéficié d'interventions visant à remédier aux carences en micronutriments. Plus de 15 000 enfants âgés de 6 à 59 mois atteints de malnutrition aiguë sévère ont reçu un traitement⁷⁸. En outre, 31 050 moustiquaires résistantes et imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans quatre des principales zones d'endémie paludéenne et plus de 11 300 latrines ont été fournies⁷⁹.

Perspectives

Haïti doit encore résoudre de nombreux problèmes, y compris le retard de croissance qui concerne 20 % des enfants de moins de 5 ans. La communauté internationale, qui a accouru au secours du pays au lendemain de la catastrophe, abandonne progressivement son soutien d'urgence. C'est donc désormais à Haïti seul qu'incombe la tâche cruciale d'assurer la fourniture des services élémentaires en matière de santé et de nutrition en s'aidant d'un personnel qualifié en nombre insuffisant et d'infrastructures encore fragiles.

Le Gouvernement et ses partenaires se sont attelés au renforcement de la capacité à long terme du système de santé et des communautés. Haïti a adhéré au mouvement SUN, signalant son engagement à privilégier la sécurité alimentaire et nutritionnelle et à investir dans des interventions de nutrition directes. Afin de guider ce processus, une nouvelle politique nationale de nutrition a récemment été mise en place. ■

Inde : améliorer la gouvernance en matière de nutrition afin de lutter contre le retard de croissance des enfants au Maharashtra

En Inde, plus de 60 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, soit près de la moitié des enfants de cette tranche d'âge. D'après les estimations, ils représentent un tiers des enfants souffrant de ce problème à l'échelle mondiale⁸⁰. En 2005-2006, le Maharashtra, pourtant l'État le plus riche du pays, comptait 39 % d'enfants de moins de 2 ans présentant un retard de croissance. Mais en 2012, une enquête sur la nutrition couvrant l'ensemble de cet État a révélé une chute de la prévalence, désormais de 23 %⁸¹. La détermination, les mesures adoptées et l'attention accordée à la prestation des services sont à l'origine de ce progrès sensible.

Stratégie clé : renforcer la capacité du personnel afin d'améliorer la prestation des services

En 2005, suite aux rapports signalant les décès d'enfants imputables à la sous-nutrition dans plusieurs districts, le Maharashtra a lancé une initiative de santé et de nutrition maternelles et infantiles (Rajmata Jijau Mother-Child Health & Nutrition Mission) qui, dans un premier temps, s'est centrée sur les cinq districts à majorité tribale présentant la plus forte incidence de sous-nutrition infantile (Amravati, Gadchiroli, Nandurbar, Nasik et Thane). Mais, après l'enquête nationale sur la santé des familles de 2005-2006, son mandat a été élargi afin de coordonner les efforts visant à réduire la sous-nutrition infantile dans l'ensemble de l'État, une mesure extrêmement importante étant donné que le Maharashtra est le deuxième État le plus peuplé d'Inde. En 2006-2007, l'initiative s'est étendue à 10 districts supplémentaires à forte concentration de population tribale et en 2008-2009 aux districts restants.

Ce projet de nutrition à l'échelle de l'État a tout d'abord œuvré à améliorer l'efficacité de la prestation des services par le biais des programmes phares en matière de nutrition, de santé et de développement infantiles, à savoir les Services intégrés de développement de l'enfance (*Integrated Child Development Services*) et la Mission nationale pour la santé en milieu rural (*National Rural Health Mission*). L'objectif était de pourvoir les postes clés vacants, en particulier les agents de première ligne et les superviseurs, et d'améliorer leur motivation et leurs compétences afin qu'ils fournissent des services de première qualité et en temps opportun aux communautés. La deuxième phase de 5 ans, qui a débuté en 2011, met davantage l'accent sur l'amélioration de la nutrition des enfants de moins de 2 ans et de leur mère. Cette évolution est due aux données factuelles à l'échelle mondiale relatives au créneau critique de 1 000 jours favorable à la prévention de la sous-nutrition des enfants.

En 2012, la première étude exhaustive sur la nutrition à l'échelle d'un État indien, commandée par le Gouvernement du Maharashtra afin d'évaluer les progrès et d'identifier les domaines d'action à venir, fait état d'une prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 2 ans de 23 % en 2012, soit un recul de 16 % sur une période de 7 ans⁸². L'amélioration de l'alimentation des enfants, des soins qui leur sont apportés ainsi qu'à leur mère et de leur environnement sont à l'origine de ces progrès. Le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficiant du nombre minimum requis de repas par jour est passé de 34 en 2005-2006 à 77 en 2012 et la proportion de mères ayant bénéficié d'au moins trois consultations prénatales est passée de 75 à 90 % au cours de la même période⁸³.

Cette initiative nutritionnelle cible le retard de croissance des enfants de moins de 2 ans à l'échelle de l'État en promouvant des interventions plus efficaces par le biais des programmes phares visant la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Quatre facteurs sont considérés comme des éléments essentiels du succès de l'initiative :

- La fidélité à l'objectif initial : les efforts se concentrent sur la mise en œuvre d'actions basées sur des données factuelles visant les nourrissons, les jeunes enfants et leur mère afin de prévenir les retards de croissance sans négliger la nutrition, l'éducation et l'autonomisation des adolescentes dans le but d'améliorer le départ dans la vie de la nouvelle génération.
- La prestation équitable des services à grande échelle : des efforts sont déployés pour associer la prestation des services dans les établissements à des interventions communautaires de proximité pour une meilleure prise en charge des enfants de moins de 2 ans, des adolescentes et des mères. Pour garantir l'équité et les résultats, l'attention se centre sur les enfants, les ménages, les districts et autres divisions administratives les plus vulnérables.
- L'amélioration du poids à la naissance : dans ce domaine, il est nécessaire de surveiller la prise de poids pendant la grossesse lors de chaque consultation prénatale et de conseiller et de soutenir les femmes enceintes afin que leur prise de poids soit adéquate. En outre, tous les nourrissons sont pesés à la naissance et ceux qui pèsent moins de 2 500 grammes font l'objet d'un suivi pour veiller à ce qu'ils rattrapent leur retard.
- La coordination et la mesure des résultats en matière de nutrition dans tous les secteurs : la planification et la prise en charge sont centrées sur les résultats

nutritionnels et les indicateurs relatifs à la nutrition infantile sont intégrés dans l'ensemble des programmes et des secteurs. L'accent est également mis sur la mise au point de cadres solides de suivi et d'évaluation permettant de mesurer les résultats des programmes.

Perspectives

Les résultats provisoires de l'enquête menée au Maharashtra révèlent que, malgré la fréquence accrue des repas, seulement 7 % des enfants âgés de 6 à 23 mois ont reçu une alimentation minimale acceptable en 2012. Rares sont les enfants qui ont une alimentation variée adéquate, riche en nutriments essentiels et à des intervalles appropriés, propre à garantir une croissance physique et un développement intellectuel optimaux. Une stratégie à l'échelle de l'État s'impose pour améliorer la qualité des aliments complémentaires ainsi que les pratiques d'alimentation et d'hygiène afin de réduire davantage le taux de retard de croissance et d'obtenir des résultats largement positifs. ■

Népal : réaliser des progrès constants en faveur des femmes et des enfants

Au Népal, environ un quart de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Le pays se remet d'un conflit interne long de 10 ans, qui s'est conclu par un accord de paix en 2006. En dépit de ces problèmes, au cours de cette dernière décennie, le pays a accompli des progrès remarquables en matière de développement humain.

La proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour s'est réduite de moitié en 7 ans (de 53 % en 2003 à 25 % en 2010)⁸⁴. La mortalité des enfants de moins de 5 ans a également enregistré une baisse spectaculaire, passant de 83 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 48 décès pour 1 000 en 2011⁸⁵. La prévalence du retard de croissance des enfants de la même tranche d'âge a également chuté, passant de 57 % en 2001 à 41 % en 2011⁸⁶, et prouvant qu'il est possible d'atteindre des résultats extraordinaires malgré les difficultés.

Stratégie clé : réduire la prévalence du retard de croissance à l'aide d'interventions communautaires

Les progrès accomplis en matière de retard de croissance ont bénéficié de la croissance économique et de la réduction de la pauvreté, mais sont également le fruit d'un ensemble de stratégies de santé et de nutrition importantes :

- Les interventions réalisées par le biais de programmes communautaires aux quatre coins du pays avec l'aide du groupe national militant des agents de santé communautaires bénévoles de sexe féminin (FCHV).
- L'amélioration de la couverture des programmes de maternité sans risques, de la supplémentation en acide folique et en fer à toutes les femmes enceintes et allaitantes, du déparasitage, des soins maternels et des interventions en matière de survie infantile.

Le Népal a mis en place le programme FCHV en 1988 en vue d'améliorer la participation des communautés et d'accroître les services de santé de proximité. En 1993, celui-ci couvrait les 75 districts du pays, mais les fréquentes interruptions des fournitures de médicaments ont nuï à son efficacité et ont entamé la crédibilité des bénévoles. Un tournant décisif s'est opéré la même année suite au lancement du programme national de distribution de vitamine A sous l'égide de l'Agence des États-Unis pour le développement international, (USAID), de l'UNICEF, de chercheurs locaux et d'organisations non gouvernementales.

Grâce à cette initiative, le FCHV est devenu l'élément déterminant des interventions en matière de supplémentation en vitamine A.

En 2006, le Népal comptait près de 50 000 programmes FCHV. En 2007, ils ont permis de distribuer des comprimés de vitamine A à 3,5 millions d'enfants d'âge préscolaire et de maintenir un taux de couverture supérieur à 90 %. Depuis 1999, des comprimés vermifuges sont distribués en même temps que la supplémentation semestrielle en vitamine A aux enfants âgés de 12 à 59 mois.

Le champ d'action du FCHV ne se borne pas à la supplémentation en vitamine A et au déparasitage. Les bénévoles participent à la prise en charge communautaire intégrée des maladies infantiles (diarrhée, infections respiratoires aiguës, rougeole et malnutrition aiguë), éduquent les femmes enceintes, les parents et les aidants en matière de nutrition, distribuent des sels de réhydratation orale, fournissent des comprimés d'acide folique et de fer aux femmes enceintes et diffusent des informations sur la nutrition, la santé et la planification familiale.





En outre, le Gouvernement a œuvré sans relâche afin d'améliorer la couverture des interventions clés. La carence en vitamine A semble être globalement maîtrisée et 80 % des ménages utilisent du sel ayant une teneur en iode suffisante⁸⁷. La proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie traités dans des établissements de santé est passée de 18 % en 1996 à 50 % en 2011⁸⁸ et celle des enfants souffrant de diarrhée soignés par des prestataires de santé est passée de 14 % en 1996 à 38 % en 2011⁸⁹.

Si 70 % des nourrissons âgés de moins de 5 mois sont exclusivement allaités au sein, l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant n'en demeure pas moins une source de préoccupation. Un tiers des nourrissons âgés de 6-8 mois ne reçoit pas d'aliments complémentaires et seuls 24 % des enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficient d'un apport alimentaire minimum acceptable, régulier et diversifié⁹⁰. Le FCHV a contribué à un programme pilote efficace de distribution de micronutriments en poudre destinés à l'alimentation d'appoint, qui devrait être étendu à l'ensemble du pays en 2017. Le Gouvernement travaille à l'établissement d'un régime de protection sociale visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en particulier parmi les populations les plus pauvres et démunies. Le Népal a mis au point une stratégie nationale complète pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin d'accélérer les progrès en matière d'optimisation de leur alimentation et des soins dont ils bénéficient.

Perspectives

Le Népal a adhéré au mouvement SUN et le Gouvernement a récemment lancé un plan de nutrition multisectoriel sous la direction du Premier ministre. L'objectif est de s'attaquer aux causes immédiates, profondes et élémentaires de la sous-nutrition en mettant en œuvre un ensemble d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, basées sur des données factuelles et centrées sur le créneau critique de 1 000 jours allant de la grossesse au deuxième anniversaire de l'enfant. La Commission de planification familiale et cinq ministères de tutelle couvrant les domaines de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement, de l'agriculture, du développement local et de la protection sociale participent à ce plan. ■

Pérou : atteindre les plus défavorisés en mettant l'accent sur l'équité

De 1995 à 2005, la prévalence du retard de croissance des enfants de moins de 5 ans au Pérou a fluctué sans enregistrer de nette amélioration. Mais, depuis le lancement en 2006 de l'Initiative contre la malnutrition infantile (*Iniciativa contra la desnutrición infantil*), on a constaté en l'espace de quelques années seulement une diminution d'un tiers des cas (d'après les estimations, l'incidence a reculé de 30 % en 2004-2006 à 20 % en 2011)⁹¹. Chez les enfants les plus démunis, le retard de croissance est passé de 56 % à 44 % au cours de la même période⁹².

Avant 2005, les programmes de nutrition se concentraient sur l'aide alimentaire. Mais des programmes pilotes soutenus par des organisations internationales et non gouvernementales ont commencé à prouver l'efficacité des approches intégrées et multisectorielles pour réduire la prévalence du retard de croissance dans les régions rurales. Lancée en 1999 et soutenue par l'UNICEF et l'USAID, l'Initiative pour un bon début dans la vie (*Un buen inicio en la vida*) a réalisé un ensemble intégré d'interventions auprès de plus de 200 communautés vulnérables des hauts plateaux andins et de la forêt amazonienne. Les résultats d'une évaluation signalent une baisse du retard de croissance des enfants de moins de 3 ans appartenant à ces communautés, de 54 % en 2000 à 37 % en 2004⁹³. De même, le projet REDESA (Réseaux durables pour la sécurité alimentaire, *Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria*) a affiché des résultats prometteurs en aidant des familles à sortir de la pauvreté et en réduisant le retard de croissance chez les enfants de moins de 3 ans de 34 % en 2002 à 24 % en 2006⁹⁴. Ces programmes pilotes prouvent qu'il est possible de mettre en œuvre des interventions à plus grande échelle et d'obtenir des résultats concluants.

Stratégie clé : accorder une importance accrue à la malnutrition à l'échelle nationale

Début 2006, des agences internationales et des organisations non gouvernementales péruviennes ont mis au point l'Initiative contre la malnutrition infantile avec pour objectif de hisser la nutrition au niveau des priorités nationales. Elles ont plaidé auprès des responsables politiques et les ont sensibilisés à l'ampleur du problème de la sous-nutrition, à sa répercussion sur le développement économique et social national et à l'absence de progrès pour résorber ce fléau tout en invoquant les réussites des programmes à petite échelle pour démontrer le potentiel des interventions peu coûteuses. Préalablement à l'élection présidentielle de 2006,

l'initiative a fait pression auprès des candidats pour qu'ils signent l'engagement « trois fois cinq », visant à réduire le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans de 5 % en 5 ans, et qu'ils œuvrent à atténuer les inégalités entre les zones rurales et urbaines.

Quelques mois plus tard, le nouveau Gouvernement a déclaré la guerre au retard de croissance et a maintenu depuis cette approche. L'Initiative contre la malnutrition infantile a plaidé pour l'augmentation des ressources et des politiques de soutien à la nutrition infantile en mettant l'accent sur les ménages et les communautés les plus démunis. Une attention particulière a été accordée au renforcement des mécanismes permettant d'identifier, de cibler, d'intervenir et de suivre les efforts visant les populations les plus pauvres dans les zones rurales.

En 2007, le Gouvernement a lancé la Stratégie nationale visant la réduction de la pauvreté et la création de possibilités économiques (CRECER) en mettant l'accent sur les enfants et les femmes enceintes dans les zones les plus pauvres avec pour objectif d'améliorer la nutrition en renforçant les programmes multisectoriels à l'échelle régionale et nationale.

Plusieurs stratégies de protection sociale et de réduction de la pauvreté ont été mises au point sous l'égide du projet CRECER. Le programme gouvernemental ciblé de transferts monétaires conditionnels « Juntos » a adopté une nouvelle approche multisectorielle afin de réduire la sous-nutrition infantile, d'augmenter l'utilisation par les familles des services de soins de santé maternelle et infantile et d'accroître la fréquentation scolaire des enfants. Le Ministère de la femme et du développement social a consolidé six programmes de distribution alimentaire pour optimiser son action et, de concert avec les Ministères de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, du logement et de l'emploi, a créé un cadre d'action commun soutenu par les budgets sectoriels. Les capacités techniques, analytiques et de prise en charge ont été renforcées à l'échelle locale, régionale et nationale. Le système de financement axé sur les résultats mis en place par le Ministère de l'économie et des finances a permis de mobiliser des ressources, d'améliorer l'efficacité opérationnelle et d'accroître l'obligation de rendre des comptes du gouvernement. Les autorités régionales et les districts ont adopté la stratégie CRECER et ont pris en main les programmes locaux.

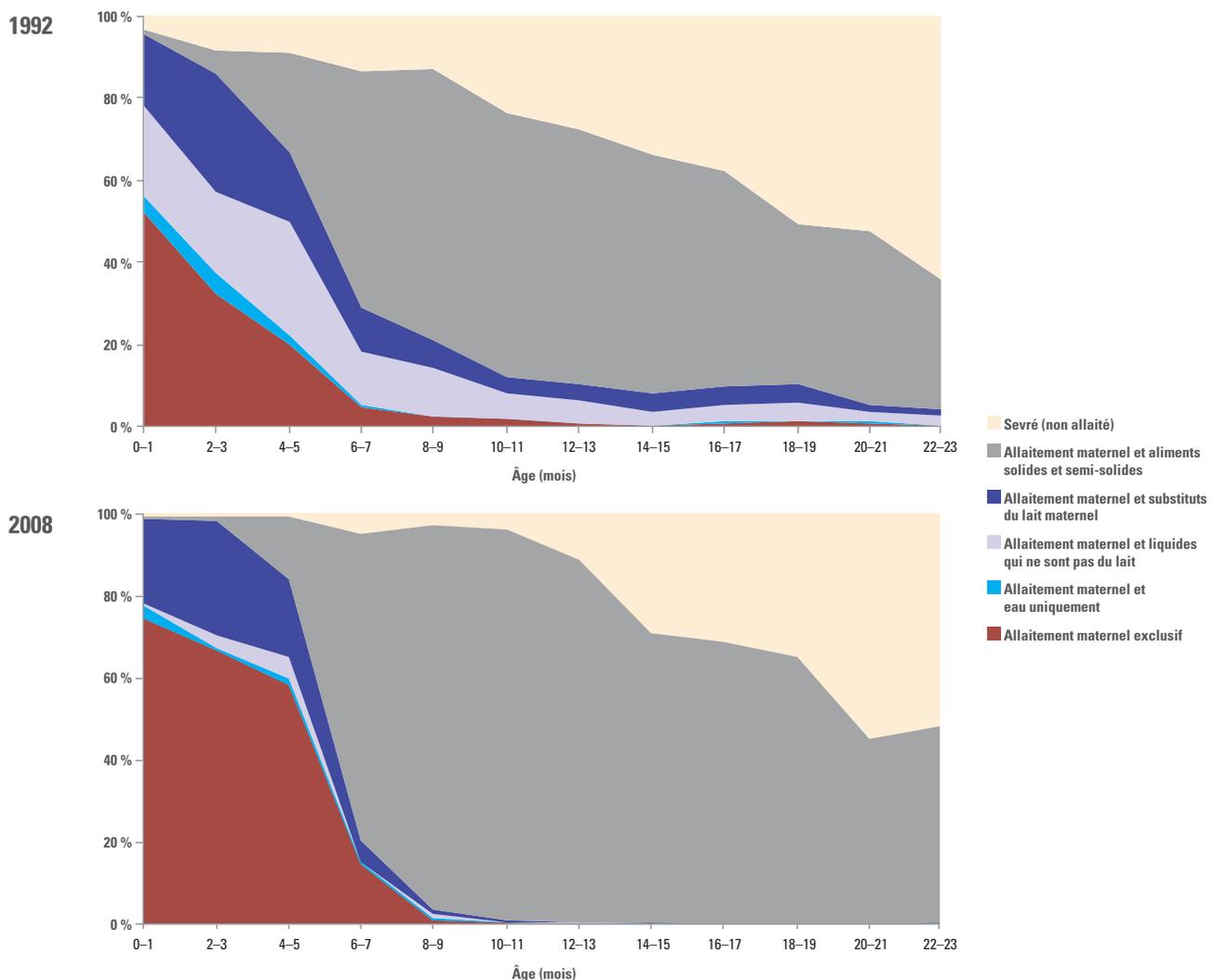
Au fil du temps, on a constaté une amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adaptée à l'âge (*Figure 30*) et en 2011, le taux d'allaitement maternel exclusif des enfants pauvres était plus de deux fois plus élevé que celui des enfants riches⁹⁵.

Les principaux facteurs de la réussite affichée par le Pérou sont, entre autres :

- La création d'une coalition d'organismes internationaux et d'organisations non gouvernementales, qui a plaidé en faveur d'un engagement à réduire la malnutrition.
- La mise à profit d'opportunités politiques apparues lors du cycle électoral, qui a permis d'accroître l'attention accordée à la réduction de la malnutrition à l'échelle nationale.
- L'engagement ferme du Gouvernement : le dossier de la nutrition a été placé sous le contrôle direct du cabinet du Premier ministre.
- Les données factuelles résultant de programmes bien conçus et évalués : prouvant le potentiel de réussite, ces programmes ont contribué à l'élaboration d'une stratégie nationale intégrée et exhaustive, CRECER.
- L'engagement envers l'équité, qui a permis de cibler les groupes vulnérables et de développer les capacités de suivi.
- La décentralisation des responsabilités administratives, financières et politiques et l'adoption d'un mécanisme de budgétisation axé sur les résultats : une meilleure gestion financière a accru l'efficacité opérationnelle.

FIGURE 30 Pérou : amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Pratiques d'alimentation du nourrisson au Pérou, par âge, 1992 et 2008



Remarque : pour la description et l'interprétation des graphiques, cf. « Interprétation des graphiques en aires sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » p. 104.

Source : EDS Pérou, 1992 et 2008.

Perspectives

La détermination du Pérou à réduire la sous-nutrition infantile s'est traduite en actions efficaces. Grâce à des interventions soutenues par CRECER, le retard de croissance a enregistré une forte baisse sur une courte période. Cependant, des progrès supplémentaires doivent être accomplis. Plus de 500 000 enfants de moins de 5 ans sont trop petits pour leur âge⁹⁶. À l'échelle nationale, les inégalités se sont certes atténuées mais persistent : ces cinq dernières années, les enfants les plus pauvres affichent des taux de retard de croissance 10 fois plus élevés que ceux des enfants les plus riches⁹⁷.

Le Pérou doit désormais veiller à maintenir son engagement visant à déployer les programmes de nutrition à grande échelle et à assurer la durabilité des progrès récents en dépit des problèmes politiques et économiques. Le pays a confirmé sa détermination en adhérant au mouvement SUN et en renouvelant son engagement à réduire la prévalence de la malnutrition chronique. Le Ministère de l'inclusion et du développement social nouvellement créé, qui dirige la coordination intersectorielle en matière de nutrition, œuvre à réduire davantage les inégalités. ■

Rwanda : réduire le retard de croissance des enfants grâce à une action nationale consolidée

En 2005, près de 800 000 enfants rwandais de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance, soit 52 % d'après les estimations. À peine cinq ans plus tard, le taux était passé à 44 %⁹⁸. Ces résultats positifs sont l'aboutissement des approches multisectorielles adoptées par le Gouvernement et de l'extension des programmes communautaires de nutrition à l'ensemble des 30 districts du pays.

Le Rwanda s'efforce depuis un certain temps d'améliorer ses services sociaux. Citons, entre autres, un système d'assurance maladie et un financement de la santé communautaires quasiment universels et la mise en œuvre de programmes communautaires de nutrition dans les districts depuis les années 1990. Lorsque le plaidoyer a cédé la place à l'action consolidée à l'échelle nationale, une attention particulière a été accordée à la nutrition. L'efficacité palpable des interventions et des programmes en matière de nutrition réalisés à différents endroits du pays a convaincu le gouvernement du rôle primordial des investissements dans le domaine de la nutrition et a prouvé qu'il est possible d'éradiquer la sous-nutrition.

Stratégie clé : transformer un plan national d'urgence en une approche communautaire

En avril 2009, s'appuyant sur les programmes communautaires antérieurs et galvanisé par la conviction personnelle de son Président, le Rwanda a lancé un Plan national d'urgence pour l'éradication de la malnutrition (*Emergency Plan to Eliminate Malnutrition, EPEM*), qui a insufflé un élan nouveau et donné le jour à de nouvelles possibilités de renforcement de la collaboration intersectorielle et de soutien aux programmes.

L'EPEM s'est attaqué à la sous-nutrition aiguë et chronique en se centrant tout d'abord sur les populations les plus vulnérables. Depuis 2009, les interventions d'identification et de traitement de la malnutrition aiguë sévère dans des centres ne se font plus exclusivement au niveau des villages mais également à plus grande échelle. Environ 30 000 agents de santé communautaires ont suivi un stage de mise à niveau pour apprendre à dépister la malnutrition, identifier les cas et recommander un traitement.

Simultanément, des mesures préventives supplémentaires ont été mises en œuvre au sein des communautés afin d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages et les pratiques de soins dispensés à l'échelle nationale.

Parmi les interventions visant à assurer la pérennité de la sécurité alimentaire des ménages, citons le développement des jardins potagers et l'augmentation des têtes de bétail disponibles. Les actions ciblant les changements de comportement ont permis de promouvoir des pratiques optimales d'alimentation et de soins maternels et infantiles. Le suivi de la croissance a été greffé aux programmes de nutrition dans 15 000 villages. Grâce à la collecte et à l'analyse mensuelles des données à l'échelle des districts et du pays, les progrès ont fait l'objet d'un suivi et la planification s'est améliorée. Il convient de signaler qu'en 2010, 85 % des nourrissons rwandais âgés de moins de 5 mois étaient exclusivement allaités au sein et que près de 80 % des nourrissons âgés de 6 à 8 mois ont été initiés en temps opportun aux aliments solides, semi-solides ou mous.

Lancée en 2010, la Stratégie nationale multisectorielle pour éradiquer la malnutrition (*National Multisectoral Strategy to Eliminate Malnutrition, NMSEM*) a bénéficié des enseignements tirés de l'EPEM. Elle est principalement mise en œuvre au niveau des communautés dans le cadre de plans multisectoriels établis dans les districts afin de renforcer et de déployer à grande échelle les interventions en matière de nutrition, et met l'accent sur la promotion du changement de comportement comme vecteur de pratiques optimales de nutrition pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant.

L'amélioration des capacités de collecte d'informations a contribué à renforcer la planification et le suivi adaptés à l'échelle locale. Un système électronique d'information et de suivi en matière de santé recueille les données nutritionnelles et d'autres données locales et permet d'évaluer les résultats obtenus au niveau des districts. Plus récemment, les progrès technologiques ont permis de rassembler des informations sur le retard de croissance en temps réel; ainsi, grâce à des SMS, il sera possible de suivre sans délai l'évolution des enfants pendant les deux premières années de leur vie, à l'échelle nationale.

L'approche adoptée par le Rwanda repose, entre autres, sur les éléments suivants :

- La forte détermination nationale à éradiquer la malnutrition affichée par le Gouvernement (sous l'égide de son Président) et par les citoyens.
- L'intervention rapide visant à mettre en œuvre une réponse d'urgence suivie du développement d'une stratégie multisectorielle à long terme intégrant les enseignements tirés d'expériences antérieures.
- L'approche communautaire de la réduction du retard de croissance et l'investissement dans la sécurité alimentaire et le changement comportemental en vue de promouvoir des pratiques nutritionnelles optimales et pérennes.
- La planification décentralisée et de solides systèmes de suivi et d'évaluation afin d'améliorer les résultats des programmes.

Perspectives

Le Rwanda a adhéré au mouvement SUN en 2011, signifiant ainsi son engagement continu à mettre fin à la sous-nutrition. À cette fin, le Gouvernement met désormais en œuvre un Plan d'action commun annuel. Le renforcement des mécanismes de coordination doit s'accroître au fur et à mesure de l'évolution de la planification et de la mise en œuvre qui cesseront d'être sectorielles pour devenir multisectorielles. Le Rwanda œuvre en outre à maintenir la qualité de ses interventions qui sont déployées à l'échelle du pays tout en maintenant une surveillance régulière afin d'assurer la continuité du processus d'amélioration. Ces efforts nécessiteront des ressources supplémentaires. Le pays espère, en surmontant ces problèmes, atteindre son objectif d'éradiquer la sous-nutrition sur l'ensemble de son territoire. ■

République démocratique du Congo : généraliser la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

En République démocratique du Congo, près de 1 million d'enfants souffraient de malnutrition aiguë sévère en 2011. Une stratégie communautaire a permis d'augmenter sensiblement le nombre d'enfants suivant un traitement (leur nombre est passé de 46 000 en 2007 à 157 000 en 2011)⁹⁹.

Jusqu'à il y a environ 10 ans, la plupart des interventions en matière de malnutrition aiguë sévère étaient concentrées dans les provinces de l'est touchées par un conflit et étaient surtout le fait d'ONG humanitaires. Afin de les harmoniser, le Gouvernement a adopté en 2012 un protocole national qui prévoit l'hospitalisation de tous les enfants affectés, qu'ils souffrent de complications ou pas. La mise en œuvre de cette initiative s'avère complexe étant donné le nombre limité de centres offrant un traitement et la charge que représente l'hospitalisation pour les familles.

Stratégie clé : un plaidoyer basé sur des données factuelles pour mobiliser un large soutien en faveur des interventions

En 2008, le Ministère de la santé a résolu de s'attaquer au problème. Grâce à l'aide technique apportée par Valid International et d'autres ONG, il a mis au point un protocole qui instaurait, entre autres, le traitement communautaire et permettait à la plupart des parents de soigner leurs enfants à domicile. Dans un premier temps, le protocole a surtout été mis en œuvre dans les provinces de l'est, mais des enquêtes réalisées en 2009 ont révélé que la prévalence de la malnutrition aiguë était encore plus élevée dans quatre provinces du centre et de l'ouest¹⁰⁰.

Les données des enquêtes ont contribué de manière cruciale à persuader le gouvernement de combattre la sous-nutrition dans l'ensemble du pays, à obtenir un financement supplémentaire auprès des donateurs et à amener les ONG à mieux couvrir les régions du centre et de l'ouest. Le protocole communautaire a été révisé afin d'inclure le traitement de la malnutrition aiguë sévère dans les services de soins de santé primaires et de souligner l'importance des interventions préventives comme la fourniture de conseils et la promotion des bonnes pratiques d'alimentation et d'hygiène du nourrisson et du jeune enfant.



Le développement des capacités s'est basé sur des séances de formation aux situations d'urgence, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë, et sur l'approche sectorielle de la coordination et des partenariats. Le développement des capacités des partenaires œuvrant à l'échelle communautaire et la coordination de leurs actions ont permis d'accroître l'appropriation locale des programmes, consolidant ainsi les efforts visant à mettre en œuvre le programme de nutrition dans l'ensemble du pays.

Les résultats sont parlants. Entre 2007 et 2011, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un traitement a plus que triplé¹⁰¹. Le traitement de la malnutrition aiguë sévère est inclus dans les soins de santé minimums et est dispensé dans les établissements de santé au même titre que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ont désormais rejoint la liste des médicaments essentiels du Ministère de la Santé. En outre, il semblerait que la couverture géographique se soit étendue de 143 zones sanitaires en 2007 (28 %) à 270 en 2011 (52 %)¹⁰².

Parmi les facteurs ayant contribué à ces améliorations, citons :

- Le développement de la politique gouvernementale, y compris la modification du protocole pour permettre le traitement de la malnutrition aiguë sévère à domicile.
- La surveillance et l'analyse accrues du problème à l'aide des enquêtes de suivi.

- Le plaidoyer, basé sur les résultats des enquêtes, auprès du gouvernement, des donateurs et des ONG pour les sensibiliser à l'envergure nationale du problème.
- La formation efficace visant à renforcer les capacités du gouvernement et du personnel des ONG.
- La capacité des ONG à étendre la couverture aux régions où la capacité du gouvernement était initialement limitée.
- L'augmentation du financement humanitaire du traitement de la malnutrition aiguë sévère entre 2007 et 2011¹⁰³.

Cette expérience a prouvé que les interventions d'urgence peuvent servir de modèles au déploiement à grande échelle des programmes.

Perspectives

En 2011, environ 800 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ne bénéficiaient pas encore d'un traitement¹⁰⁴. Cet accès limité s'explique, entre autres, par le fait que les familles pauvres doivent payer de leur poche les services de santé et de nutrition. En outre, quelque 5 millions d'enfants congolais présentent un retard de croissance, soit près de 20 % des cas recensés en Afrique de l'Ouest et centrale¹⁰⁵. Le Gouvernement est déterminé à étendre le traitement de la malnutrition aiguë sévère à tous les établissements de santé de chaque district, et ce, à des prix abordables pour les familles, avec l'aide des donateurs et de la communauté internationale. ■

Sri Lanka : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans en promouvant l'allaitement maternel

Le Sri Lanka, un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, a réussi à améliorer la santé et la nutrition infantiles au cours des vingt dernières années. De 1990 à 2011, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a chuté de 29 à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité des nourrissons est passé de 24 à 11 décès pour 1 000 naissances vivantes¹⁰⁶. L'allaitement maternel a progressé : le taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons âgés de moins de 6 mois a augmenté de 53 % en 2000 à 76 % en 2006-2007. Les estimations les plus récentes font état de 80 % de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure suivant leur naissance¹⁰⁷. Pourtant le Sri Lanka possède des îlots d'inégalité : le taux de sous-nutrition est plus élevé dans les zones rurales et dans les plantations de thé des zones montagneuses que dans toute autre région du pays.

Stratégie clé : la législation et les services contribuent au soutien des mères allaitantes

Les progrès affichés par le Sri Lanka en matière d'allaitement maternel exclusif sont l'aboutissement des mesures suivantes :

- De hauts niveaux d'engagement politique, à l'origine d'une législation protectrice.
- Un développement adéquat du système de soins de santé et un environnement propice.
- Un groupe de professionnels et d'organisations déterminés qui promeuvent l'allaitement maternel.
- Un effectif spécialisé et correctement formé de sages-femmes relevant de la santé publique qui demeurent présentes auprès des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement.
- Des stratégies multiples pour mener de vastes campagnes de sensibilisation, notamment parmi les groupes de soutien entre mères.



Au Sri Lanka, les femmes représentent plus de 30 % de la main d'œuvre; le Gouvernement a reconnu leur contribution en adoptant des lois sur la protection de la maternité. En 1992, les congés de maternité rémunérés dans l'administration sont passés de 6 à 12 semaines. En outre, les femmes travaillant dans le secteur privé ont également droit à des pauses d'allaitement payées de 60 à 120 minutes toutes les neuf heures pendant leur journée de travail et ce, pendant un an. En 1981, le pays a été l'un des premiers à donner force de loi au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel; en 1993, il étendait son champ d'action et en 2002 il le soumettait à révision. À la demande du Ministère de la santé, fin 2011, l'UNICEF a apporté un soutien technique à la révision du Code visant à remédier à ses lacunes.

Au-delà de la législation, les programmes transversaux appuient les initiatives de proximité ciblant les mères. Le succès du Sri Lanka repose en grande partie sur la participation de plus de 7 000 sages-femmes formées par le Gouvernement, qui font partie de l'équipe de santé publique chargée de fournir des soins de santé maternels et infantiles complets. Les sages-femmes assurent des soins post-partum et aident les mères à adopter des pratiques d'allaitement maternel appropriées – pendant les six semaines suivant l'accouchement, les sages-femmes se rendent à quatre reprises au domicile des mères.

Le Sri Lanka a mis au point une formation de 40 heures à la prise en charge de la lactation qui a été suivie par environ 10 000 pédiatres, obstétriciens et infirmières, soit pratiquement l'ensemble du corps médical. Des centres pour les mères et les bébés et pour la prise en charge de la lactation ont été créés dans tous les grands hôpitaux afin d'encourager l'allaitement maternel; pour leur part, les médias sociaux, les radios et la presse ont sensibilisé aux pratiques d'alimentation du nourrisson appropriées et aux avantages de l'allaitement maternel. La mise au point des programmes se nourrit des études portant sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Perspectives

Le Sri Lanka a adhéré au mouvement SUN et a fait de la lutte contre la sous-nutrition une priorité, comme le prouvent son engagement à très haut niveau et les programmes basés sur des données factuelles. Un Conseil national de nutrition, créé en 2011 et dirigé par le Président du pays, se centre sur la prévention du retard de croissance et sur le contrôle de la malnutrition pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. ■

Kirghizistan : réduire les carences en fer grâce à l'enrichissement des aliments à domicile

Le Kirghizistan, où environ une personne sur trois vit dans la pauvreté, est l'un des pays les plus pauvres d'Europe et d'Asie centrale. Les effets de la crise économique mondiale, l'augmentation des prix alimentaires et l'instabilité politique ont affecté les groupes vulnérables, y compris les femmes et les enfants¹⁰⁸.

Pourtant, le Kirghizistan a été l'un des premiers pays au monde à déployer à grande échelle l'enrichissement des aliments complémentaires destinés aux enfants âgés de 6 à 23 mois.

Stratégie clé : un programme pilote efficace et une éducation nationale

En 1997, l'Enquête démographique et sanitaire au Kirghizistan a révélé que près de la moitié des enfants de moins de 36 mois souffraient d'anémie, dans la plupart des cas ferriprive¹⁰⁹. Le fer étant essentiel au développement des enfants, en particulier pendant les premières années de leur vie, cette situation représentait un problème de santé majeur.

En 2007, une étude a montré qu'en seulement deux mois, les micronutriments multiples en poudre (MNP) ont réduit de 28 % la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 36 mois¹¹⁰. En 2009, le Ministère de la Santé a lancé un programme pilote d'enrichissement des aliments à domicile à base de MNP ciblant les enfants âgés de 6 à 23 mois vivant dans la province de Talas.

Dans les établissements de soins publics, des agents de santé ont distribué des sachets monodoses de MNP, qui peuvent être préparés à domicile et constituer des aliments complémentaires solides ou semi-solides, dans le cadre du programme Gulazyk, un mot kirghiz se référant à un produit à base de viande séchée riche en nutriments et en apport énergétique que les guerriers et les voyageurs consommaient autrefois pour conserver leur endurance. L'initiative avait pour slogan : « Gulazyk – bon pour la santé et l'esprit de vos enfants ».

Trente sachets de MNP ont été remis à chaque aidant, soit un sachet un jour sur deux pendant deux mois, avec pour instructions de veiller à ne pas dépasser le délai prescrit ni d'administrer plus d'un sachet par jour. Un service de conseils communautaire était à la disposition des bénéficiaires du programme pour résoudre leurs problèmes.

Une campagne nationale sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant a été menée simultanément afin d'éduquer les aidants en matière d'alimentation pendant la grossesse et de les sensibiliser à l'importance de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation d'appoint appropriée. Elle a été mise au point par le Gouvernement et des partenaires



tels que les United States Centers for Disease Control and Prevention (Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies, CDC), l'UNICEF et la Croix-Rouge suisse. Dans les villages, des bénévoles ont formé les parents au développement de la petite enfance en leur apprenant à promouvoir l'apprentissage et en leur donnant des livres pour enfants sponsorisés par Gulazyk. Les médias se sont faits l'apôtre de l'alimentation optimale. Un suivi rigoureux a contribué au succès de la campagne.

En 2008, avant le lancement du programme pilote axé sur les MNP, l'UNICEF et les CDC ont réalisé une enquête initiale sur l'état nutritionnel des enfants dans la province de Talas. En 2010, soit un an après la mise en œuvre du programme, une enquête de suivi faisait état du recul des cas d'anémie ferriprive de 46 à 33 %¹¹¹ et révélait que 99 % des agents de santé connaissaient l'initiative Gulazyk.

Ce programme n'a cependant pas été exempt de problèmes : la distribution des MNP ayant commencé à un moment où la diarrhée saisonnière sévissait, les mères les ont tenus pour responsables de ce fléau. Le Gouvernement a eu fort à faire pour prouver l'efficacité, la sécurité et le coût économique de l'initiative.

Les facteurs à l'origine du succès de Gulazyk sont, entre autres :

- La réussite du programme pilote, qui a prouvé le potentiel de l'intervention.
- L'efficacité de la stratégie de distribution, mise en œuvre par des agents de santé locaux spécialisés.
- La communication et la mobilisation sociale à tous les niveaux, allant des communautés aux médias de masse, et l'utilisation de messages et d'arguments clairs.
- Les possibilités d'éducation en matière de développement de la petite enfance qui intéressaient, entre autres, les mères et ont assuré une forte adhésion au programme.
- Un système complet de suivi et d'évaluation, qui a prouvé l'efficacité des MNP et a soutenu l'extension du programme à l'échelle nationale.
- Le soutien du gouvernement, d'autres décideurs de haut niveau et de vastes partenariats.
- La participation d'un large éventail de parties prenantes, allant des infirmières locales aux professeurs, aux scientifiques et aux hommes politiques, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au plaidoyer.

Perspectives

Dans le cadre de son programme national de nutrition, le Kirghizistan atteint désormais 250 000 enfants par le biais du programme Gulazyk. La production locale de MNP est envisagée et le gouvernement œuvre à évaluer les résultats et les effets du programme. L'initiative a clairement prouvé qu'il est possible de réduire l'incidence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. Le déploiement du programme à l'échelle nationale doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation méticuleux et continus afin de garantir sa qualité et sa portée, de rendre palpables ses résultats et de conserver le soutien de toutes les parties prenantes. Le Kirghizistan a adhéré au mouvement SUN et s'est engagé à étendre les programmes de nutrition afin de prendre en charge tous les enfants. ■

République-Unie de Tanzanie : institutionnaliser la supplémentation en vitamine A

Depuis l'introduction des campagnes semestrielles de supplémentation en vitamine A (SVA) en 2001, la République-Unie de Tanzanie affiche un taux élevé de couverture chez les enfants âgés de 6 à 59 mois¹¹². Entre 2005 et 2011, la couverture nationale de supplémentation en vitamine A est demeurée supérieure à 90 %¹¹³. C'est là l'un des facteurs clés du recul du taux national de mortalité infantile¹¹⁴, qui est passé de 126 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 68 pour 1 000 en 2011¹¹⁵.

Le pays n'a eu de cesse de maintenir cette couverture et s'est attelé ces dernières années à renforcer l'appropriation nationale et au niveau des districts en donnant aux autorités locales les moyens de prendre en charge la planification et la budgétisation du programme de SVA. La République-Unie de Tanzanie fait partie du groupe de pays qui a pris l'initiative d'encourager l'appropriation locale et nationale des programmes en la matière.

Stratégie clé : utilisation des Fonds de panier des biens et services de santé pour maintenir les niveaux de couverture

La supplémentation en vitamine A est distribuée aux enfants âgés de 6 à 59 mois deux fois par an à l'occasion des campagnes de supplémentation et des consultations de routine. Jusqu'en 2006, les coûts de fonctionnement de ce type d'intervention à l'échelle des districts étaient directement assumés par l'UNICEF; le besoin d'une solution plus pérenne, prise en charge par le gouvernement s'est donc imposé. Au cours des exercices financiers 2007-2008, les fonds fournis par l'Agence

canadienne de développement international à l'UNICEF au titre des coûts de fonctionnement des programmes SVA (500 000 dollars É.-U.) ont été remis aux districts par le biais du Fonds de panier des biens et services de santé du Ministère de la santé et des affaires sociales. Ce modèle de financement s'est maintenu jusqu'à l'exercice financier 2010-2011.

Les Fonds de panier des biens et services de santé n'étant pas affectés à des interventions spécifiques, il était donc fondamental de s'assurer que les districts octroieraient des ressources adéquates à la SVA dans leur budget annuel. Hellen Keller International a contribué au renforcement des capacités locales en matière de planification et de budgétisation des coûts opérationnels liés à la distribution des suppléments par le biais du projet de l'USAID A2Z cécité infantile et micronutriments, en collaboration avec le Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition, relevant du Gouvernement, et l'UNICEF. Des interventions de plaidoyer et de développement des capacités sont organisées pendant le cycle annuel de planification et de budgétisation afin d'informer les autorités sanitaires des districts sur les avantages de la SVA et de renforcer leurs capacités de planification et de budgétisation.

Suite à une évaluation de la pérennité de la SVA en 2007, un outil de planification et de budgétisation simple et axé sur un tableur a été créé un an plus tard afin d'aider les districts à déterminer leurs besoins en ressources financières et humaines et en fournitures. Les équipes locales de prise en charge médicale, munies d'informations, de données factuelles et de compétences, ont défendu les budgets de SVA auprès des autorités régionales. Le plaidoyer a ciblé les directeurs exécutifs et les conseillers des districts participant aux processus décisionnels. Un suivi étroit de l'allocation des moyens financiers et des taux de couverture de la SVA à l'échelon des districts a permis d'identifier les effets de ces actions et de garantir que la décentralisation dans les districts de la planification et de la budgétisation n'était suivie d'aucune conséquence négative. Les districts qui allouaient des fonds insuffisants ou qui affichaient de faibles taux de couverture sont devenus la cible d'un plaidoyer plus intense, ont fait l'objet d'évaluations de la durabilité et ont bénéficié de formations supplémentaires.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'institutionnalisation de la SVA :

- La promotion de partenariats solides entre les agences internationales, les ONG, les donateurs et le Gouvernement national. Les partenaires se sont efforcés de trouver des solutions viables pour la promotion de la SVA en s'appuyant sur les connaissances émanant d'études antérieures.

- Le plaidoyer soutenu a permis de convaincre les décideurs et les planificateurs des avantages de la SVA tant à l'échelle nationale qu'au niveau des districts et de garantir l'affectation de fonds spécifiques à ce type d'intervention.
- Les mesures pratiques adoptées pour développer les capacités et créer des outils visant à donner aux autorités locales les moyens d'assurer la planification et l'affectation budgétaire des districts, ainsi que le suivi étroit de la mise en œuvre.
- L'existence de mécanismes de financement souples grâce aux Fonds de panier des biens et services de santé, qui constituent une source de financement plus pérenne.

De 2004-2005 à 2010-2011, les districts ont plus que quadruplé leur contribution aux Fonds de panier des biens et services de santé destinés à la SVA. Les niveaux de couverture se sont maintenus lorsque les autorités locales ont assumé la responsabilité de la planification et de la budgétisation.

Perspectives

Au-delà de l'extension de la couverture de la supplémentation en vitamine A, cette expérience a incité d'autres services de nutrition en République-Unie de Tanzanie à améliorer leur planification et leur budgétisation. En 2012, une nouvelle ligne budgétaire pour la nutrition a été introduite et la nutrition fait désormais figure de priorité dans les activités de budgétisation et de planification nationales, suivant les instructions du Ministère des finances. Les équipes régionales et des districts ont appris à intégrer la nutrition au sein des plans et des budgets dans quatre secteurs (santé, agriculture, développement communautaire et éducation). L'examen des dépenses publiques en nutrition permet de réaliser le suivi des allocations budgétaires et des dépenses en matière de nutrition. Le pays a adhéré au mouvement SUN en 2011, démontrant sa volonté d'accomplir davantage de progrès dans le domaine de la nutrition infantile. ■



Viet Nam : protéger l'allaitement maternel par la législation

Depuis 1997, le Viet Nam affiche un taux d'allaitement maternel exclusif inchangé, environ 17 %¹¹⁶, en raison de congés de maternité insuffisants et d'une promotion vigoureuse des substituts du lait maternel. Une étude menée en 2011 par Alive & Thrive, une initiative promouvant de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, a constaté que la reprise du travail est l'une des principales raisons pour lesquelles les mères abandonnent l'allaitement maternel exclusif. En outre, la réglementation insuffisante en matière de commercialisation des substituts du lait maternel a contribué à la forte popularité de l'allaitement artificiel dans la région Asie-Pacifique. À l'échelle mondiale, 31 % des ventes au détail des aliments pour bébés sont réalisées dans cette région, contre 24 % en Europe de l'Ouest et 22 % en Amérique du Nord¹¹⁷. Pour remédier à cette situation, l'Assemblée nationale du Viet Nam a récemment adopté une législation prolongeant le congé de maternité rémunéré et interdisant la publicité des substituts du lait maternel pour les enfants âgés de moins de 2 ans.

Stratégie clé : persuader les législateurs à l'aide d'un plaidoyer commun rassemblant différents partenaires

La nouvelle législation est l'aboutissement d'une stratégie de plaidoyer mise en œuvre par un groupe de partenaires, parmi lesquels l'Institut des études législatives de l'Assemblée nationale vietnamienne, le Ministère de la santé, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, Alive & Thrive et d'autres organisations. Les partenaires ont attiré l'attention des législateurs sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que la Convention sur la protection de la maternité de l'Organisation Internationale du Travail et la recommandation annexe. Ces cadres réglementaires internationaux ont permis de persuader les législateurs du besoin de protéger le droit à la nutrition et à l'allaitement maternel des mères et des nourrissons. Les partenaires ont également mis en avant les obligations du Gouvernement au titre de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui cite expressément l'allaitement maternel dans son article 24.

Des informations sur la législation proposée ont été fournies aux 200 membres de l'Assemblée nationale et aux conseillers politiques des bureaux parlementaires provinciaux au cours de réunions consultatives à

l'échelle régionale et provinciale. Les débats ont porté sur les éléments scientifiques concernant l'allaitement maternel, les normes internationales et les problèmes socioéconomiques posés par la mise aux normes.

Les hommes politiques ont ainsi appris que les substituts du lait maternel sont exposés à des erreurs de mélange ou de fabrication et sont susceptibles d'être contaminés, et ainsi d'accroître la morbidité et la mortalité infantiles.

Le plaidoyer a porté ses fruits. Le 21 juin 2012, l'Assemblée nationale adoptait une loi interdisant la publicité des substituts du lait maternel pour les nourrissons âgés de moins de 24 mois. Une nouvelle disposition du Code du travail faisant passer la durée du congé de maternité rémunéré de quatre à six mois était également adoptée à une écrasante majorité. Ces deux dispositions ont été adoptées à plus de 90 % des voix.

Le Viet Nam s'est appuyé sur plusieurs initiatives pour obtenir ces résultats, parmi lesquelles :

- L'identification des partenaires opérationnels clés et de leurs avantages comparatifs pour influencer le débat politique et produire des données factuelles.
- Le recours au recensement des parties prenantes pour identifier les partenaires clés : le Ministère de la santé, le Ministère du travail, des invalides et des affaires sociales, le Syndicat des femmes, la Confédération générale du travail et l'Institut des études législatives.
- Le suivi des progrès et des mises à jour émanant des partenaires, y compris les mises à jour quotidiennes précédant l'adoption de la législation, ayant permis d'accélérer le processus.
- La préparation méticuleuse du matériel de plaidoyer basé sur des données factuelles et illustrant le problème; l'explication des effets néfastes sociaux, économiques et sanitaires dont pâtissent les individus, les familles, les communautés et le pays dans son ensemble; et la fourniture d'informations sur les solutions réglementaires dans le contexte des instruments internationaux.
- Le plaidoyer direct avec les partenaires et la diffusion de messages cohérents, d'éléments de preuve, de données et de statistiques soutenant les mesures recommandées.

Le processus a parfois été ardu. Ainsi, certains membres de l'Assemblée nationale et d'autres parties prenantes ont hésité à étendre l'interdiction de promouvoir l'allaitement artificiel lorsque des groupes d'intérêt ont suggéré qu'elle était susceptible d'enfreindre les lois du commerce international. Les partenaires ont alors apporté les preuves de la compatibilité absolue des initiatives proposées avec ces lois tout en réaffirmant que l'adoption de ces mesures contribuerait aux efforts déployés par le pays pour s'acquitter de ses obligations dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant. Ils ont en outre fourni des preuves issues d'un exercice de suivi qui révèlent les pratiques commerciales répréhensibles en cours, leur incidence sur le développement de l'enfant et le retard considérable du pays à l'échelle mondiale en matière de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.

L'hypothèse selon laquelle les employeurs, voire les femmes actives, s'opposaient à l'extension du congé de maternité constituait un autre obstacle. Une enquête réalisée par la Confédération générale du travail a permis de constater que 80 % des employeurs et près

de 90 % des femmes actives étaient favorables à un congé de maternité rémunéré de six mois. Pour sa part, le Gouvernement a confirmé qu'il disposait de fonds suffisants pour couvrir les coûts de cette mesure. Autre point positif, d'après des estimations, l'effet de l'amélioration des pratiques d'allaitement sur la santé future des enfants pourrait aider le Viet Nam à épargner des millions de dollars de frais médicaux à long terme.

Perspectives

Les étapes à venir sont le suivi de la mise en œuvre de cette nouvelle législation et l'éducation des mères et des communautés sur l'importance que revêt l'allaitement maternel des nourrissons, en particulier au cours des six premiers mois de leur vie. Les partenaires soutiendront les mesures adoptées par le Gouvernement pour diffuser des informations, développer les capacités des parties prenantes clés, comme les agents de santé, et garantir que tous les établissements de soins de santé primaires fournissent des conseils et un soutien compétents en matière d'allaitement de sorte que toutes les mères aient accès à ces services près de leur domicile. ■

Chapitre 6



ÉVOLUTION RÉCENTE DES PARTENARIATS MONDIAUX

L'amélioration de la nutrition, en particulier des enfants et des femmes, s'impose de plus en plus comme un impératif pour réduire la pauvreté, promouvoir le développement économique et social durable et atténuer les inégalités. L'existence de solutions et la création de nouveaux partenariats axés sur l'action offrent une possibilité sans précédent de combattre la sous-nutrition infantile par le biais d'interventions transversales, nationales et basées sur des données factuelles. Loin de passer en revue tous ces partenariats, le présent rapport souligne deux initiatives dans lesquelles l'UNICEF joue un rôle majeur.

Renforcement de la nutrition

Lancé en 2010, le mouvement SUN catalyse les actions visant la mobilisation nationale en vue d'accélérer les progrès en matière de réduction de la sous-nutrition et du retard de croissance. Son action repose sur la mise en œuvre d'interventions de nutrition basées sur des données factuelles et l'intégration d'objectifs nutritionnels dans divers secteurs (santé, protection sociale, lutte contre la pauvreté, développement national et agriculture) en se concentrant sur le créneau critique des 1 000 jours couvrant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant.

À l'échelle mondiale, plus de 30 pays ont adhéré au mouvement SUN et œuvrent avec de multiples parties prenantes à déployer à grande échelle leurs programmes de nutrition, avec le soutien de pays donateurs, d'organisations des Nations Unies, de la société civile et du secteur privé. Travaillant de concert, ces parties prenantes soutiennent les efforts nationaux visant à renforcer les interventions en matière de nutrition, en élargissant l'accès aux ressources, financières et techniques, afin d'améliorer la coordination

des interventions ciblées et des approches sensibles à la nutrition. Le mouvement SUN se centre sur le court terme (en reconnaissant le rôle crucial de la nutrition sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile) et le long terme (en jetant les bases d'un avenir plus prospère et sain et d'une capacité de résilience en temps de crise).

En 2012, le Secrétaire général des Nations Unies a établi le Groupe de direction du mouvement SUN chargé d'accroître la cohérence des actions, d'assurer la supervision stratégique, d'améliorer la mobilisation des ressources et de garantir la responsabilisation collective. Les membres de ce Groupe sont des dirigeants de haut niveau qui représentent l'éventail des partenaires adhérant au mouvement SUN, y compris des chefs d'État, des donateurs, des membres de la société civile, des hommes d'affaire et des représentants du système des Nations Unies. En septembre 2012, le Groupe a convenu de mettre en œuvre une nouvelle stratégie assortie d'objectifs spécifiques et mesurables pour les deux ou trois années à venir. Il faut poursuivre les efforts visant à encourager l'adhésion au mouvement, qui jusqu'à présent n'accueille que 5 des 10 pays présentant la charge de retard de croissance la plus élevée.

Partenariat REACH

Interlocuteur clé du mouvement SUN, le partenaire REACH (*Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition*, Éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants) fédère les engagements du Programme alimentaire mondial, de l'UNICEF, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et de l'Organisation mondiale de la Santé. Il permet d'assurer la coordination des multiples organismes et gouvernements, y compris les Ministères de la santé, de l'agriculture, de l'éducation et des finances, qui élaborent et mettent en œuvre des politiques et des programmes nationaux contre la sous-nutrition.

Ce partenariat accorde une attention particulière au renforcement de la gestion et de la gouvernance en matière de nutrition tout en soutenant des interventions nutritionnelles multisectorielles, y compris des approches programmatiques sensibles à la nutrition.

Ce changement de cap s'aligne sur le mouvement SUN, qui souligne la nécessité d'un développement sensible à la nutrition. Les donateurs et d'autres partenaires considèrent le programme REACH comme un mécanisme précieux de coordination et de développement des capacités pour intégrer la gouvernance et la gestion de la nutrition, ainsi qu'un vecteur clé de soutien au mouvement SUN dans les pays.

À l'heure actuelle, le partenariat est présent dans 13 pays : le Bangladesh, l'Éthiopie, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, le Népal, le Niger, l'Ouganda, la République démocratique populaire lao, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda et la Sierra Leone. Il œuvre en synergie avec le mouvement SUN, par exemple en contribuant à planifier la mise en œuvre de la politique alimentaire et nutritionnelle de la Sierra Leone, et en catalysant la création d'une alliance de la société civile en faveur du mouvement SUN au Bangladesh.

ENCADRÉ 5 Fonds pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement – Programmes communs pour les enfants, la sécurité alimentaire et la nutrition

Le Fonds pour la réalisation des OMD (F-OMD) a été créé en 2007 suite à un accord conclu entre le Gouvernement espagnol et le système des Nations Unies avec pour objectif d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD, notamment en soutenant 130 programmes communs relevant de domaines thématiques correspondant aux OMD et mis en œuvre dans 50 pays. Axé sur le travail en commun, il rassemble de multiples organismes des Nations Unies afin de « s'unir dans l'action » à l'échelle nationale, dans le contexte du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.

L'UNICEF est l'institution chargée de la coordination des interventions dans les domaines de l'enfance, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, qui couvrent 24 programmes communs. Ceux-ci reposent tous sur la volonté de stimuler l'innovation en capitalisant sur les forces et l'expertise des partenaires individuels et en encourageant toutes les parties concernées à se centrer sur l'obtention de résultats équitables et solides.

Ainsi, au Timor-Leste, un grand nombre d'organismes des Nations Unies et de partenaires nationaux travaillent de concert pour améliorer les pratiques d'alimentation d'appoint en réalisant de nombreuses activités. Citons, entre autres, l'aménagement d'un jardin potager et le recours à l'aquaculture afin d'améliorer et de diversifier l'accès aux aliments disponibles localement et de générer des revenus ; donner des cours de cuisine pour apprendre aux mères comment préparer des aliments nutritifs et sains ; collaborer avec des groupes de soutien entre mères afin d'approfondir leurs connaissances des pratiques saines d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

En Mauritanie, le programme commun s'attache à renforcer la capacité des fonctionnaires du gouvernement et d'autres parties prenantes à coordonner la mise en œuvre des politiques multisectorielles en matière de nutrition et de sécurité alimentaire. Il a été créé suite à une analyse conjointe menée sous l'égide du projet REACH et de ses partenaires, qui

a bénéficié de l'expérience nationale de la programmation commune. Un aspect novateur de ce programme réside dans la création de mécanismes souples de coordination opérationnelle à l'échelle nationale, régionale et locale. En ce qui concerne ce dernier échelon, la mise en œuvre décentralisée a permis d'essayer différents mécanismes de coordination. Les équipes spéciales chargées de la nutrition et de la sécurité alimentaire collaborent avec les communautés pour coordonner la réponse communautaire au problème de la sous-nutrition. Les premiers résultats suggèrent que ces mécanismes ont amélioré l'efficacité des programmes communs, encouragé l'appropriation locale et fourni une plateforme permettant de s'adapter aisément aux conditions locales.

Les interventions de l'ensemble des programmes communs s'alignent sur les priorités nationales et sont soutenues par des partenariats inclusifs, qui contribuent à garantir leur pertinence et leur pérennité.



PERSPECTIVES D'AVENIR

Ces dernières années, l'intérêt suscité par la nutrition à l'échelle nationale et mondiale s'est sensiblement accru. Plusieurs raisons expliquent ce regain d'intérêt.

La récurrence des pénuries alimentaires, l'augmentation des prix alimentaires et les crises humanitaires dans certaines régions ont retenu l'attention du monde entier. Le débat sur le changement climatique et l'accent mis sur le développement de la résilience des communautés soumises au stress climatique ont projeté la nutrition sur le devant de la scène. À l'autre extrémité, le nombre croissant de personnes souffrant de surpoids ou d'obésité devient patent.

On dispose aujourd'hui d'éléments plus probants sur les conséquences néfastes de la carence en micronutriments et sur l'effet positif de l'allaitement maternel exclusif et d'une alimentation d'appoint appropriée sur la vie d'adulte et sur la génération suivante. Par ailleurs, on constate une pertinence accrue des données factuelles étayant, d'une part, l'efficacité des approches programmatiques de problèmes de santé, comme la malnutrition aiguë sévère et les carences en fer et en acide folique, qui prônent respectivement l'utilisation d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et l'enrichissement de la farine de froment et, d'autre part, la viabilité du déploiement à plus grande échelle de ces approches.

Les connaissances et la compréhension scientifiques du lien entre le retard de croissance et la prise de poids rapide et disproportionnée au cours de la petite enfance se sont également approfondies et ont entraîné un changement de cap. En effet, les efforts, qui étaient auparavant centrés sur la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans, un indicateur de l'OMD 1, visent désormais la prévention du retard de croissance pendant la période allant de la grossesse aux deux premières années de la vie de l'enfant.

L'amélioration des données scientifiques sur les résultats des interventions a renforcé le plaidoyer visant à considérer la nutrition comme un investissement solide menant à la réduction de la pauvreté et au développement social et économique.

Une initiative nutritionnelle internationale collective a eu recours au mouvement SUN pour plaider avec succès en faveur de la réduction du retard de croissance, de la malnutrition aiguë et de la carence en micronutriments. Le message a été entendu et suivi par d'autres initiatives et intermédiaires, y compris le Défi Faim zéro du Secrétaire général des Nations Unies, le Mouvement des 1 000 jours et les conclusions du groupe d'experts 2012 du Consensus de Copenhague, selon lesquelles la lutte contre la malnutrition doit devenir la principale priorité des décideurs et des philanthropes. Le G8 a également prévu de combattre le retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition.

Fin 2012, le message véhiculé par le mouvement SUN a incité plus de 30 pays en Afrique, en Amérique latine et en Asie à renforcer leurs programmes de nutrition, avec l'aide d'une large gamme d'organisations et, dans de nombreux cas, de la communauté des donateurs. C'est là sans doute le signe le plus clair de l'intérêt croissant suscité par la lutte contre le retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition. Il est essentiel de maintenir cet élan et d'accroître davantage le niveau d'intérêt et de motivation.

Comment faut-il s'y prendre? En prouvant que le succès dans un avenir prévisible est non seulement possible mais constitue également un objectif réaliste. Le rapport de 2009 *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère* signalait que des éléments scientifiques soutenaient un ensemble d'interventions visant à améliorer l'état nutritionnel. Le présent rapport va plus loin en identifiant les approches programmatiques et l'expérience nécessaire pour déployer ces interventions à grande échelle et améliorer sensiblement l'état nutritionnel des populations concernées.

Plusieurs déterminants communs sont à l'origine des exemples de réussite cités dans le Chapitre 5, parmi lesquels l'engagement politique à réduire le retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes nationaux, exhaustifs et efficaces basés sur une analyse pertinente de la situation, la collaboration d'agents communautaires formés et compétents avec les communautés, une communication et un plaidoyer efficaces et la prestation multisectorielle de services.

Le plaidoyer auprès des responsables politiques et des décideurs, en particulier lorsqu'ils ne sont pas familiarisés avec la nutrition et son importance pour la santé et le développement, doit invariablement et constamment se baser sur ces exemples et d'autres expériences positives. Ces dernières années, les interventions de plaidoyer ont porté leur fruit, mais il est nécessaire de continuer à œuvrer pour soutenir l'intérêt et la motivation des gouvernements et notamment pour maintenir les engagements budgétaires et l'extension des programmes. Les initiatives mondiales doivent jouer un rôle majeur dans les efforts déployés pour maintenir la nutrition sous les feux des projecteurs.

De nombreux pays nécessitent un éventail accru d'interventions pour remédier au retard de croissance et redresser d'autres indicateurs nutritionnels. La nutrition maternelle a une incidence décisive sur l'état nutritionnel du nourrisson, mais les interventions visant à l'améliorer à l'échelle nationale sont insuffisantes. Si on constate un foisonnement de programmes officiels de supplémentation en acide folique et en fer destinés aux femmes enceintes, dans la plupart des cas leur mise en œuvre laisse à désirer. D'autres options éprouvées ne sont pas utilisées au maximum, comme la supplémentation en micronutriments multiples, l'amélioration de l'apport en nutriments provenant d'aliments disponibles localement, la fourniture éventuelle de compléments alimentaires et le déparasitage.

Il est également nécessaire d'étendre les programmes visant à améliorer l'alimentation d'appoint des enfants âgés de 6 à 24 mois. Il en va de même pour les

interventions ciblant l'amélioration de l'état nutritionnel des adolescentes. L'adolescence, une période où l'on est réceptif à la promotion de comportements nutritionnels sains, représente une occasion à ne pas manquer.

Les recherches doivent se poursuivre pour consolider les connaissances sur les causes et les conséquences du retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition. En effet, on commence à peine à comprendre l'effet intergénérationnel de la sous-nutrition et les liens entre les carences survenant pendant la grossesse et leurs répercussions sur le développement du nourrisson après la naissance, ainsi qu'entre le retard de croissance précoce et le surpoids. Des recherches appliquées sont également de rigueur pour mieux comprendre les approches programmatiques et les stratégies efficaces visant à améliorer les pratiques en matière de soins, réduire la surcharge pondérale des enfants par le biais de la prévention du retard de croissance et perfectionner la distribution et l'utilisation des compléments alimentaires et de la supplémentation en micronutriments. L'efficacité des suppléments à base de lipides pour réduire le retard de croissance et favoriser le développement de l'enfant n'est plus à démontrer, mais il est nécessaire de multiplier les données factuelles qui renforceront la compréhension de leurs effets et de leur utilisation potentielle au sein de plusieurs groupes cibles, comme les femmes enceintes, et contribueront à l'élaboration de stratégies programmatiques adaptées.

Le retard de croissance et d'autres formes de sous-nutrition sont également liés à la santé, à la disponibilité des aliments, à l'eau et à l'assainissement, aux pratiques culturelles et aux facteurs sociaux et politiques. Mais les données factuelles corroborant que l'amélioration de ces facteurs affecte l'état nutritionnel sont encore insuffisantes. Peu de programmes visant à renforcer ces facteurs ont également pour objectif d'améliorer la nutrition des femmes et des enfants et, ce faisant, l'état nutritionnel est rarement utilisé comme un indicateur de leur succès. Il en résulte un manque d'informations sur leur rapport coût-efficacité.

Le présent rapport souligne que la sécurité alimentaire des ménages est indissociable d'une nutrition optimale. À cet égard, les rares données factuelles relatives aux répercussions des interventions agricoles sur la nutrition infantile mettent en lumière la nécessité de redoubler d'efforts dans ce domaine. De même, les résultats des programmes de protection sociale doivent être mieux documentés afin d'améliorer leur efficacité. Ces questions revêtent une importance particulière dans les pays régulièrement confrontés à des pénuries alimentaires et contraints de développer une résilience à ces chocs afin de prévenir les catastrophes à l'origine de la malnutrition aiguë sévère de nombreux enfants.

À l'heure où de nombreux pays renforcent leurs programmes de nutrition, il importe de garantir l'utilisation optimale des ressources et l'obtention rapide de résultats. Si les programmes n'accomplissent pas les progrès requis, les stratégies doivent être adaptées sans délai. Pour cela, il faut un système de suivi pour évaluer si les goulets d'étranglement entravant l'efficacité des programmes suscitent des réponses appropriées et si la collecte d'informations en temps réel est privilégiée au détriment des données d'enquêtes sur les ménages à grande échelle, dont la fréquence est généralement irrégulière.

Une utilisation plus répandue des technologies innovantes a le potentiel d'accroître la couverture et l'efficacité des programmes. Dans certains pays, le recours aux téléphones portables pour envoyer rapidement des messages a permis d'améliorer la disponibilité des fournitures, la prestation des services, l'engagement communautaire et la qualité du suivi des programmes.

Il est possible d'élargir sensiblement ce champ d'application. Des possibilités intéressantes existent, qui doivent être analysées, en particulier lorsqu'elles sont couplées à des interventions menées par des agents communautaires.

Les données factuelles prouvant les effets du retard de croissance et des autres formes de sous-nutrition sur la survie, le développement individuel et national et la santé à long terme sont irréfutables. Alors que le monde a les yeux rivés sur le programme de développement pour l'après-2015, il ne fait aucun doute que la prévention et le traitement de la sous-nutrition doivent y occuper une place centrale. Les éléments de preuve soulignés dans le présent rapport, l'élan visant à résoudre le problème, les succès déjà obtenus et les effets sur la réduction soutenue et équitable de la pauvreté prouvent clairement que l'amélioration de la nutrition infantile et maternelle est un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial.



RÉFÉRENCES

Chapitre 2

- 1 La programmation métabolique fait référence au processus selon lequel l'exposition à une stimulation ou à un choc à un moment crucial du développement peut modifier la prédisposition d'une personne à développer des maladies et avoir des conséquences à long terme.
- 2 Victora, Cesar G., et al., *Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting implications for interventions*, *Pediatrics*, vol. 125, no° 3, 1 février 2010, p. e473.
- 3 Walker, Susan P., et al., *Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development*, *The Lancet*, vol. 378, no° 9799, 8 octobre 2011, p. 1328 et 1334.
- 4 Özaltın, Emre, Kenneth Hill et S. V. Subramanian, *Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low- to middle-income countries*, *JAMA*, vol. 303, no° 15, 21 avril 2010, p. 1507–1516.
- 5 Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupan, *4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?*, *The Lancet*, vol. 365, no° 9462, 5 mars 2005, p. 347.
- 6 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- 7 Black, Robert E., et al., *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, vol. 371, no° 9608, 19 janvier 2008, p. 243–260. Cf. notamment le tableau 2.
- 8 Victora, Cesar G., et al., *Maternal and Child Undernutrition: Consequences for adult health and human capital*, *The Lancet*, vol. 371, no° 9609, 26 janvier 2008, p. 340; Almond, Douglas, et Janet Currie, *Human Capital Development before Age Five*, *Handbook of Labor Economics*, vol. 4B, 2011, p. 1315–1486; Martorell, Reynaldo, et al., *The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity*, *Journal of Nutrition*, vol. 140, no° 2, février 2010, p. 411–414.
- 9 Dewey, Kathryn G., et K. Begum, *Long-term Consequences of Stunting in Early Life*, *Maternal and Child Nutrition*, vol. 7, octobre 2011, p. 5–18; Grantham-McGregor, S., et al., *Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries*, *The Lancet*, vol. 369, no° 9555, 6 janvier 2007, p. 65.
- 10 Martorell, Reynaldo, et al., *Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries*, *Journal of Nutrition*, vol. 140, no° 2, février 2010, p. 348–354.
- 11 Grantham-McGregor, S., et al., *Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries*, *The Lancet*, vol. 369, no° 9555, 6 janvier 2007, p. 67.
- 12 Cusick, Sarah E., et Michael K. Georgieff, *Nutrient Supplementation and Neurodevelopment: Timing Is the Key*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, no° 5, mai 2012, p. 481–482.
- 13 Martorell, Reynaldo, et al., *Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries*, p. 348–354.
- 14 Lien, Nguyen M., Knarig K. Meyer et Myron Winick, *Early Malnutrition and "Late" Adoption: A study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families*, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 30, no° 10, octobre 1977, p. 1738–1739.
- 15 Stoch, Mavis B., et P. M. Smythe, *15-year Developmental Study on Effects of Severe Undernutrition During Infancy on Subsequent Physical Growth and Intellectual Functioning*, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 51, no° 327, 1976, p. 332–333.
- 16 Uauy, Ricardo, Juliana Kain et Camila Corvalan, *How Can the Developmental Origin of Health and Disease [DOHAD] Hypothesis Contribute to Improving Health in Developing Countries?* *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, no° 6 (Suppl.), 4 mai 2011, p. 1759S; Norris, Shane, et al., *Size at Birth, Weight Gain in Infancy and Childhood, and Adult Diabetes Risk in Five Low and Middle Income Country Birth Cohorts*, *Diabetes Care*, vol. 35, no° 1, 18 novembre 2011, p. 72–79; Barker, David J. P., *Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life*, *Nutrition*, vol. 13, no° 9, septembre 1997, p. 807–813.

- 17 Wells, Jonathan C. K., et al., *Associations of Intrauterine and Postnatal Weight and Length Gains with Adolescent Body Composition: Prospective birth cohort study from Brazil*, *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, no° 6, décembre 2012, p. S58–S64; Kuzawa, Christopher W., et al., *Birth Weight, Postnatal Weight Gain, and Adult Body Composition in Five Low and Middle Income Countries*, *American Journal of Human Biology*, vol. 24, no° 1, janvier–février 2012, p. S62.

- 18 Black et al., *Maternal and Child Undernutrition*, p. 243–260.

Chapitre 3

- 19 Le calcul des valeurs des indicateurs anthropométriques est basé sur les normes de croissance de l'OMS. Les données proviennent des enquêtes sur les ménages représentatives à l'échelon national, comme les enquêtes en grappes à indicateurs multiples soutenues par l'UNICEF, les enquêtes démographiques et sanitaires soutenues par l'USAID et d'autres enquêtes nationales.
- 20 Les estimations régionales et mondiales citées dans ce chapitre sont cohérentes avec les estimations communes sur la malnutrition infantile de l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale issues de l'analyse de la base de données mondiale commune couvrant les années 1990 à 2011. Les données présentées dans le présent rapport remplacent les données historiques publiées par l'UNICEF et l'OMS. De plus amples détails sur la méthodologie harmonisée sont disponibles à l'adresse : <www.childinfo.org/malnutrition.html>.
- 21 Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012.

Chapitre 4

- 22 Walker, Susan P., et al., *Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development*, *The Lancet*, vol. 378, no° 9799, 8 octobre 2011, p. 1325–1338.
- 23 Fall, Caroline H. D., et al., *Multiple Micronutrient Supplementation During Pregnancy in Low-income Countries: A meta-analysis of effects on birth size and length of gestation, supplément, Food and Nutrition Bulletin*, vol. 30, no° S 4, 2009, p. 533–546.
- 24 Imdad, Aamer, et Zulfiqar A. Bhutta, *Maternal Nutrition and Birth Outcomes: Effect of balanced protein–energy supplementation, Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no° s1, juillet 2012, p. 178–190.
- 25 Chaparro, Camila M., et Kathryn G. Dewey, *Use of Lipid-based Nutrient Supplements (LNS) to Improve the Nutrient Adequacy of General Food Distribution Rations for Vulnerable Sub-groups in Emergency Settings*, *Maternal and Child Nutrition*, vol. 6, janvier 2010, p. 1–69.
- 26 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- 27 Jones, Gareth, et al., *How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?*, *The Lancet*, vol. 362, no° 9377, 5 juillet 2003, p. 65–71.
- 28 Kramer, Michael S., et al., *Breastfeeding and Child Cognitive Development: New evidence from a large randomized trial*, *Archives of General Psychiatry*, vol. 65, no° 5, mai 2008, p. 578.
- 29 Fall, Caroline H. D., et al., *Infant-feeding Patterns and Cardiovascular Risk Factors in Young Adulthood: Data from five cohorts in low- and middle-income countries*, *International Journal of Epidemiology*, vol. 40, no° 1, février 2011, p. 47–62.
- 30 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Infant and Young Child Feeding Programming Status: Results of 2010–2011 assessment of key actions for comprehensive infant and young child feeding programmes in 65 countries*, UNICEF, New York, avril 2012.
- 31 Mullany, Luke., et al., *Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk among Newborns in Southern Nepal*, *Journal of Nutrition*, vol. 138, no° 3, mars 2008, p. 599–603; Edmond, Karen M., et al., *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, *Pediatrics*, vol. 117, no° 3, 1 mars 2006, p. e380–e386.
- 32 Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012.
- 33 Black et al., *Maternal and Child Undernutrition*, p. 243–260.
- 34 Ibid.
- 35 Dewey, Kathryn G., et al., *Effects of Age of Introduction of Complementary Foods on Iron Status of Breast-fed Infants in Honduras*, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, no° 5,

- mai 1998, p. 878–884; Arpadi, Stephen, *et al.*, *Growth Faltering due to Breastfeeding Cessation in Uninfected Children Born to HIV-infected Mothers in Zambia*, août 2009, p. 344–353.
- ³⁶ Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012.
- ³⁷ Base de données mondiale sur la nutrition de l'UNICEF, 2012, analyse d'un sous-ensemble de 50 pays disposant de données sur les tendances.
- ³⁸ Bhutta Zulfiqar A., *et al.*, *What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*, *The Lancet*, vol. 371, no° 9610, 2 février 2008, p. 417–440.
- ³⁹ Dewey, Kathryn G., et Seth Adu-Afarwuah, *Systematic Review of the Efficacy and Effectiveness of Complementary Feeding Interventions in Developing Countries*, *Maternal and Child Nutrition*, vol. 4, 14 février 2008, p. 24–85; Avula, Rasmi, *et al.*, *Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increased Growth and Energy Intake of Children*, *Journal of Nutrition*, vol. 141, no° 4, 1 avril 2011, p. 680–684.
- ⁴⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Guide de programmation, Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, UNICEF, New York, juin 2012.
- ⁴¹ Dewey, Kathryn G., *Complementary Feeding*, in *Encyclopedia of Human Nutrition*, édité par B. Caballero, L. Allen et A. Prentice, Elsevier Ltd., Amsterdam, 2005, p. 465–470.
- ⁴² Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé, *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*, OPS/OMS, Washington, D.C., 2003; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Guide de programmation, Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, UNICEF, New York, juin 2012.
- ⁴³ Organisation mondiale de la Santé, *Global Prevalence of Vitamin A Deficiency in Populations at Risk: WHO global database on vitamin A deficiency*, OMS, Genève, 2009.
- ⁴⁴ Benoist, Bruno de, *et al.*, *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia*, OMS, Genève, 2008.
- ⁴⁵ Sur les 18 pays étudiés disposant de données depuis 2005, le pourcentage de femmes déclarant prendre de l'acide folique/du fer pendant plus de 90 jours était inférieur à 50 % dans 17 pays.
- ⁴⁶ Base de données mondiale de l'UNICEF, 2012, basée sur les estimations nationales fournies par 54 pays faisant état d'une iodation du sel consommé dans les ménages d'au moins 15 ppm, 2007 – 2011.
- ⁴⁷ Dewey, Kathryn G., Zhenyu Yang et Erick Boy, *Systematic Review and Meta-analysis of Home Fortification of Complementary Foods*, *Maternal and Child Nutrition*, vol. 5, no° 4, octobre 2009, p. 283–321.
- ⁴⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance et United States Centers for Disease Control and Prevention, *Global Assessment of Home Fortification Interventions, 2011*, Groupe consultatif technique sur l'enrichissement à domicile, Genève, 2012.
- ⁴⁹ Initiative pour l'enrichissement des farines, <www.ffinetwork.org/global_progress/index.php>, consulté le 8 janvier 2012.
- ⁵⁰ Black *et al.*, *Maternal and Child Undernutrition*, p. 243–260.
- ⁵¹ Richard, Stephanie A., *et al.*, *Wasting Is Associated with Stunting in Early Childhood*, *Journal of Nutrition*, vol. 142, no° 7, 1 juillet 2012, p. 1291–1296.
- ⁵² Organisation mondiale de la Santé/Programme Alimentaire Mondial/Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition: A joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund*, mai 2007.
- ⁵³ Projet Sphère, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, Belmont Press, Northampton, Royaume-Uni, 2011.
- ⁵⁴ Section nutrition de l'UNICEF, *Global Severe Acute Malnutrition Update*, 2012.
- ⁵⁵ Humphrey, Jean H., *Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing*, *The Lancet*, vol. 374, 19 septembre 2009, p. 1032–1035; Dangour, A. D., *et al.*, *Interventions to Improve Water Quality and Supply, Sanitation and Hygiene Practices, and Their Effects on the Nutritional Status of Children (Protocol)*, *The Cochrane Library* 2011, no° 10.
- ⁵⁶ Guerrant, Richard L., *et al.*, *Malnutrition as an Enteric Infectious Disease with Long-term Effects on Child Development*, article publié en ligne pour la première fois le 22 août 2008. DOI : 10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x.
- ⁵⁷ Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health*, IFPRI, New Delhi, 2011; Herforth, Anna., *Synthesis of Guiding Principles on Agriculture Programming for Nutrition*, projet, septembre 2012, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome; Hodinott, John., *Agriculture, Health, and Nutrition: Toward conceptualizing the linkages*, document présenté à la conférence de l'initiative de l'IFPRI Vision 2020, New Delhi, Inde, 10–12 février 2011; Hawkes, Corrina, R. Turner et J. Waage, *Current and Planned Research on Agriculture for Improved Nutrition: A mapping and a gap analysis*, ministère du Développement international, Londres, août 2012.
- ⁵⁸ Girard, Amy Webb, *et al.*, *The Effects of Household Food Production Strategies on the Health and Nutrition Outcomes of Women and Young Children: A systematic review, Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no° s1, juillet 2012, p. 205–222.
- ⁵⁹ Groupe indépendant d'évaluation (IEG), *What Can We Learn from Nutrition Impact Evaluations?: Lessons from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries*, publications de la Banque mondiale, Washington, D.C., juillet 2010.
- ⁶⁰ Groupe indépendant d'évaluation, *ibid.*

Chapitre 5

⁶¹ Ces exemples de réussite ont été tirés de documents internes, de documents gouvernementaux et d'opinions d'experts fournis par les bureaux de pays de l'UNICEF. Citons entre autres sources :

Éthiopie : Rajkumar, Andrew S., Christopher Gaukler et Jessica Tilahun, *Combating Malnutrition in Ethiopia: An evidence-based approach for sustained results*, Série sur le développement humain de la région Afrique, Banque mondiale, Washington, D.C., 2012; et Gilligan, Daniel O., *et al.*, *The Impact of Ethiopia Productive Safety Net Programme and its Linkages*, texte ronéotypé, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., décembre 2008.

Népal : United States Agency for International Development et Gouvernement du Népal, *An Analytical Report on National Survey of Female Community Health Volunteers of Nepal*, USAID et Gouvernement du Népal, Katmandou, 2007; United States Agency for International Development, *Vitamin A Supplements for Children*, Programme de santé familiale du Népal, Note technique no° 2, USAID, Washington, D.C., 2007; et Thapa, Shyam, Minja Kim Choe et Robert D. Retherford, *Effects of Vitamin A Supplementation on Child Mortality: Evidence from Nepal's 2001 Demographic and Health Survey*, *Tropical Medicine & International Health*, vol. 10, no° 8, août 2005, p. 782–789.

Pérou : Acosta, Andrés Mejía, *Analysing Success in the Fight against Malnutrition in Peru*, document de travail de l'IDS, vol. 2011, no° 367, mai 2011, p. 2–49; et Garret, James, Lucy Basset et Alessandra Marini, *Designing CCT Programs to Improve Nutrition Impact: Principles, Evidences and Examples*, document de travail de l'initiative « L'Amérique latine et les Caraïbes libérées de la faim en 2025 », Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, Santiago, Chili, 2009.

Sri Lanka : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Infant and Young Child Feeding Programme Review*, UNICEF, New York, juin 2009.

Kirghizistan : Ministère de la santé de la République kirghize, United States Centers for Disease Control and Prevention et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Assessment of the Nutritional Status of Children 6–24 Months of Age and Their Mothers: Rural Talas Oblast, Kyrgyzstan, 2008*, UNICEF, Bichkek, 2010; et Banque mondiale, *Kyrgyz Republic Partnership: Program snapshot*, Banque mondiale, Washington, D.C., octobre 2012.

République-Unie de Tanzanie : Projet A2Z et United States Agency for International Development, *Assessment of the Sustainability of the Tanzania National Vitamin A Supplementation Program*, A2Z, Washington, D.C., 2008; et Helen Keller International et Programme de distribution de vitamine A de l'ACDI, *A Review of Comprehensive Council Health Plans 2010/2011*, 2012.

- Viet Nam** : Alive & Thrive, *Maternity Leave Policy in Viet Nam: Summary report*, Alive & Thrive, Ha Noi, Viet Nam, juillet 2012.
- ⁶² Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2012.
- ⁶³ Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000 et 2011.
- ⁶⁴ Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- ⁶⁵ Données de la Banque mondiale, 2012.
- ⁶⁶ Rajkumar, Andrew S., Christopher Gaukler et Jessica Tilahun, *Combating Malnutrition in Ethiopia: An evidence-based approach for sustained results*, Série développement humain de la région Afrique, Banque mondiale, Washington, D.C., 2012.
- ⁶⁷ Berhane, Guush, et al., *The Impact of Ethiopia's Productive Safety Nets and Household Asset Building Programme: 2006–2010*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., décembre 2011; et Gilligan, Daniel O., et al., *The Impact of Ethiopia Productive Safety Net Programme and Its Linkages*, texte ronéotypé, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., décembre 2008.
- ⁶⁸ Données fournies par le bureau de l'UNICEF en Éthiopie, 2012.
- ⁶⁹ The Last Ten Kilometres Project, *Changes in Maternal, Newborn and Child Health in 115 Rural Woredas of Amhara, Oromia, SNNP, and Tigray Regions of Ethiopia: 2008–2010 – Findings from the L10K baseline and midterm surveys*, JSI Research & Training Institute, Inc., Addis-Abeba, juillet 2012.
- ⁷⁰ Coopération Nationale de la Sécurité Alimentaire, Évaluation rapide d'urgence de la sécurité alimentaire post-séisme, CNSA, Port-au-Prince, mars 2010.
- ⁷¹ Ministère de la Santé Publique et de la Population, *Enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité rétrospective chez les enfants de 6 à 59 mois dans les zones affectées par le séisme du 12 janvier 2010*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Port-au-Prince, 2010.
- ⁷² Programme Alimentaire Mondial, *Haiti: One year after the 12 January earthquake* (fiche de communication), 2011; et Family Early Warning Systems Network, *Haiti Food Security Outlook*, United States Agency for International Development, Washington, D.C., janvier 2011.
- ⁷³ CNSA/MARNDR Haïti, Résultats de l'enquête la sécurité alimentaire EFSA II1, Système d'alerte rapide aux risques de famine, septembre 2010.
- ⁷⁴ Données fournies par le bureau de l'UNICEF en Haïti, 2013.
- ⁷⁵ Cayemittes, Michel, et al., *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV : Haïti – 2005–2006*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International, Calverton, MD, janvier 2007.
- ⁷⁶ Ministère de la Santé Publique et de la Population, UNICEF et Programme Alimentaire Mondial, *Rapport de l'enquête nutritionnelle nationale avec la méthodologie Smart*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, UNICEF et PAM, Port-au-Prince, 2012.
- ⁷⁷ Données fournies par le bureau de l'UNICEF en Haïti, 2013.
- ⁷⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Global SAM Management Update*, base de données consultée le 1 octobre 2012.
- ⁷⁹ Ayoya, Mohamed Ag, Kate Golden, Ismael Ngnie Teta, et al., *Protecting and Improving Breastfeeding Practices during a Major Emergency: Lessons learnt from the baby tents in Haiti* (document non publié).
- ⁸⁰ Enquête nationale 2005–2006 sur la santé familiale, et bases de données mondiales de l'UNICEF.
- ⁸¹ Basé sur la nouvelle analyse de l'Enquête nationale 2005–2006 sur la santé familiale et sur les résultats de l'enquête globale sur la nutrition au Maharashtra, 2012.
- ⁸² Enquête globale sur la nutrition au Maharashtra, 2012.
- ⁸³ Basé sur la nouvelle analyse de l'Enquête nationale 2005–2006 sur la santé familiale et sur les résultats de l'enquête globale sur la nutrition au Maharashtra, 2012.
- ⁸⁴ Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde, 2012.
- ⁸⁵ Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2012.
- ⁸⁶ Enquêtes démographiques et sanitaires, 2001 et 2011.
- ⁸⁷ Enquête démographique et sanitaire, 2011.
- ⁸⁸ Ibid.
- ⁸⁹ Ibid.
- ⁹⁰ Ibid.
- ⁹¹ Enquêtes démographiques et sanitaires, 1996, 2000, 2004–2006 et 2011.
- ⁹² Ibid.
- ⁹³ Lechtig, Aaron, et al., *Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program*, *Food & Nutrition Bulletin*, vol. 30, no° 1, 2009, p. 36–48.
- ⁹⁴ Flores, Rosa, et Carlos Rojas, *Impact of an Intervention on Food Security: REDESA program final evaluation*, CARE Pérou, Lima, 2007.
- ⁹⁵ Enquêtes démographiques et sanitaires, 1992 (nouvelle analyse de l'UNICEF) et 2011.
- ⁹⁶ Données 2010 de la Division de la population des Nations Unies (nouvelle analyse de l'UNICEF).
- ⁹⁷ Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- ⁹⁸ Enquêtes démographiques et sanitaires, 2005 et 2010.
- ⁹⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *UNICEF Humanitarian Action Update: Democratic Republic of the Congo*, UNICEF, New York, 4 août 2012.
- ¹⁰⁰ *Addressing a Silent and Unknown Crisis: Success in the treatment of severe acute malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC)* (document interne fourni par le bureau de l'UNICEF en République démocratique du Congo).
- ¹⁰¹ Ibid.
- ¹⁰² Ibid.
- ¹⁰³ Ibid.
- ¹⁰⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Global SAM Management Update*, base de données consultée le 1 octobre 2012; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *UNICEF Humanitarian Action Update: Democratic Republic of the Congo*, UNICEF, New York, 4 août 2012, p. 7.
- ¹⁰⁵ Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- ¹⁰⁶ Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2012.
- ¹⁰⁷ Enquête démographique et sanitaire, 2006–2007.
- ¹⁰⁸ Banque mondiale, *Kyrgyz Republic Partnership: Program snapshot*, Banque mondiale, Washington, D.C., octobre 2012.
- ¹⁰⁹ Institut de recherche en obstétrique et pédiatrie (république kirghize) et Macro International Inc., *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey*, 1997, Calverton, MD, 1998, p. 128 et 132.
- ¹¹⁰ Lundeen, Elizabeth, et al., *Daily Use of Sprinkles Micronutrient Powder for 2 Months Reduces Anemia among Children 6 to 36 Months of Age in the Kyrgyz Republic: A cluster-randomized trial*, *Food & Nutrition Bulletin*, vol. 31, no° 3, septembre 2010, p. 446–460.
- ¹¹¹ Ministère de la Santé de la république kirghize, *Follow-up Survey of Nutritional Status in Children 6–24 Months of Age, Talas Oblast*, république kirghize, 2010, ministère de la Santé de la république kirghize, Bichkek, 2011, p. 11.
- ¹¹² United States Agency for International Development, *Assessment of the Sustainability of the Tanzania National Vitamin A Supplementation Program: Results of a sustainability analysis*, USAID, Washington, D.C., 2008, p. 5.
- ¹¹³ Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- ¹¹⁴ Masanja, Honorati, et al., *Child Survival Gains in Tanzania: Analysis of data from demographic and health surveys*, *The Lancet*, vol. 371, no° 9620, 12 avril 2008, p. 1276–1283.
- ¹¹⁵ Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2012.
- ¹¹⁶ Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2012.
- ¹¹⁷ Euromonitor International, *Global Packaged Food: Market Opportunities for Baby Food to 2013*, septembre 2008.

PANORAMA DE LA NUTRITION

Les 24 pays avec la charge la plus lourde, et la prévalence la plus élevée, pour les retards de croissance



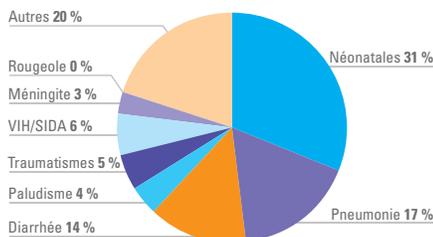
Bangladesh • Burundi • Chine • Éthiopie • Guatemala • Guinée • Inde • Indonésie • Libéria • Madagascar • Malawi • Mozambique • Népal • Niger • Nigéria • Pakistan • Philippines • République centrafricaine • République démocratique du Congo • République-Unie de Tanzanie • Rwanda • Sierra Leone • Timor-Leste • Zambie

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	8 575 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	1 218 (2011)
Nombre total de naissances (000)	288 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	139 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	39 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	86 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	43 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	81 (2006)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	250 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	74, 73 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

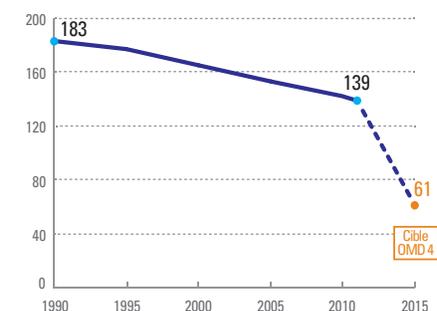
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

Rang du pays pour le retard de croissance	33
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)

703

Émaciation (moins de 5 ans, 000)

71

Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)

17

Progrès vers l'OMD 1

Pas de progrès

Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)

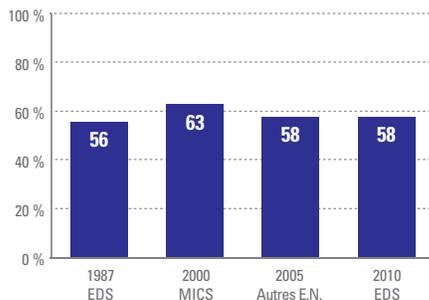
351

Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)

33

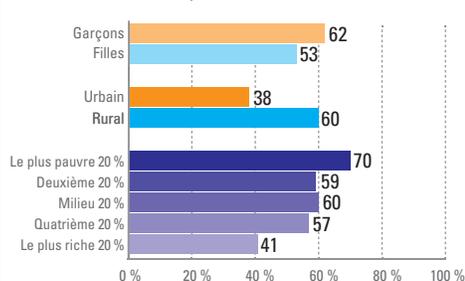
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

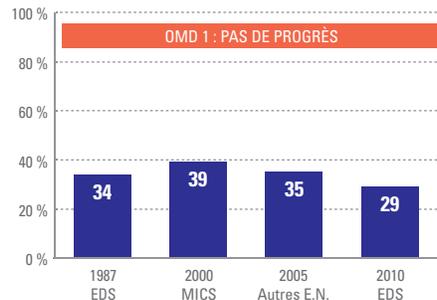
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

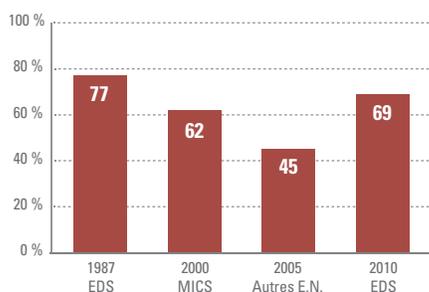
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



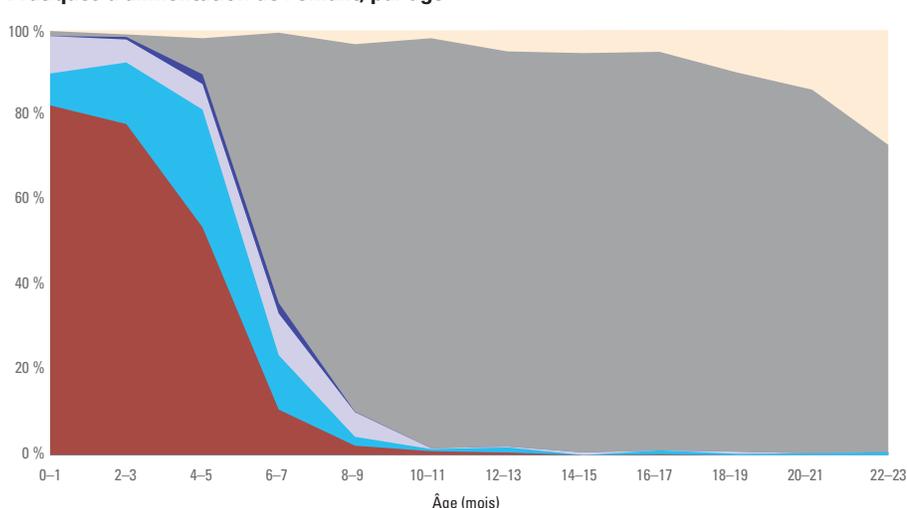
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



■ Sevré (non allaité)
 ■ Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
 ■ Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides
 ■ Allaitement maternel et eau uniquement
 ■ Allaitement maternel et substituts du lait maternel
 ■ Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

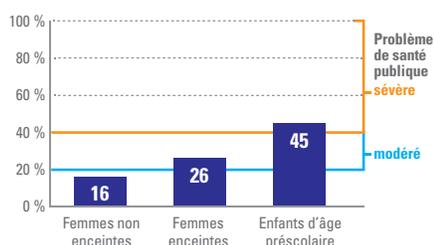
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 7 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) -	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Non	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 98 %	Nourrissons non pesés à la naissance 48 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 69 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 70 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 94 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 19 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 9 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 83 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

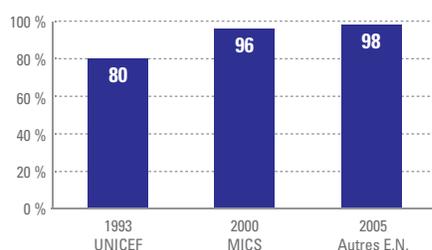
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2010.

Sel iodé – tendances*

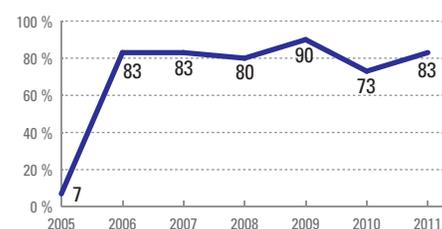
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
6 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

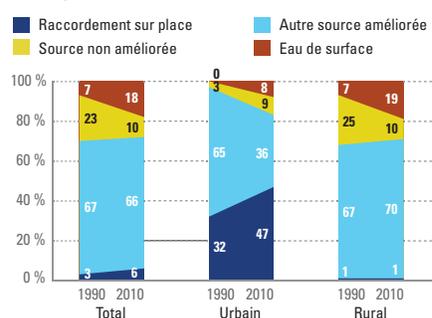
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	800	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	500	(2010)
Nombre total de décès maternels	2 200	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	31	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	16	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	16	(2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	99	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	33	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	60	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	11	(2005)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	11	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

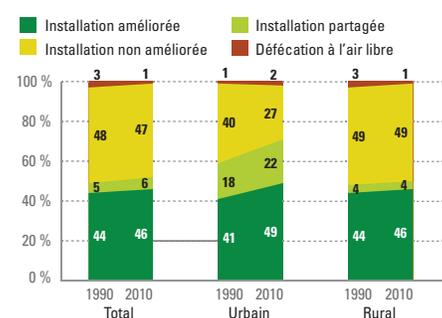
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

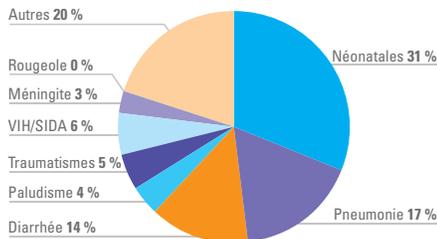
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Graphique portant sur l'équité	Source
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre		
Prévalence du retard de croissance (%)	62	53	1,2	38	60	0,6	70	59	60	57	41	0,6	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	32	26	1,2	18	30	0,6	41	30	30	25	17	0,4	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	6	6	1,1	5	6	0,8	7	6	5	5	5	0,8	■■■■■	EDS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	16	-	10	17	0,6	22	15	17	15	12	0,5	■■■■■	EDS, 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	8	-	27	5	5,3	4	3	6	6	19	5,4	■■■■■	EDS, 2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	8 575 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	1 218 (2011)
Nombre total de naissances (000)	288 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	139 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	39 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	86 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	43 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	81 (2006)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	250 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	74, 73 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

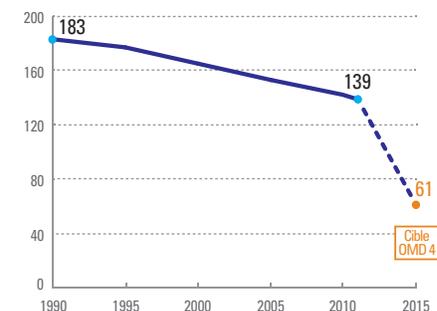
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

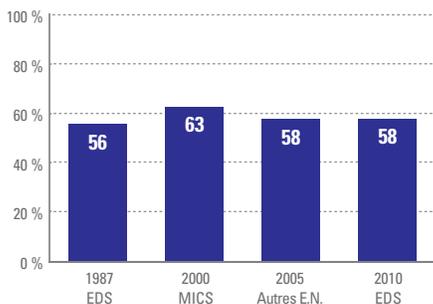
Rang du pays pour le retard de croissance	33
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	703
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	71
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	17

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	351
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	33

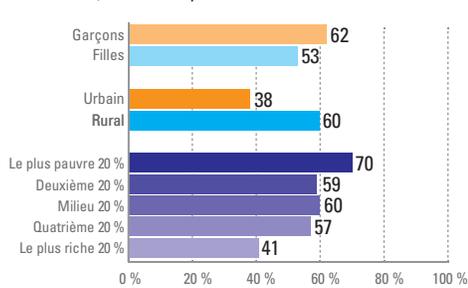
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

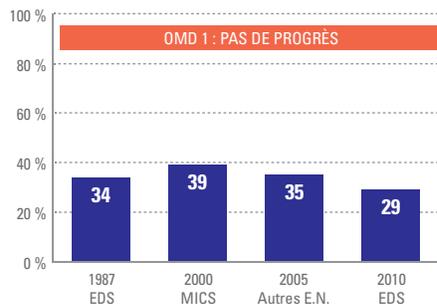
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

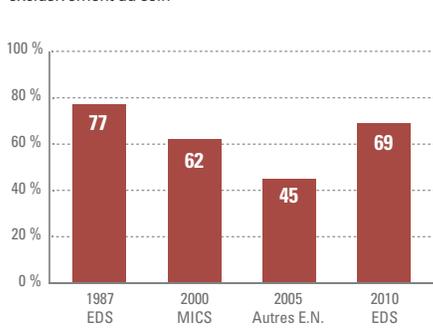
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



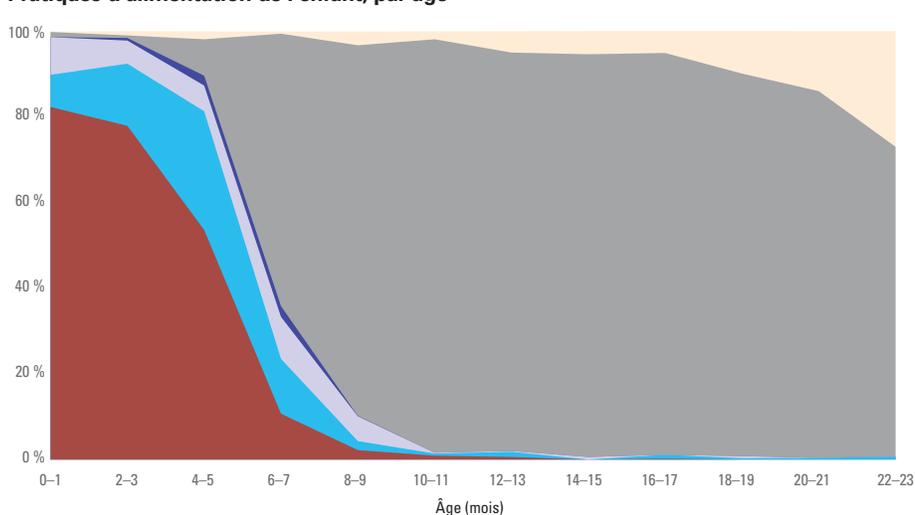
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Sevré (non allaité)	Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides	Allaitement maternel et eau uniquement
Allaitement maternel et substituts du lait maternel	Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

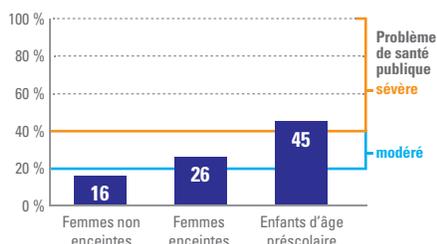
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 7 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) -	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Non		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 98 %	Nourrissons non pesés à la naissance 48 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 69 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 70 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 94 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 19 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 9 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 83 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

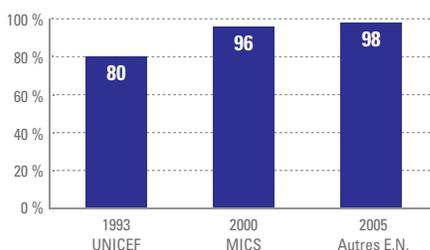
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2010.

Sel iodé – tendances*

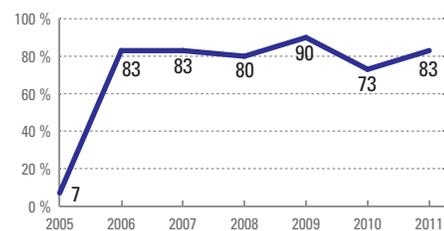
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
6 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

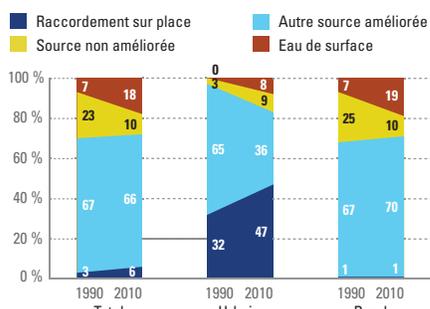
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	800	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	500	(2010)
Nombre total de décès maternels	2 200	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	31	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	16	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	16	(2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	99	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	33	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	60	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	11	(2005)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	11	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

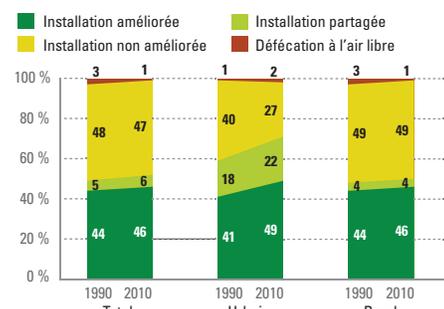
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

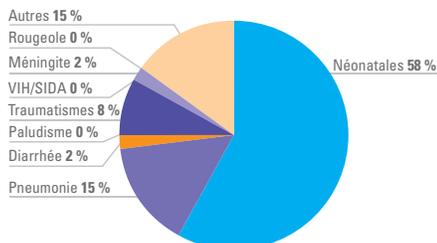
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	62	53	1,2	38	60	0,6	70	59	60	57	41	0,6	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	32	26	1,2	18	30	0,6	41	30	30	25	17	0,4	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	6	6	1,1	5	6	0,8	7	6	5	5	5	0,8	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	16	-	10	17	0,6	22	15	17	15	12	0,5	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	8	-	27	5	5,3	4	3	6	6	19	5,4	-----	EDS, 2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	1 347 565 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	82 231 (2011)
Nombre total de naissances (000)	16 364 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	15 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	249 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	13 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	9 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	13 (2008)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	4 930 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	-

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

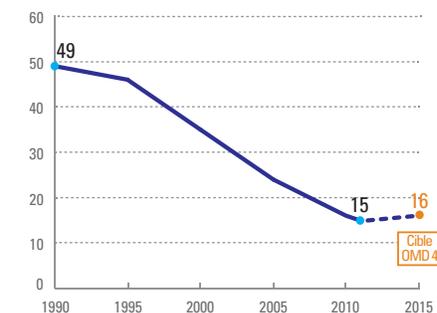
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

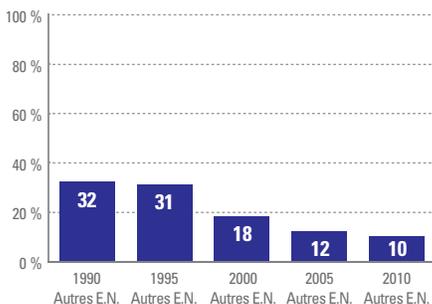
Rang du pays pour le retard de croissance	4
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	5

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	8 059
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	1 891
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	-

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	2 960
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	5 427

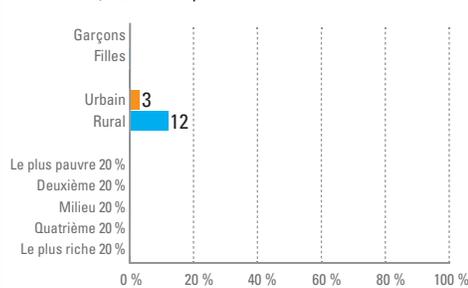
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

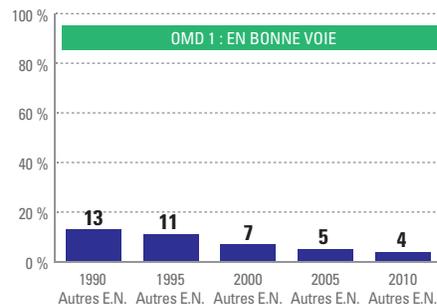
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

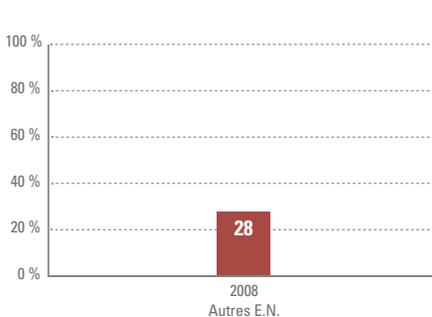
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



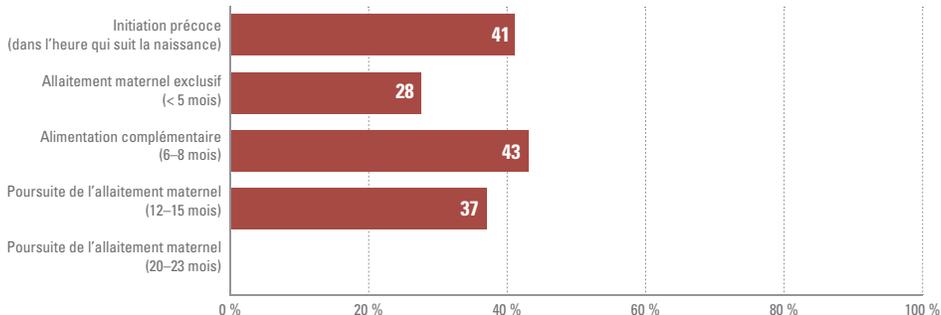
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : Autres E.N., 2008.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 41 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 97 %	Nourrissons non pesés à la naissance	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 28 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 43 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 37 %	
			Variété minimale du régime alimentaire	
			Apport alimentaire minimum acceptable	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux	

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

MICRONUTRIMENTS

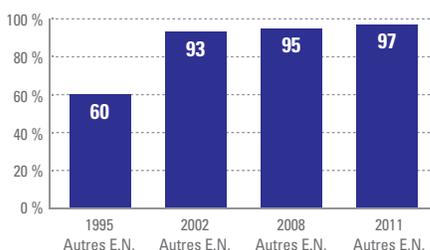
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
524 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)

ABSENCE DE DONNÉES

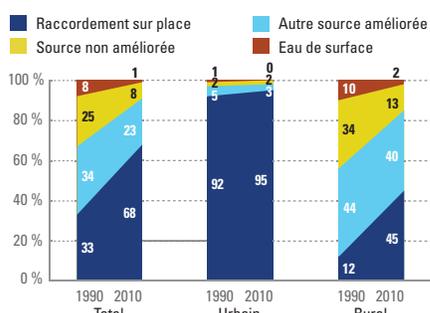
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	37	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	30	(2010)
Nombre total de décès maternels	6 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	1 700	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	–	–
Soins prénatals (au moins une visite, %)	94	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	–	–
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	100	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	3	(2008)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	–	–

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

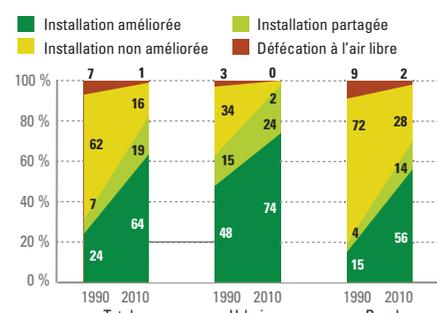
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	–	–	–	3	12	0,3	–	–	–	–	–	–	–	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	–	–	–	1	4	0,3	–	–	–	–	–	–	–	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

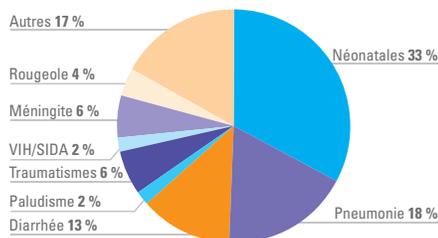
ÉTHIOPIE

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	84 734 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	11 918 (2011)
Nombre total de naissances (000)	2 613 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	77 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	194 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	52 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,4 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	39 (2005)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	400 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	65, 64 (2011)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

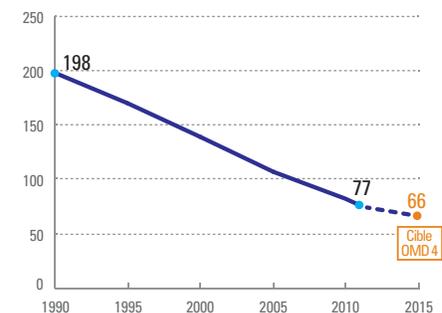
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

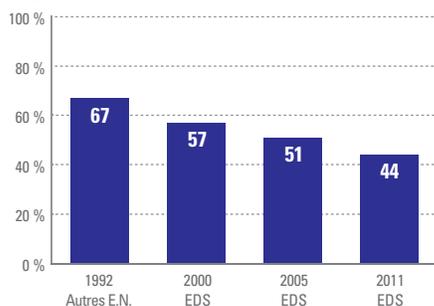
Rang du pays pour le retard de croissance	7
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	3

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	5 291
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	1 156
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	334

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	3 420
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	203

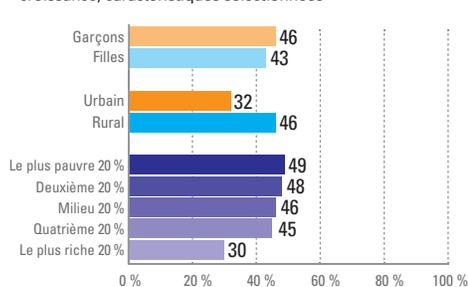
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

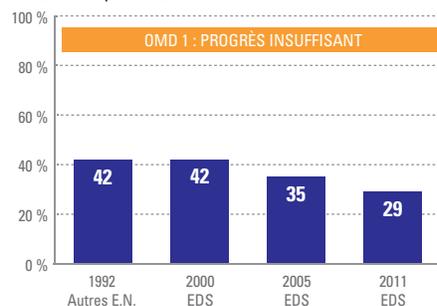
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2011.

Insuffisance pondérale – tendances

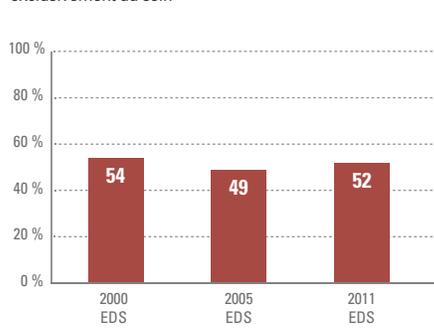
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



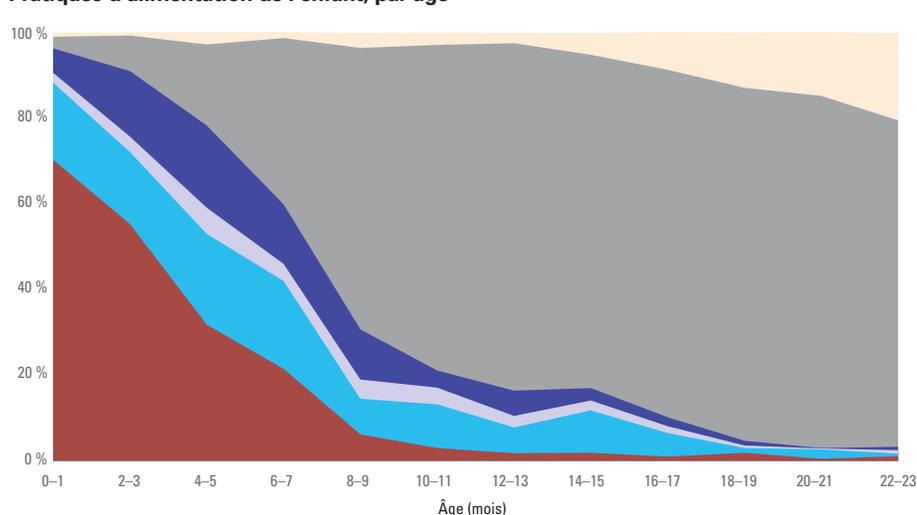
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2011.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

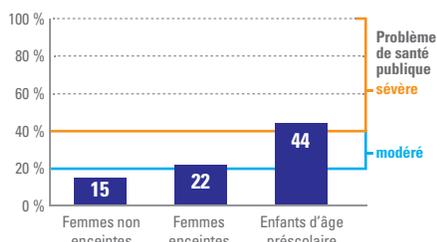
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 0 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 52 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 15 %	Nourrissons non pesés à la naissance 97 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 52 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 55 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 96 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 5 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 4 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 71 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

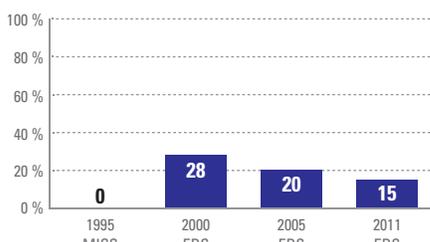
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2011.

Sel iodé – tendances*

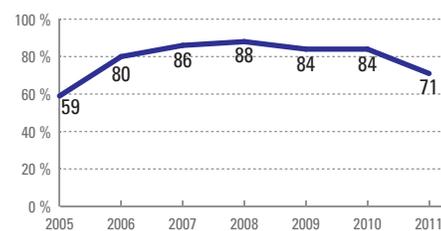
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
2 211 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

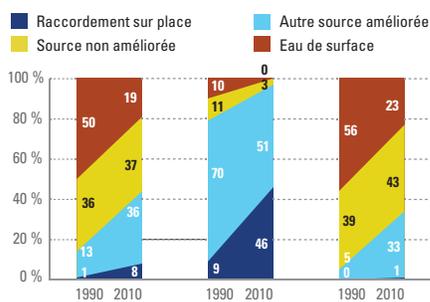
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	350	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	680	(2011)
Nombre total de décès maternels	9 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	67	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	27	(2011)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	15	(2011)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	43	(2011)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	19	(2011)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	10	(2011)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	20	(2005)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	22	(2011)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

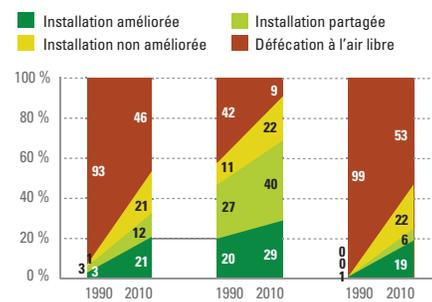
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	46	43	1,1	32	46	0,7	49	48	46	45	30	0,6	■■■■■	EDS, 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	31	27	1,1	16	30	0,5	36	33	29	26	15	0,4	■■■■■	EDS, 2011
Prévalence de l'émaciation (%)	11	8	1,4	6	10	0,6	12	12	9	8	5	0,4	■■■■■	EDS, 2011
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	27	-	20	29	0,7	32	31	27	29	19	0,6	■■■■■	EDS, 2011
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	6	-	15	3	5,7	2	2	2	3	16	8,6	■■■■■	EDS, 2011

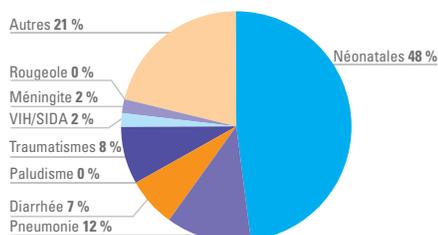
GUATEMALA

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	14 757 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	2 192 (2011)
Nombre total de naissances (000)	473 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	30 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	14 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	24 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	15 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,8 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	14 (2006)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	2 870 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	- -

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

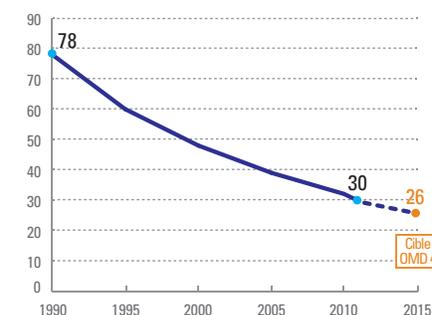
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

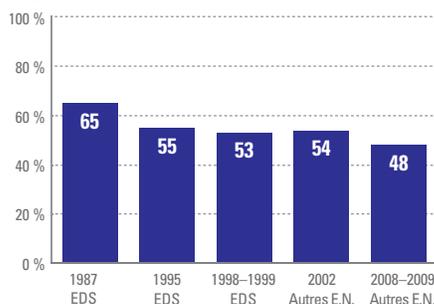
Rang du pays pour le retard de croissance	25
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1%

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 052
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	24
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	-

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	285
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	107

Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



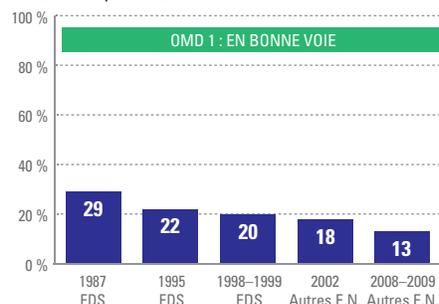
Disparités en matière de retard de croissance

Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées

ABSENCE DE DONNÉES

Insuffisance pondérale – tendances

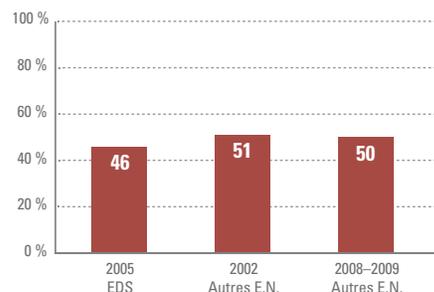
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



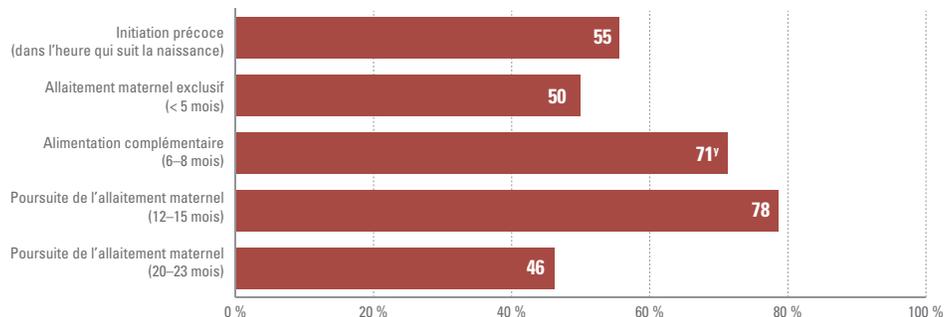
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne visant qu'une partie du pays.

Source : Autres E.N., 2008-2009.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

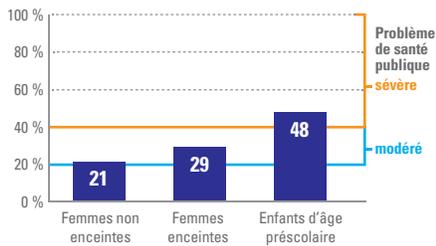
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 56 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel		Oui
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 76 %	Nourrissons non pesés à la naissance	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT		Non
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 50 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois)	71 %
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an	79 %
			Variété minimale du régime alimentaire	—
			Apport alimentaire minimum acceptable	—
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	28 %
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux	Oui

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

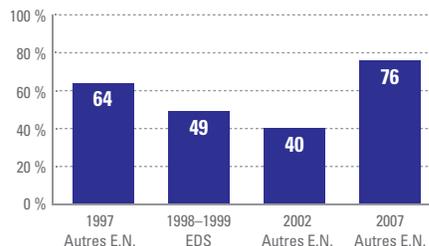
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : Autres E.N., 2008-2009.

Sel iodé – tendances*

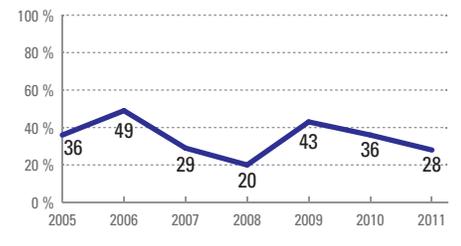
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
114 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

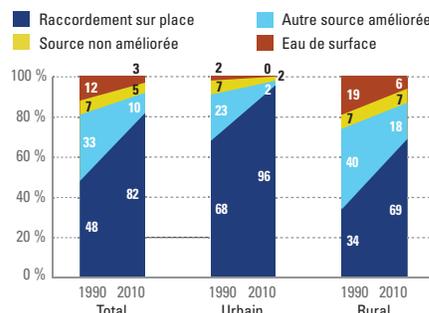
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	120	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	140	(2007)
Nombre total de décès maternels	550	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	190	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	2	(2008-2009)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	21	(2008-2009)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	93	(2009)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	—	—
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	52	(2009)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	11	(2008-2009)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	22	(2009)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

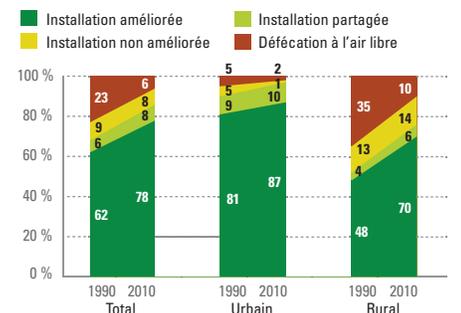
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

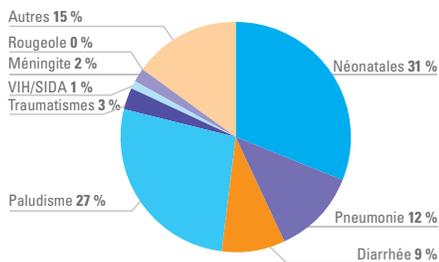
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/ filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/ rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2008-2009
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	14	12	1,1	8	16	0,5	21	14	11	5	3	0,2	-----	Autres E.N., 2008-2009
Prévalence de l'émaciation (%)	1	1	1,0	1	2	0,6	1	1	2	1	1	0,5	-----	Autres E.N., 2008-2009
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	—	2	—	2	2	1,2	1	1	1	1	3	2,1	-----	Autres E.N., 2008-2009
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	—	51	—	58	46	1,3	37	48	55	61	61	1,7	■■■■■	Autres E.N., 2008-2009

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	10 222 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	1 696 (2011)
Nombre total de naissances (000)	394 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	126 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	48 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	79 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,4 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	43 (2007)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	440 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	48,55 (2005)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

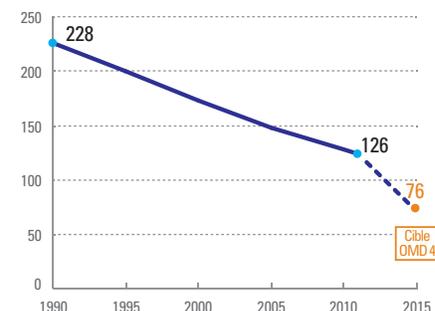
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

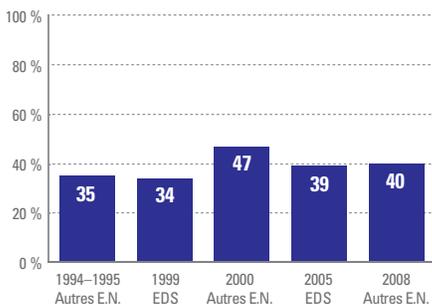
Rang du pays pour le retard de croissance	34
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	678
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	141
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	47

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	353
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	-

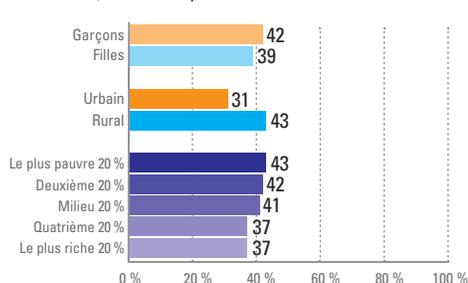
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

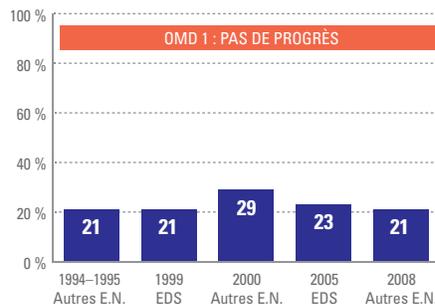
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2008.

Insuffisance pondérale – tendances

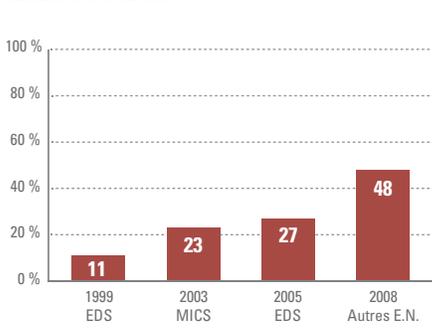
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



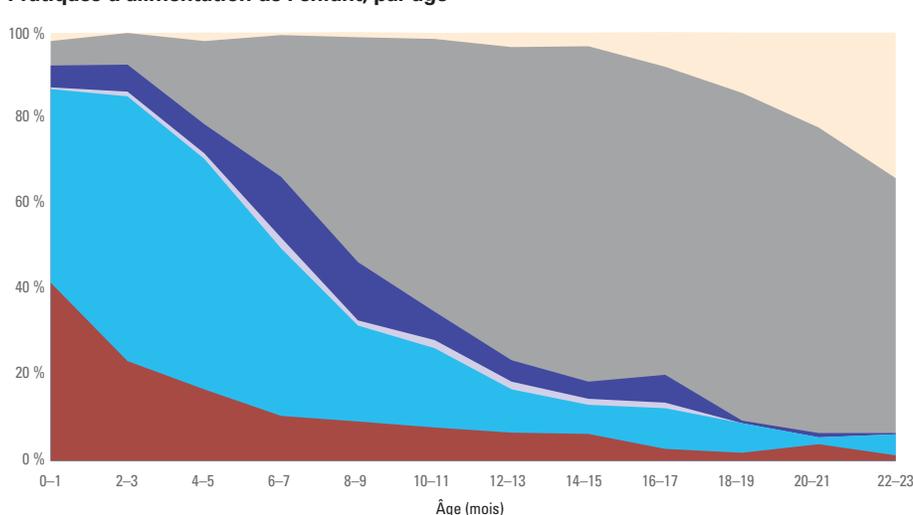
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2005.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

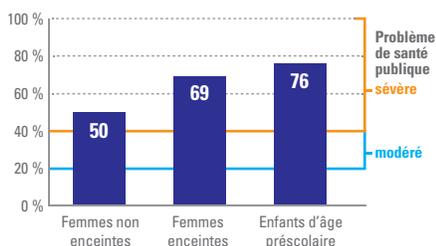
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 33 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 40 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 41 %	Nourrissons non pesés à la naissance 59 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT En partie		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 48 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 32 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 100 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 16 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 7 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 88 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux	-

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

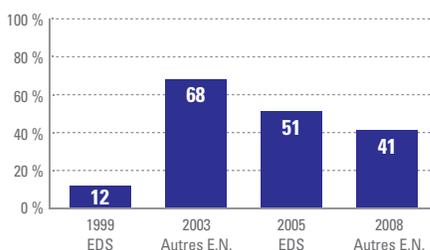
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2005.

Sel iodé – tendances*

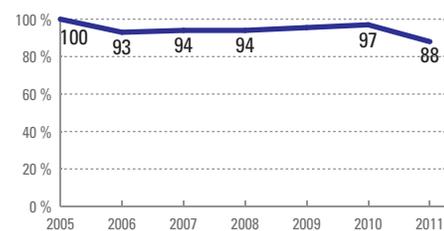
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
232 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

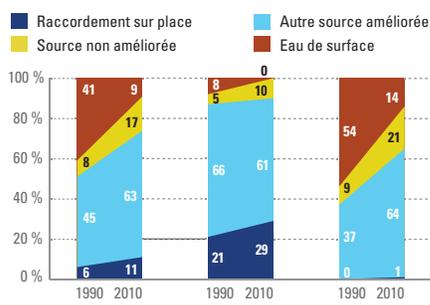
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	610	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	980	(2005)
Nombre total de décès maternels	2 400	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	30	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	50	(2005)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	88	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	50	(2007)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	46	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	12	(2005)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	44	(2005)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

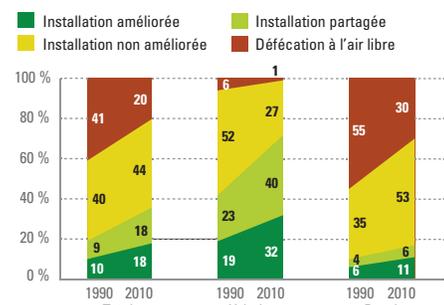
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

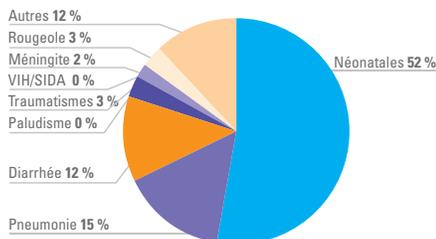
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	42	39	1,1	31	43	0,7	43	42	41	37	37	0,9	■■■■■	Autres E.N., 2008
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	22	20	1,1	15	23	0,7	24	22	21	19	19	0,8	-----	Autres E.N., 2008
Prévalence de l'émaciation (%)	9	8	1,1	8	9	0,9	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2008
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	1 241 492 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	128 589 (2011)
Nombre total de naissances (000)	27 098 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	61 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	1 655 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	47 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	32 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	33 (2010)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	1 410 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	81, 85 (2005-2006)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

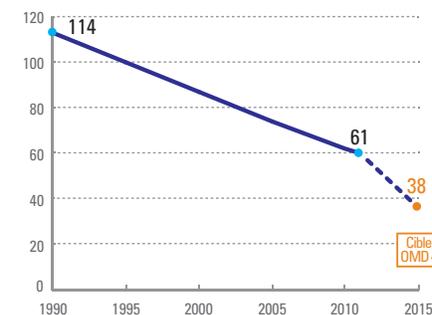
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

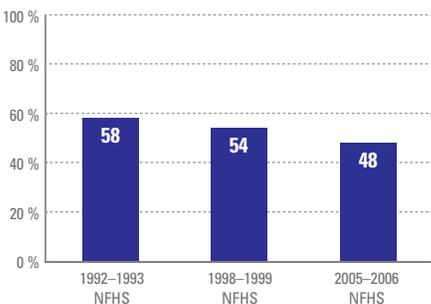
Rang du pays pour le retard de croissance	1
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	38

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	61 723
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	25 461
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	8 230

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	54 650
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	2 443

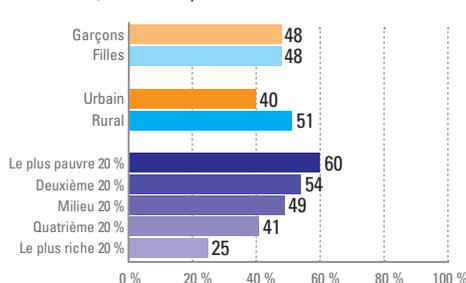
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

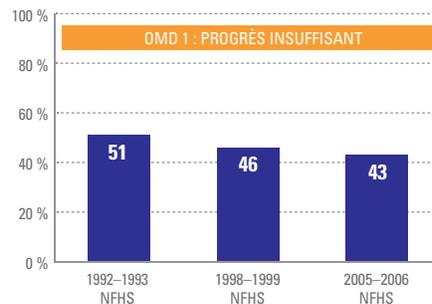
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : NFHS, 2005-2006.

Insuffisance pondérale – tendances

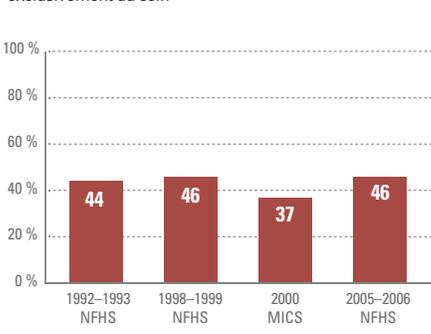
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



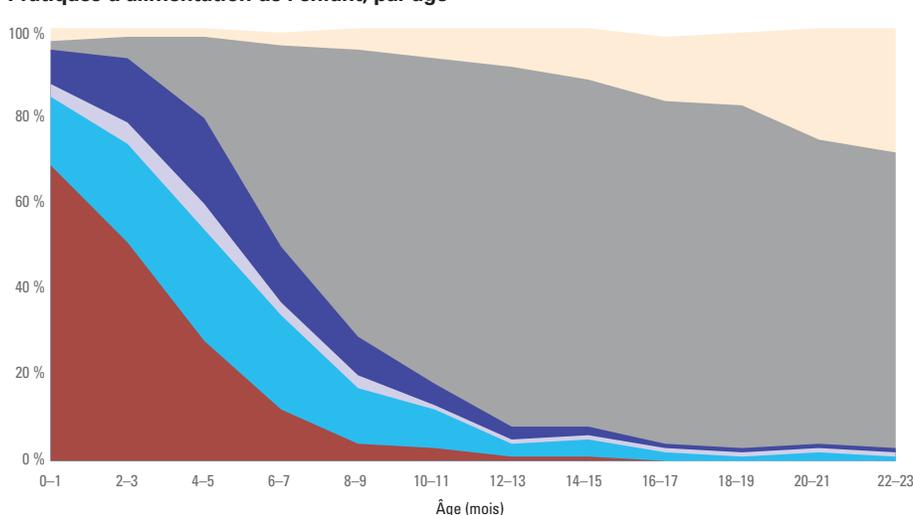
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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

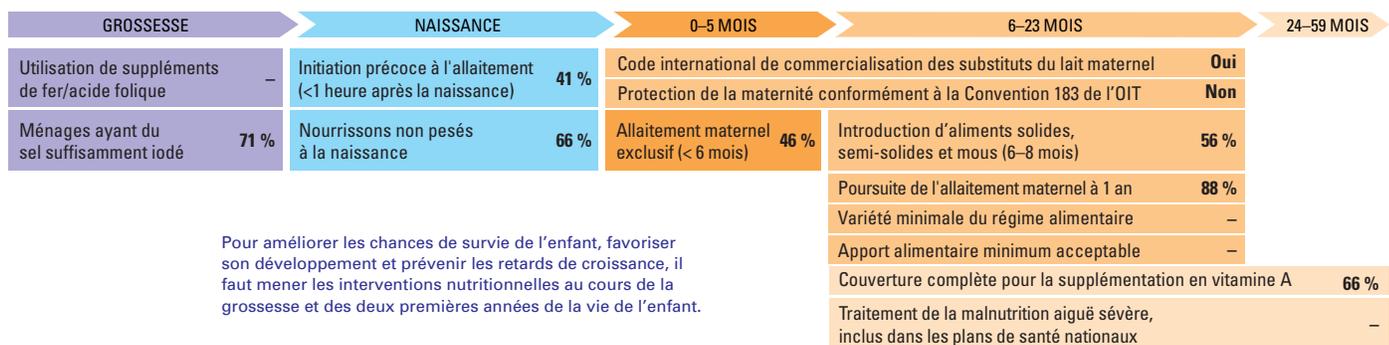


Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



■ Sevré (non allaité)
 ■ Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides
 ■ Allaitement maternel et eau uniquement
 ■ Allaitement maternel et substituts du lait maternel
 ■ Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

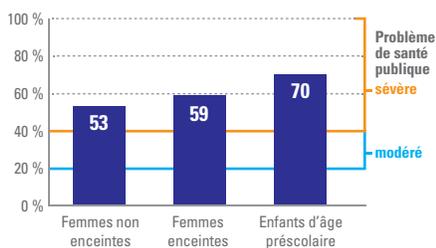


Pour améliorer les chances de survie de l'enfant, favoriser son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse et des deux premières années de la vie de l'enfant.

MICRONUTRIMENTS

Anémie

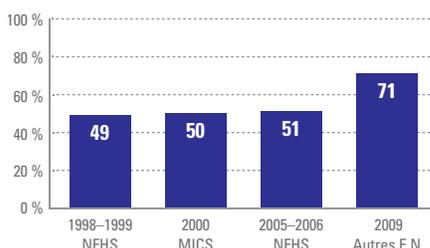
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : NFHS, 2005-2006.

Sel iodé – tendances*

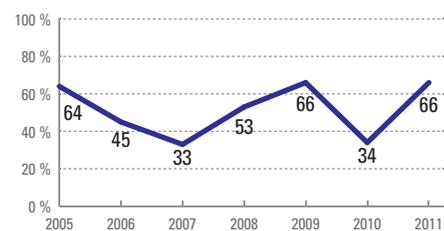
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
7 831 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

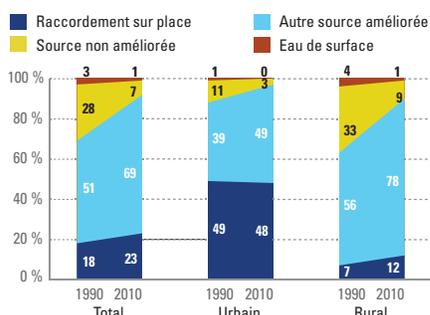
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	200	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	210	(2009)
Nombre total de décès maternels	56 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	170	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	36	(2005-2006)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	53	(2005-2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	74	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	37	(2006)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	52	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	28	(2005-2006)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	22	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

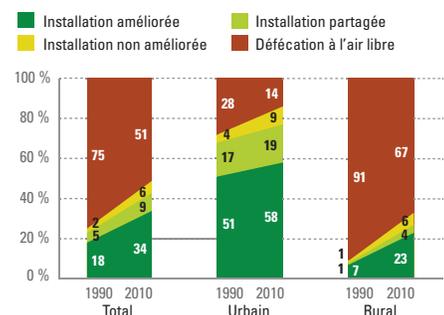
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

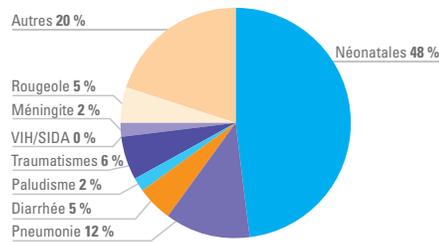
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	48	48	1,0	40	51	0,8	60	54	49	41	25	0,4	■■■■■	NFHS, 2005-2006
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	42	43	1,0	33	46	0,7	57	49	41	34	20	0,3	■■■■■	NFHS, 2005-2006
Prévalence de l'émaciement (%)	21	19	1,1	17	21	0,8	25	22	19	17	13	0,5	■■■■■	NFHS, 2005-2006
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	36	-	25	41	0,6	52	46	38	29	18	0,4	■■■■■	NFHS, 2005-2006
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	13	-	24	7	3,2	2	4	7	15	31	16,9	■■■■■	NFHS, 2005-2006

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	242 326 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	21 199 (2011)
Nombre total de naissances (000)	4 331 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	32 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	134 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	25 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	15 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	18 (2010)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	2 940 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	98,98 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

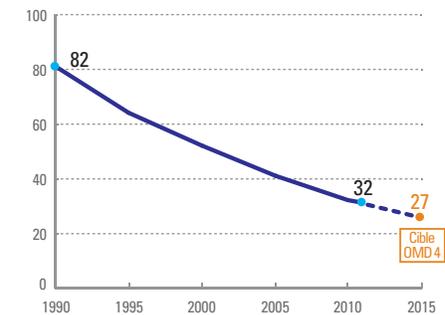
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

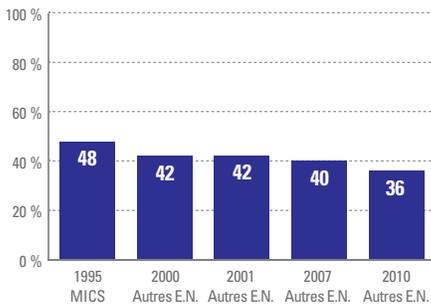
Rang du pays pour le retard de croissance	5
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	5

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	7 547
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	2 820
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	1 272

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	3 795
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	2 968

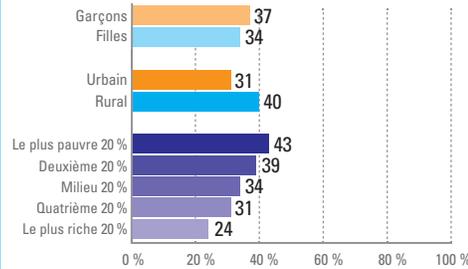
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

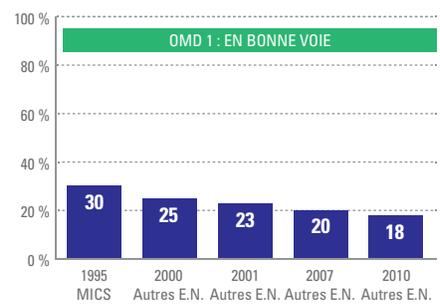
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

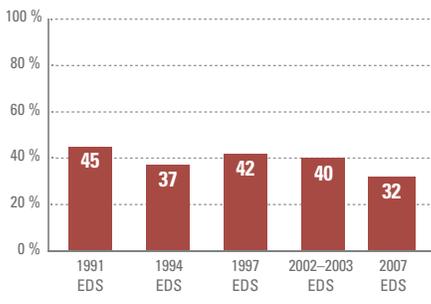
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



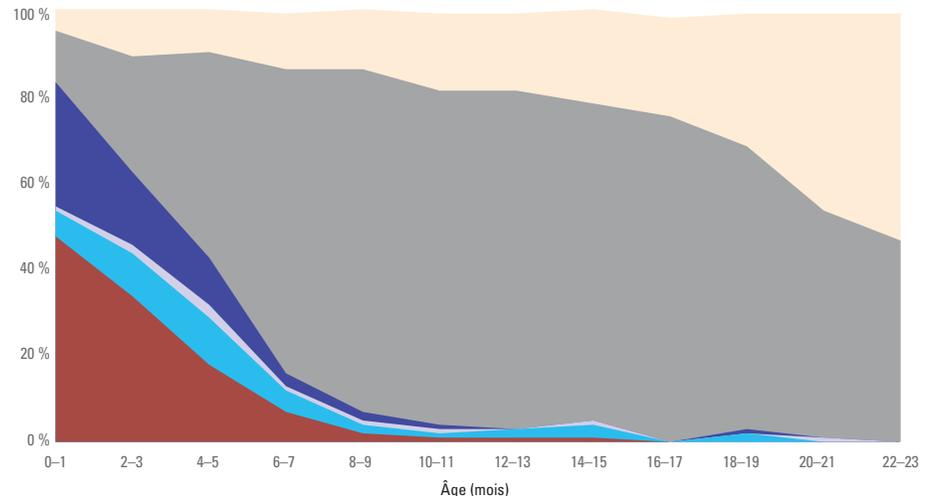
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2007.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 29 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 29 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 62 %	Nourrissons non pesés à la naissance 18 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 32 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 85 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 80 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 76 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

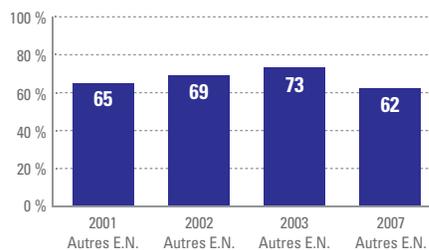
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

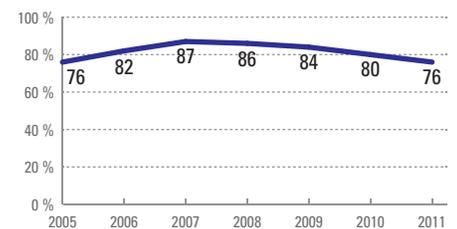
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
1 633 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

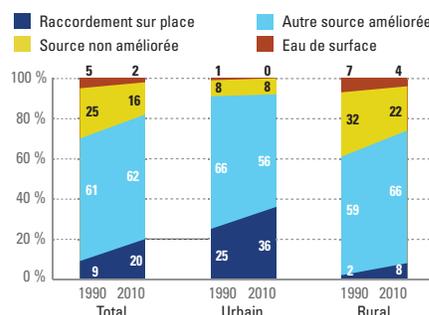
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	220	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	230	(2007)
Nombre total de décès maternels	9 600	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	210	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	-	-
Soins prénatals (au moins une visite, %)	93	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	82	(2007)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	79	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	9	(2007)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	10	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

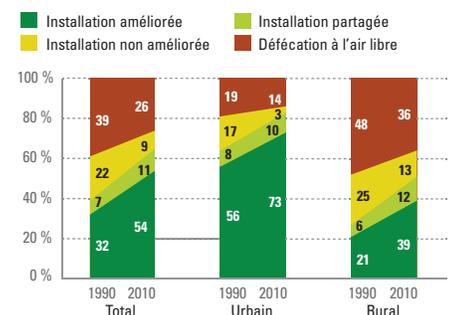
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

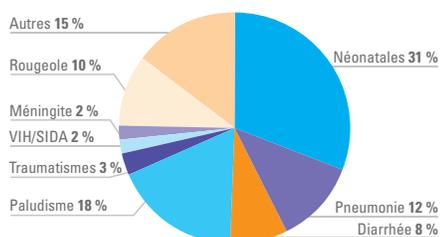
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	37	34	1,1	31	40	0,8	43	39	34	31	24	0,6	■ ■ ■ ■ ■	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	19	17	1,1	15	21	0,7	23	19	18	15	10	0,5	■ ■ ■ ■ ■	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	14	13	1,1	13	14	0,9	15	14	13	12	11	0,7	■ ■ ■ ■ ■	Autres E.N., 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	4 129 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	696 (2011)
Nombre total de naissances (000)	157 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	78 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	12 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	58 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,0 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	84 (2007)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	240 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	28, 32 (2007)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

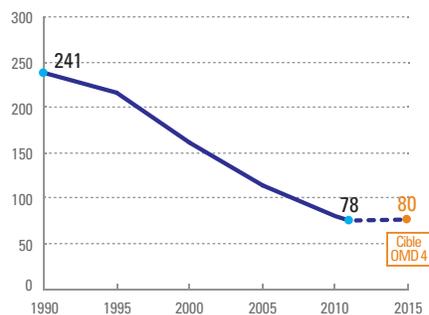
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

Rang du pays pour le retard de croissance	49
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	291
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	19
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	1

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	104
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	27

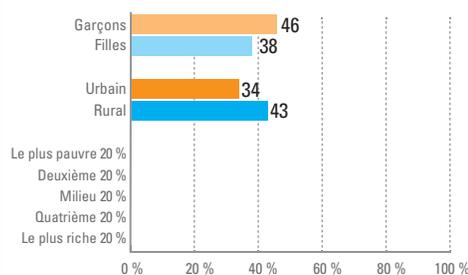
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

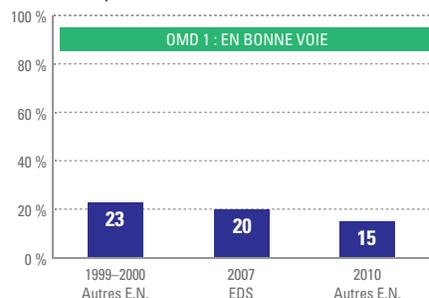
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

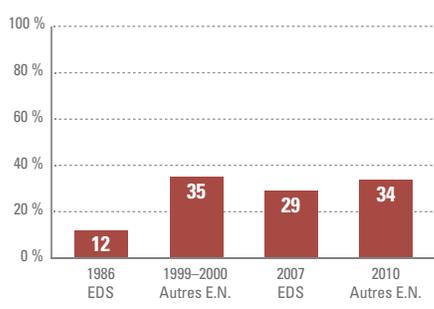
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



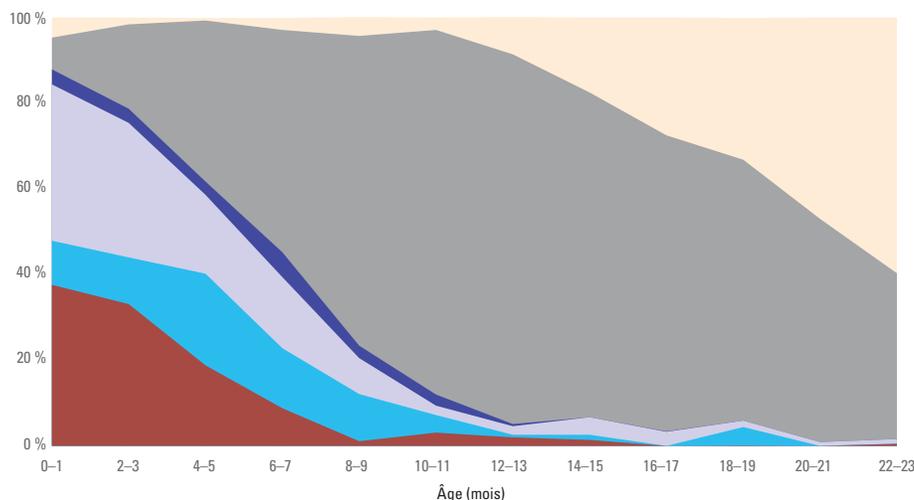
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2007.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 14 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 44 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé -	Nourrissons non pesés à la naissance 85 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 34 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 51 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 89 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 96 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

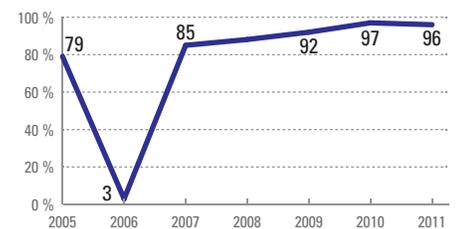
Sel iodé – tendances*

Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé

ABSENCE DE DONNÉES

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

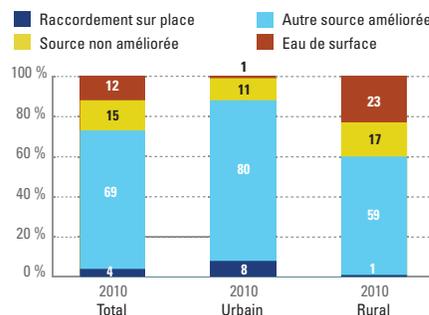
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	770	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	990	(2007)
Nombre total de décès maternels	1 200	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	24	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	8	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	-	-
Soins prénatals (au moins une visite, %)	79	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	66	(2007)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	46	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	14	(2007)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	38	(2009)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010*

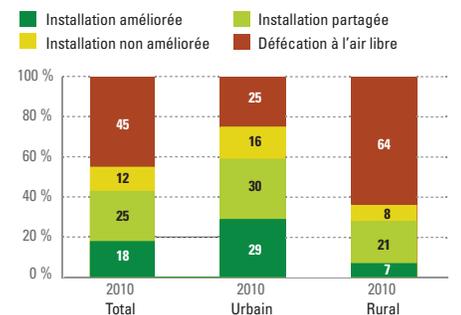


Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

* Données insuffisantes pour créer un graphique de tendances

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010*



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

* Données insuffisantes pour créer un graphique de tendances

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

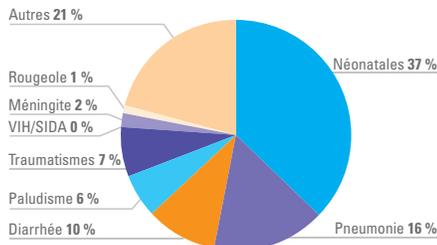
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	46	38	1,2	34	43	0,8	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	17	13	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	8	7	1,0	9	7	1,3	7	8	10	5	8	1,1	----	Autres E.N., 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	21 315 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	3 379 (2011)
Nombre total de naissances (000)	747 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	62 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	45 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	43 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	23 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	81 (2010)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	430 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	80, 78 (2008-2009)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

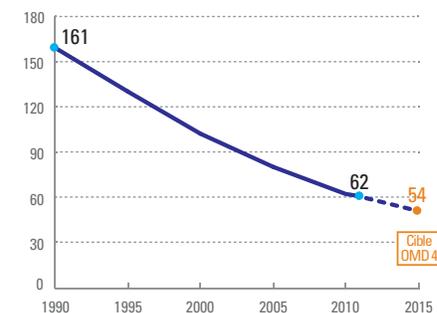
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

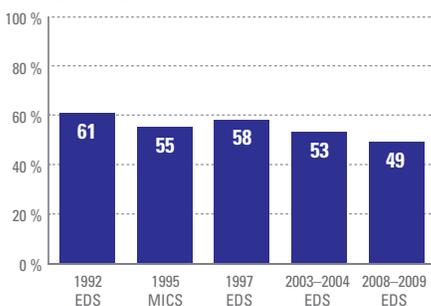
Rang du pays pour le retard de croissance	15
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	1

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 693
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	-
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	-

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	1 216
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	-

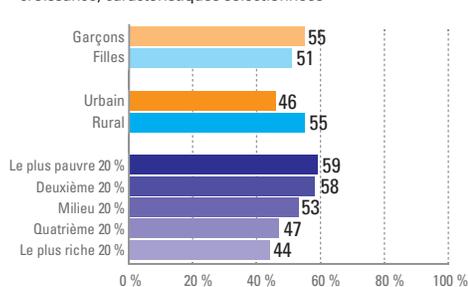
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

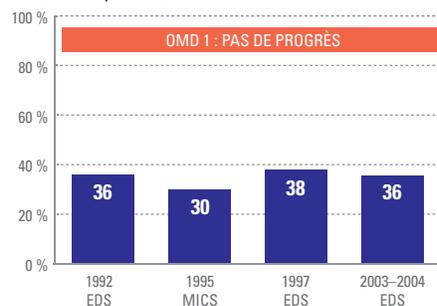
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2003-2004.

Insuffisance pondérale – tendances

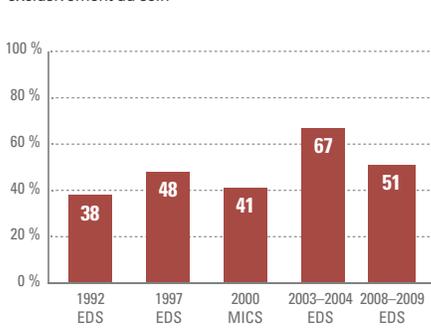
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



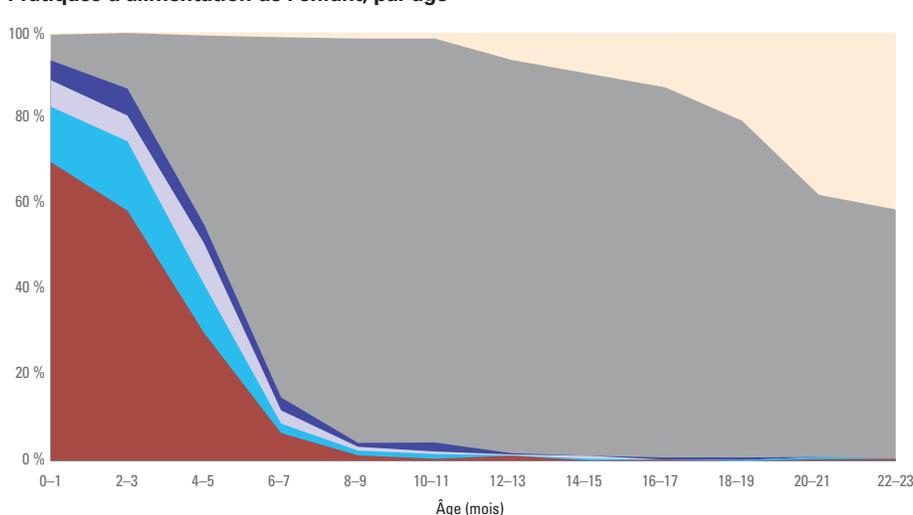
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2008-2009.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

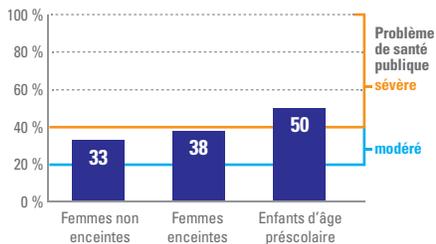
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 8 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 72 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 53 %	Nourrissons non pesés à la naissance 60 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 51 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 86 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 92 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 91 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

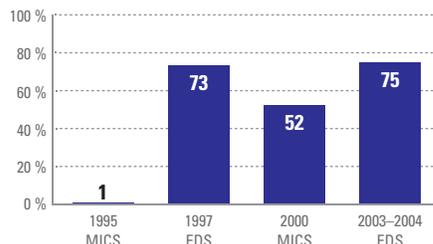
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2008-2009.

Sel iodé – tendances*

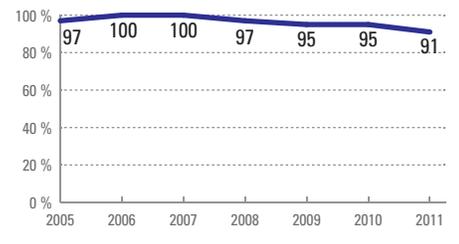
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
354 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

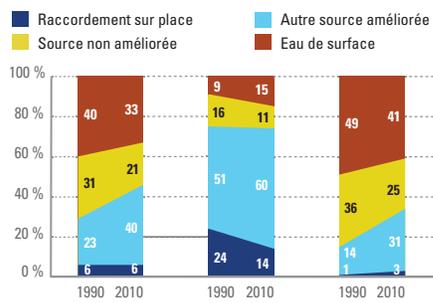
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	240	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	500	(2009)
Nombre total de décès maternels	1 800	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	81	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	27	(2008-2009)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	33	(2008-2009)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	86	(2009)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	49	(2009)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	44	(2009)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	16	(2008-2009)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	36	(2009)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

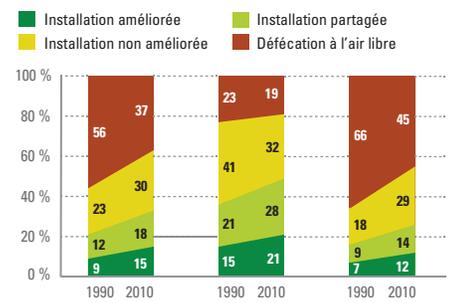
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

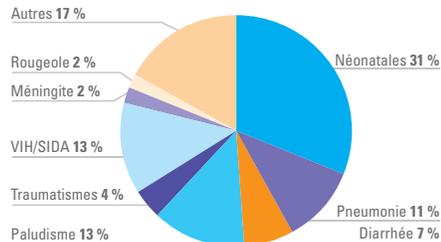
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	55	51	1,1	46	55	0,8	59	58	53	47	44	0,7	■■■■■	EDS, 2003-2004
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	38	33	1,1	31	37	0,8	40	41	39	29	24	0,6	■■■■■	EDS, 2003-2004
Prévalence de l'émaciation (%)	18	12	1,5	14	15	0,9	16	15	15	15	13	0,8	■■■■■	EDS, 2003-2004
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	27	-	21	28	0,8	33	34	28	24	19	0,6	■■■■■	EDS, 2008-2009
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	6	-	13	5	2,7	2	2	3	6	15	8,4	■■■■■	EDS, 2008-2009

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	15 381 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	2 832 (2011)
Nombre total de naissances (000)	686 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	83 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	52 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	53 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	10,0 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	74 (2004)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	340 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	79, 76 (2006)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

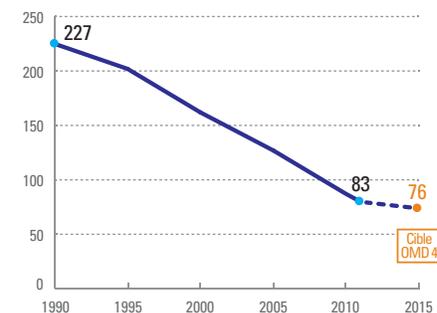
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

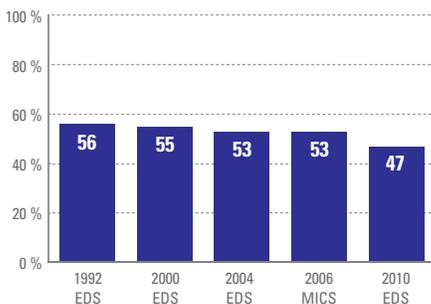
Rang du pays pour le retard de croissance	21
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 334
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	113
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	42

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	363
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	261

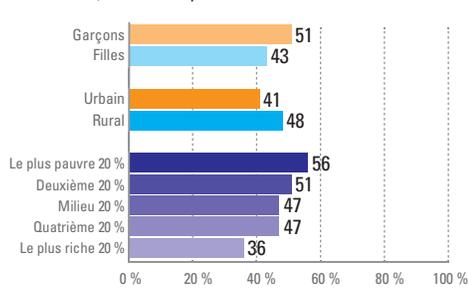
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

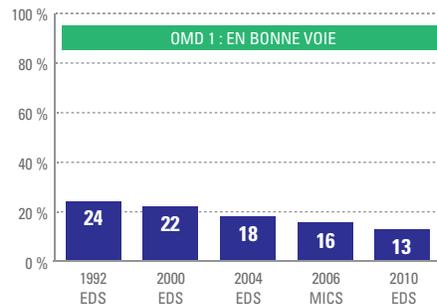
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

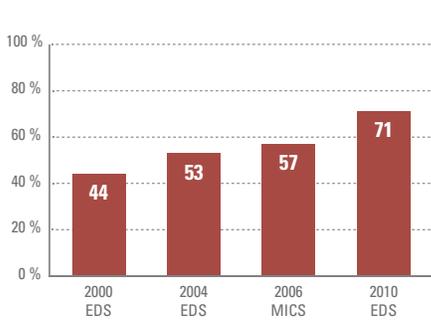
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



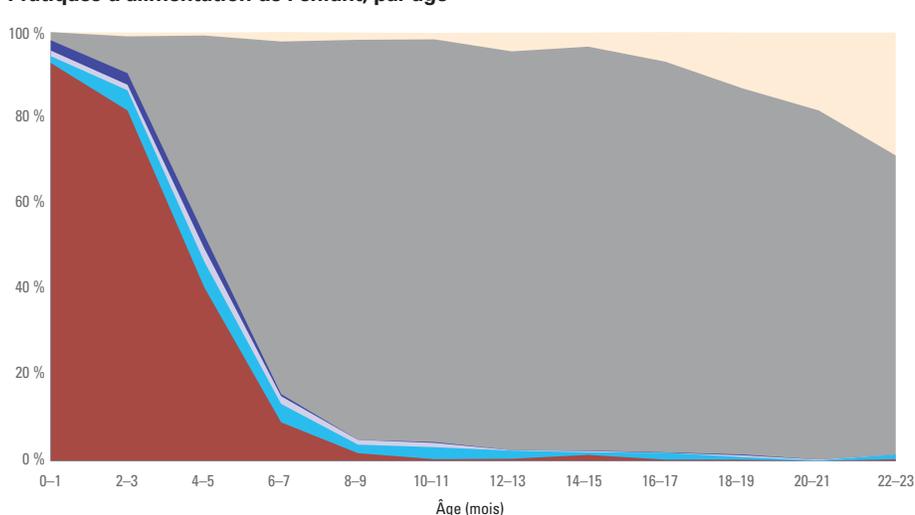
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2010.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

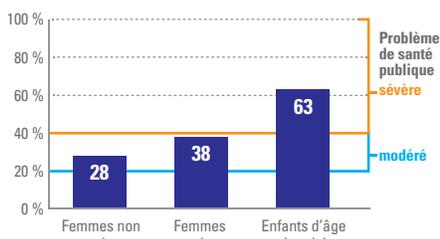
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 32 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 58 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 50 %	Nourrissons non pesés à la naissance 51 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 71 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 86 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 96 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 29 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 19 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 96 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

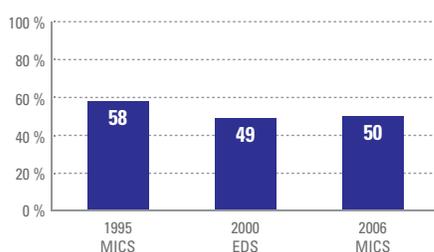
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2010.

Sel iodé – tendances*

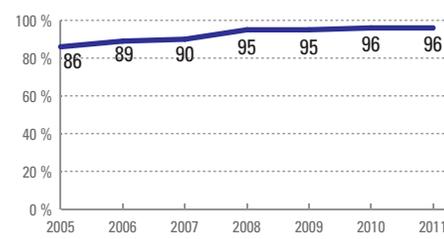
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
345 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

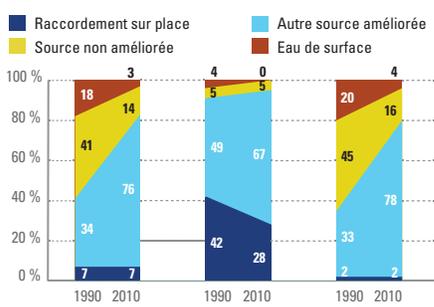
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	460	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	680	(2010)
Nombre total de décès maternels	3 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	36	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	9	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	28	(2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	95	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	46	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	71	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	13	(2006)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	35	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

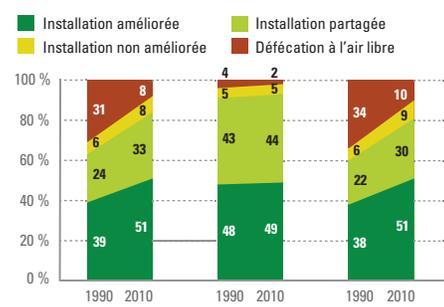
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	51	43	1,2	41	48	0,8	56	51	47	47	36	0,5	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	14	12	1,2	10	13	0,8	17	14	12	14	13	0,8	-----	EDS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	4	4	1,1	2	4	0,6	5	5	5	4	2	0,4	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	9	-	7	9	0,8	10	10	9	8	7	0,7	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	17	-	28	14	2,0	9	13	13	16	29	3,2	-----	EDS, 2010

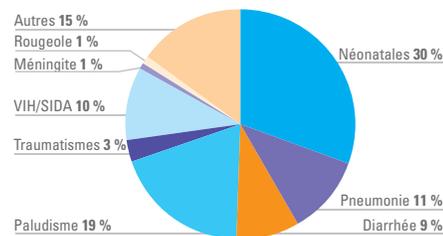
MOZAMBIQUE

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	23 930 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	3 875 (2011)
Nombre total de naissances (000)	889 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	103 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	86 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	72 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	11,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	60 (2008)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	470 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	80, 82 (2008)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

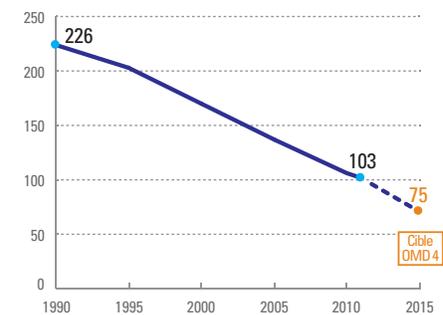
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

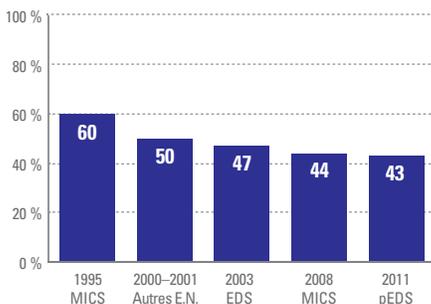
Rang du pays pour le retard de croissance	16
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	1

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 651
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	229
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	81

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	577
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	287

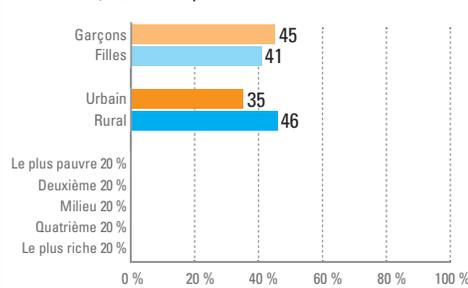
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

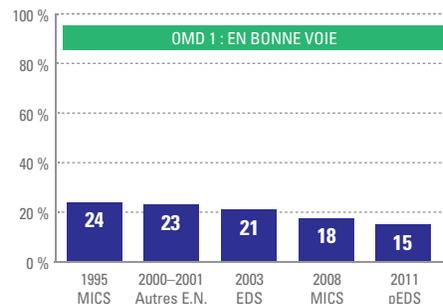
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : pEDS, 2011.

Insuffisance pondérale – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



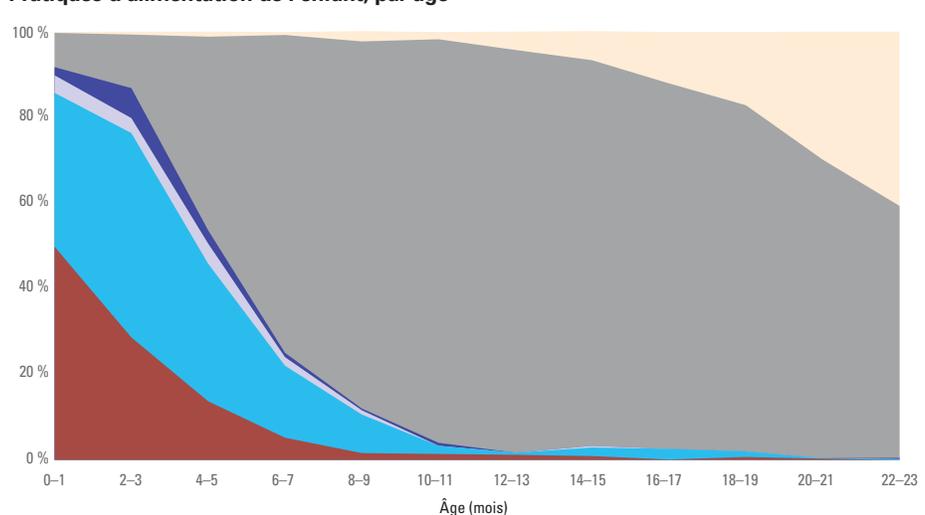
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2003.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 63 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 25 %	Nourrissons non pesés à la naissance 42 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 41 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 86 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 91 %	
			Variété minimale du régime alimentaire	
			Apport alimentaire minimum acceptable	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 100 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

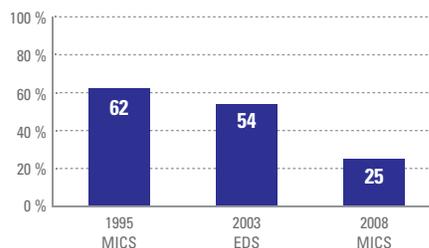
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

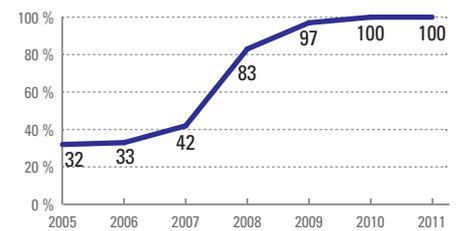
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
666 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

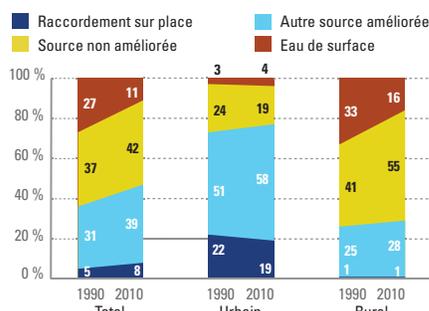
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	490	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	500	(2008)
Nombre total de décès maternels	4 300	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	43	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	–	–
Soins prénatals (au moins une visite, %)	92	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	–	–
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	55	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	16	(2008)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	42	(2003)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

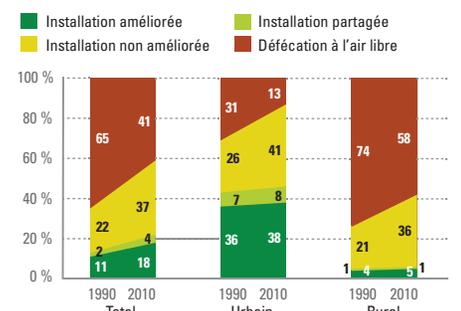
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

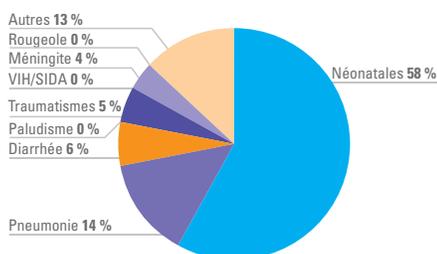
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source	
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre		Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	45	41	1,1	35	46	0,8	–	–	–	–	–	–	–	pEDS, 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	17	13	1,3	10	17	0,6	–	–	–	–	–	–	–	pEDS, 2011
Prévalence de l'émaciation (%)	6	5	1,2	4	7	0,6	–	–	–	–	–	–	–	pEDS, 2011
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	30 486 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	3 450 (2011)
Nombre total de naissances (000)	722 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	48 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	34 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	39 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,3 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	25 (2010)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	540 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	70, 67 (2010-2011)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

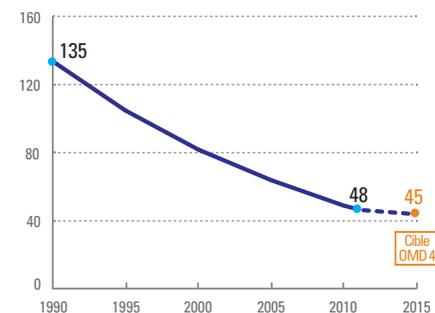
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

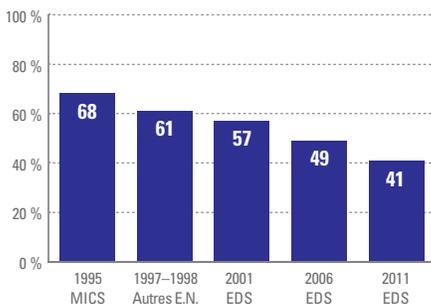
Rang du pays pour le retard de croissance	20
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 397
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	376
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	90

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	993
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	48

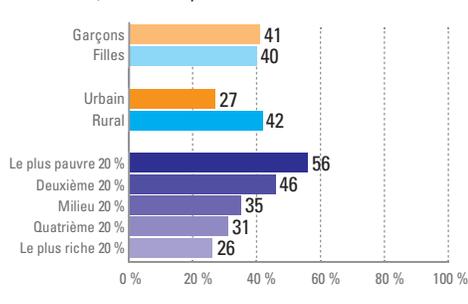
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

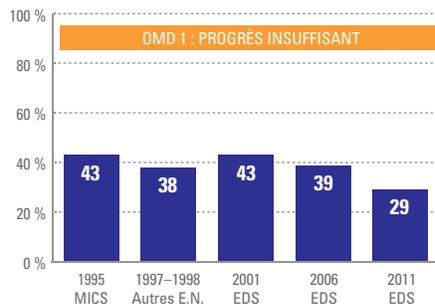
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2011.

Insuffisance pondérale – tendances

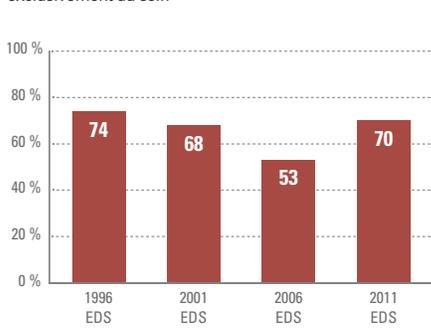
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



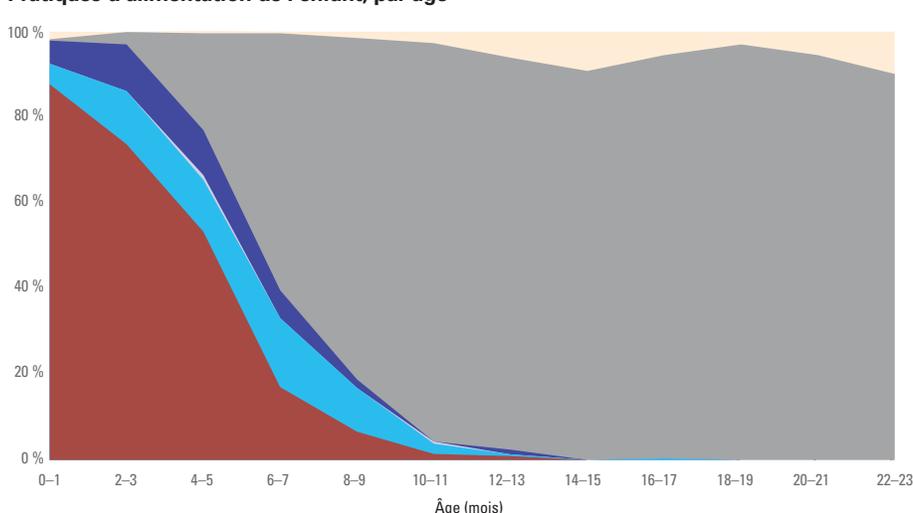
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2011.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

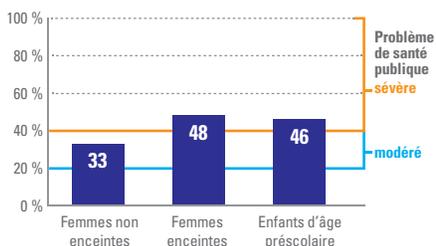
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 56 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 45 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 80 %	Nourrissons non pesés à la naissance 64 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 70 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 66 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 93 %	
			Variété minimale du régime alimentaire 29 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 24 %	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 91 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

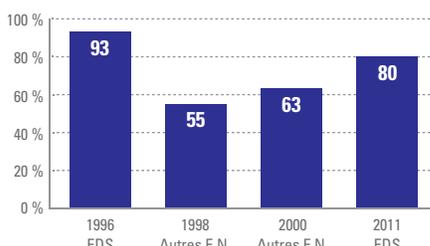
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2011.

Sel iodé – tendances*

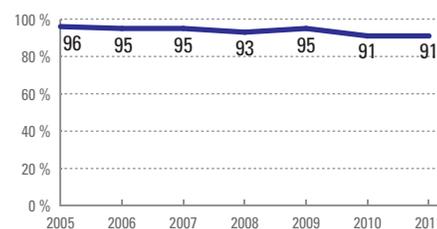
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
144 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

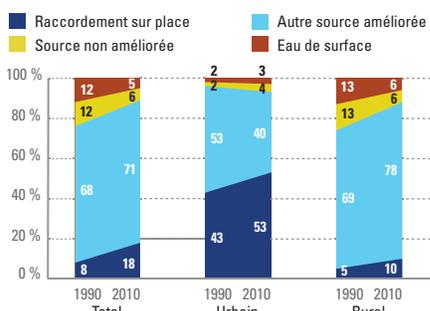
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	170	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	280	(2005)
Nombre total de décès maternels	1 200	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	190	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	18	(2011)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	33	(2011)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	58	(2011)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	50	(2011)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	36	(2011)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	18	(2011)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	19	(2011)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

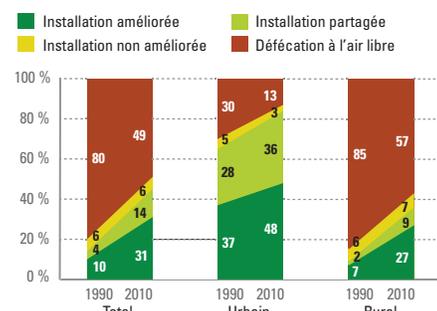
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

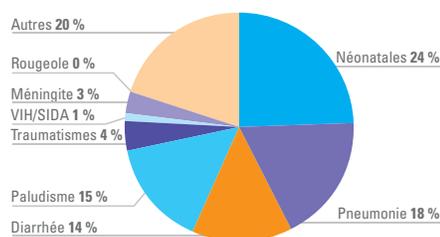
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	41	40	1,0	27	42	0,6	56	46	35	31	26	0,5	■ ■ ■ ■ ■	EDS, 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	30	28	1,1	17	30	0,6	40	32	29	23	10	0,3	■ ■ ■ ■ ■	EDS, 2011
Prévalence de l'émaciation (%)	12	10	1,2	8	11	0,7	13	11	13	9	7	0,6	■ ■ ■ ■ ■	EDS, 2011
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	18	-	14	19	0,8	22	21	22	17	12	0,6	■ ■ ■ ■ ■	EDS, 2011
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	14	-	26	11	2,3	3	6	9	15	30	9,8	■ ■ ■ ■ ■	EDS, 2011

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	16 069 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	3 200 (2011)
Nombre total de naissances (000)	777 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	125 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	89 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	66 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	32 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	0,8 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	44 (2008)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	360 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	31,44 (2006)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

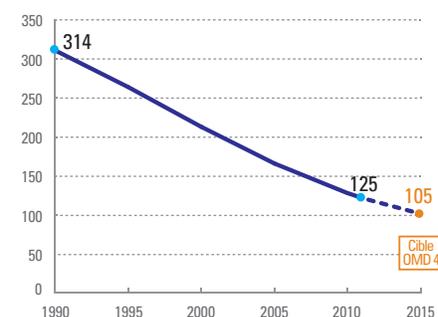
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

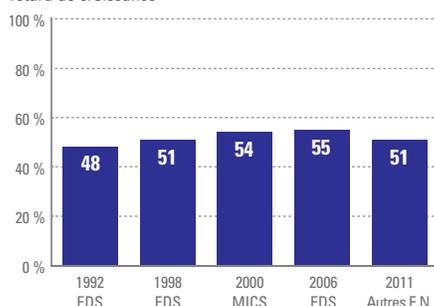
Rang du pays pour le retard de croissance	18
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	1

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 632
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	394
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	61

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	1 232
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	112

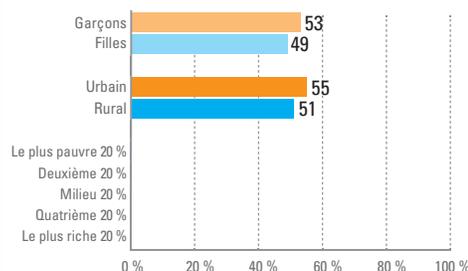
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

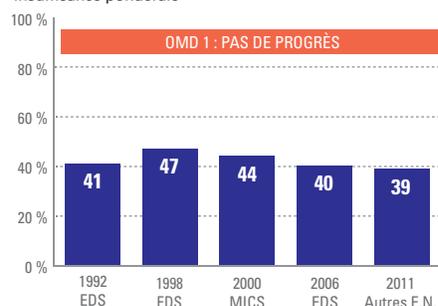
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2011.

Insuffisance pondérale – tendances

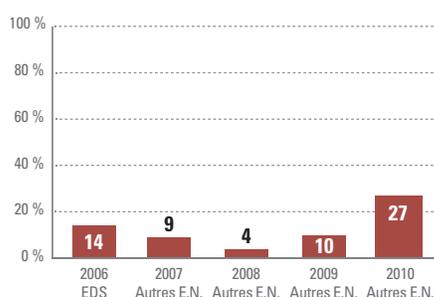
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



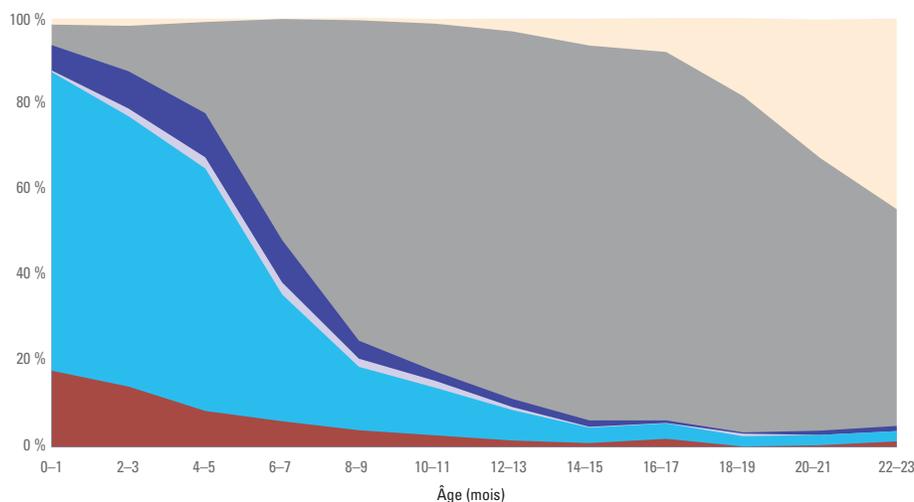
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



■ Sevré (non allaité)
■ Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides
■ Allaitement maternel et substituts du lait maternel
■ Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
■ Allaitement maternel et eau uniquement
■ Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

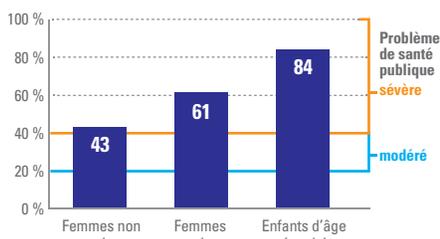
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 14 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 42 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 32 %	Nourrissons non pesés à la naissance 82 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 27 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 65 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 95 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 95 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

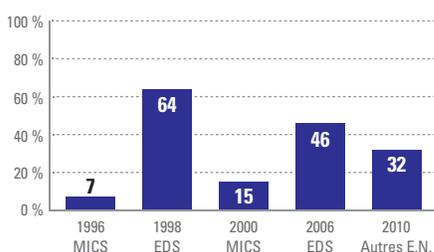
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2006.

Sel iodé – tendances*

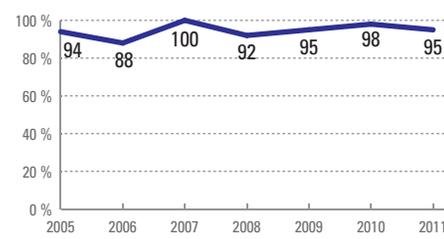
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
528 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

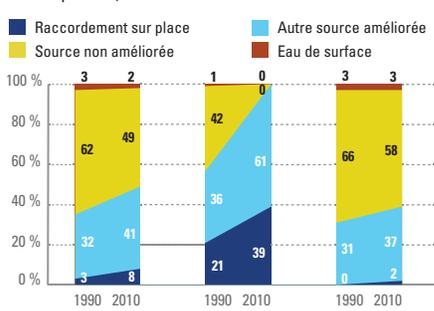
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	590	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	650	(2006)
Nombre total de décès maternels	4 500	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	23	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	19	(2006)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	43	(2006)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	46	(2006)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	15	(2006)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	18	(2006)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	27	(2006)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	51	(2006)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

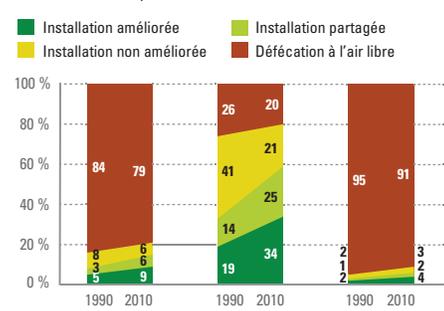
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

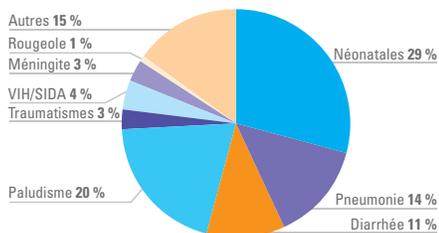
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	53	49	1,1	55	51	1,1	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	40	37	1,1	44	39	1,1	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2011
Prévalence de l'émaciation (%)	14	11	1,3	12	12	1,0	-	-	-	-	-	-	-	Autres E.N., 2011
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	19	-	13	21	0,6	19	20	24	21	13	0,7	-----	EDS, 2006
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	13	-	35	7	4,9	4	5	7	11	33	7,8	-----	EDS, 2006

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	162 471 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	27 215 (2011)
Nombre total de naissances (000)	6 458 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	124 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	756 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	78 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	3,7 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	68 (2010)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	1 200 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	60, 65 (2008)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

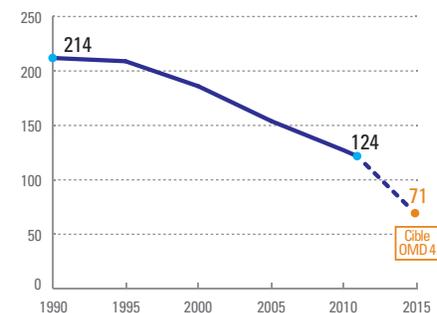
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

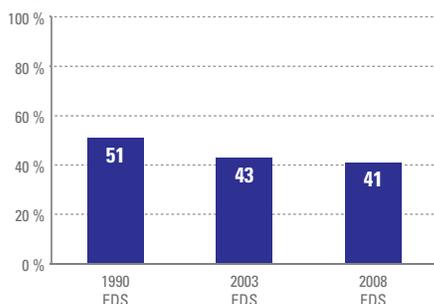
Rang du pays pour le retard de croissance	2
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	7

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	11 049
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	3 783
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	1 905

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	6 287
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	2 858

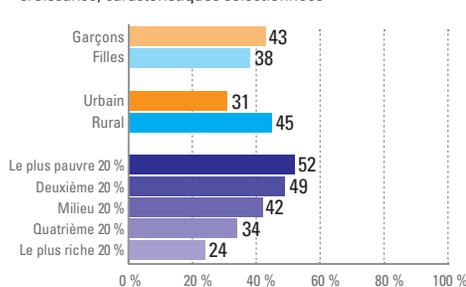
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

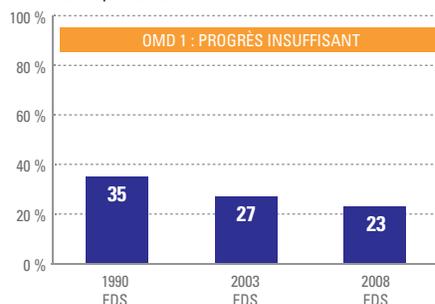
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2008.

Insuffisance pondérale – tendances

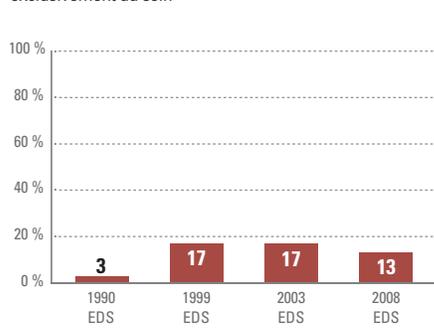
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



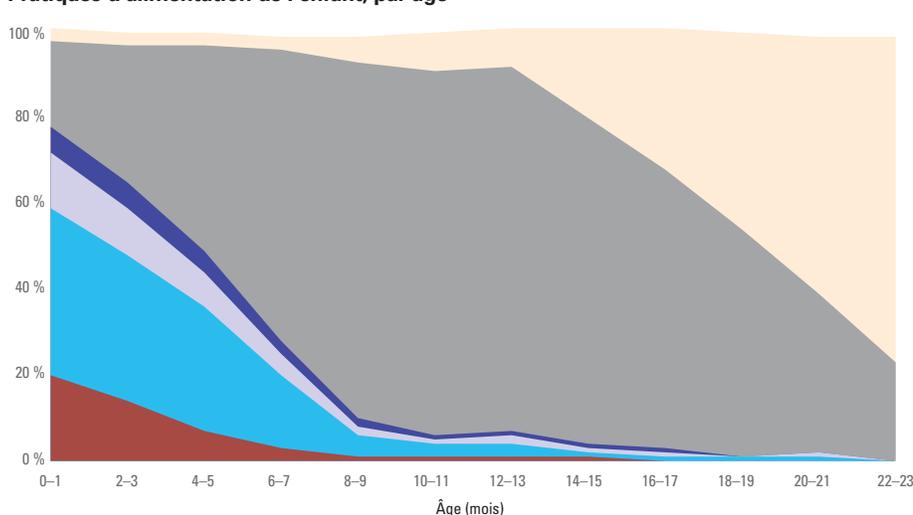
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2008.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 15 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 38 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 52 %	Nourrissons non pesés à la naissance 82 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 13 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 76 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 85 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 73 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

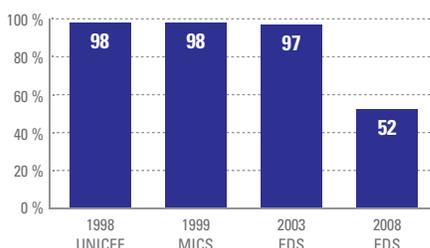
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

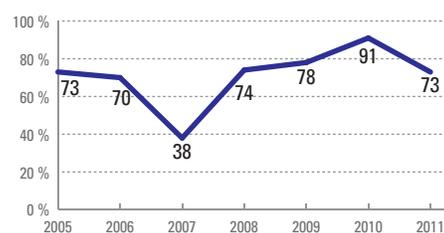
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
3 132 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

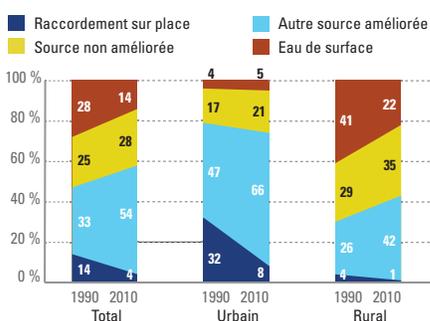
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	630	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	550	(2008)
Nombre total de décès maternels	40 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	29	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	12	(2008)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	-	-
Soins prénatals (au moins une visite, %)	58	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	45	(2008)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	39	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	12	(2008)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	28	(2008)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

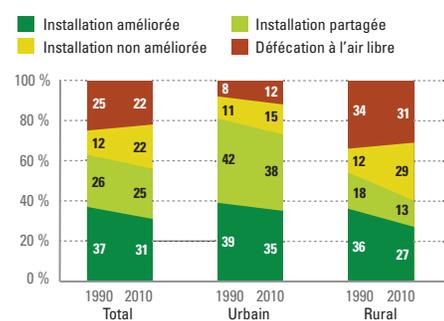
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

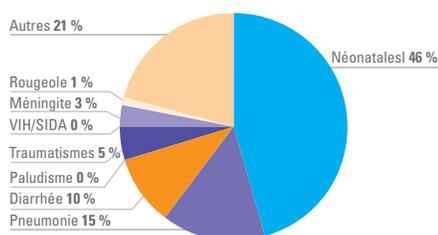
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse						Source	
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre		Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	43	38	1,1	31	45	0,7	52	49	42	34	24	0,5	■■■■■	EDS, 2008
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	25	22	1,1	16	27	0,6	35	29	22	17	10	0,3	■■■■■	EDS, 2008
Prévalence de l'émaciation (%)	14	13	1,1	11	15	0,7	21	17	12	10	9	0,5	■■■■■	EDS, 2008
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	12	-	9	14	0,7	21	15	11	10	7	0,3	■■■■■	EDS, 2008
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	22	-	31	17	1,8	9	13	19	25	38	4,1	■■■■■	EDS, 2008

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	176 745 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	22 113 (2011)
Nombre total de naissances (000)	4 764 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	72 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	352 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	59 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	36 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15–49 ans, %)	0,1 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	21 (2008)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	1 120 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	62, 70 (2006–2007)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

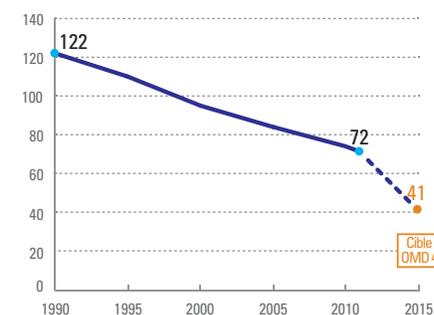
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

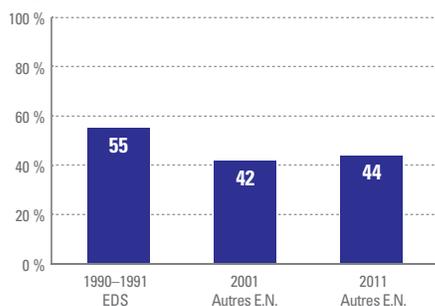
Rang du pays pour le retard de croissance	3
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	6

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	9 663
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	3 339
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	1 283

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	6 965
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	1 415

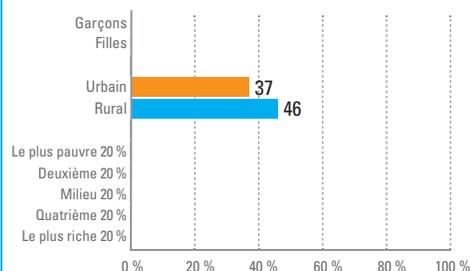
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

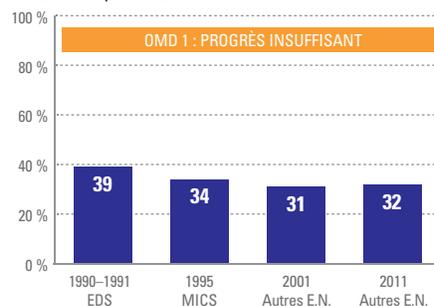
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : Autres E.N., 2011.

Insuffisance pondérale – tendances

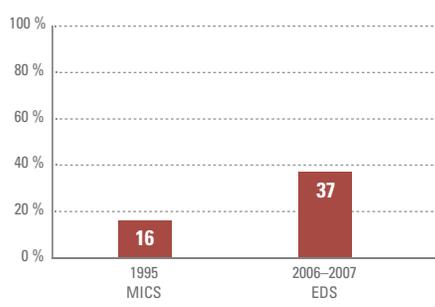
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



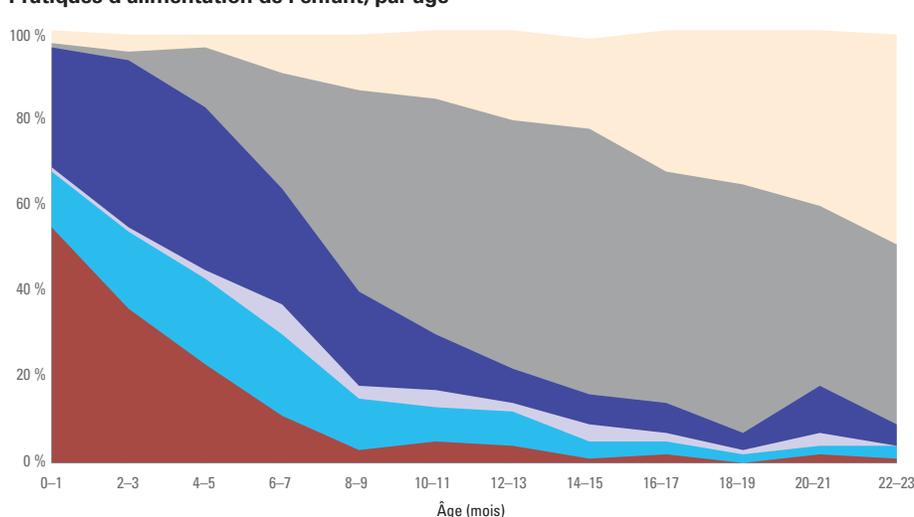
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Sevré (non allaité)	Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides	Allaitement maternel et eau uniquement
Allaitement maternel et substituts du lait maternel	Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 16 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 29 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 36 %	Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 90 %
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 69 %	Nourrissons non pesés à la naissance 90 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 79 %	Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Non
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 37 %	Variété minimale du régime alimentaire 4 %	
			Apport alimentaire minimum acceptable 8 %	

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

MICRONUTRIMENTS

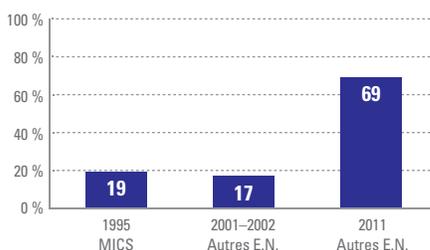
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

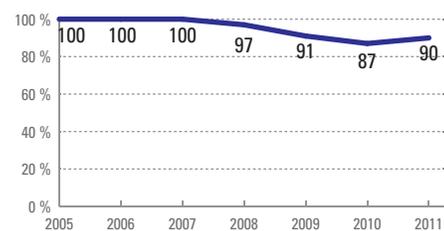
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
1 467 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

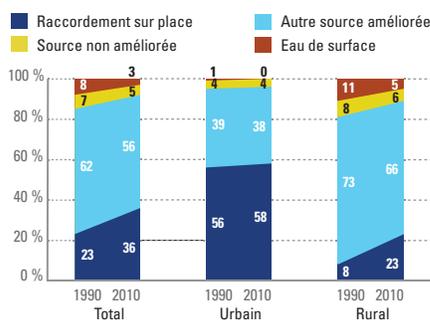
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	260	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	280	(2007)
Nombre total de décès maternels	12 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	110	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	18	(2011)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	—	—
Soins prénatals (au moins une visite, %)	61	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	28	(2007)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	43	(2011)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	32	(2006-2007)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	10	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

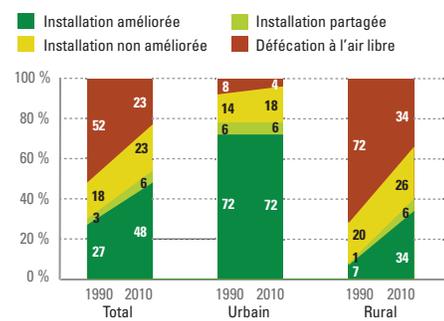
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

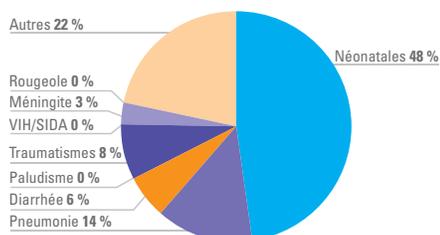
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source	
	Garçons	Filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche	Ratio plus riche/plus pauvre		Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	—	—	37	46	0,8	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2011
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	—	—	27	33	0,8	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2011
Prévalence de l'émaciation (%)	—	—	13	16	0,8	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2011
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	—	18	14	20	0,7	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2011
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	—	29	40	24	1,7	—	—	—	—	—	—	—	Autres E.N., 2011

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	94 852 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	11 151 (2011)
Nombre total de naissances (000)	2 358 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	25 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	57 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	20 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	12 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	<0,1 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	18 (2009)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	2 210 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	89, 88 (2003)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

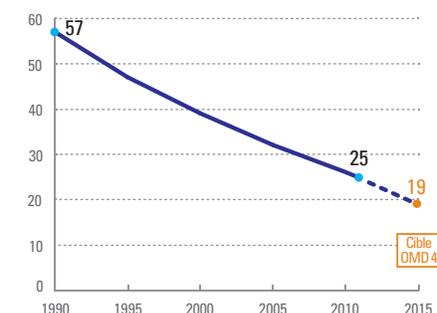
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

Rang du pays pour le retard de croissance	9
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	2

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)

3 602

Émaciation (moins de 5 ans, 000)

769

Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)

–

Progrès vers l'OMD 1

Progrès insuffisant

Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)

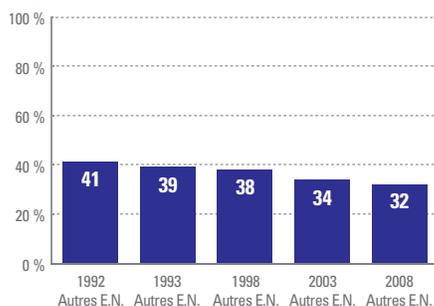
2 409

Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)

368

Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



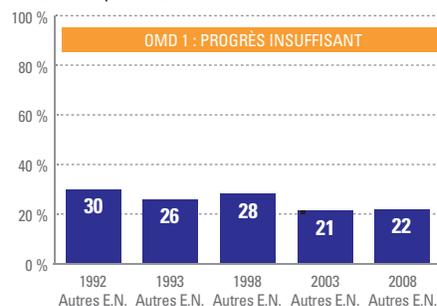
Disparités en matière de retard de croissance

Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées

ABSENCE DE DONNÉES

Insuffisance pondérale – tendances

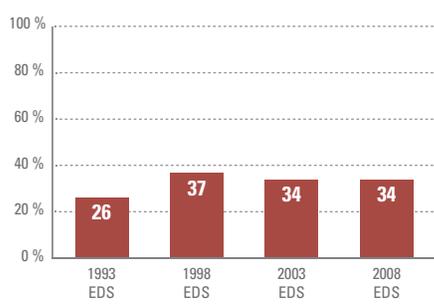
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



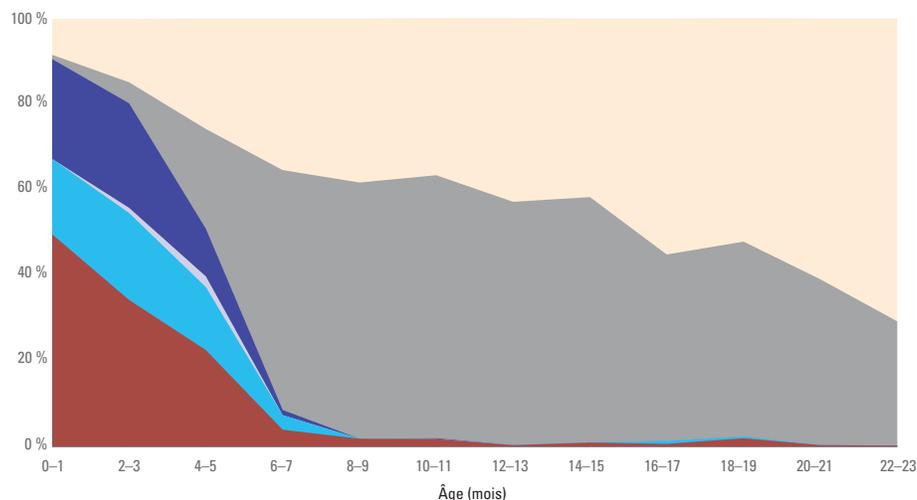
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2008.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 34 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 54 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 45 %	Nourrissons non pesés à la naissance 28 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 34 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 90 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 58 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 91 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Non	

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

MICRONUTRIMENTS

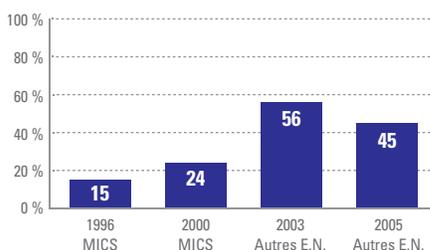
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

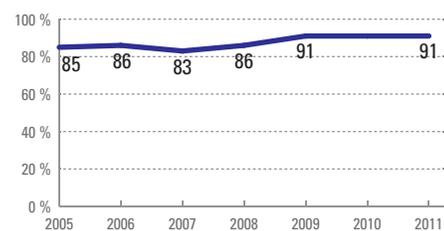
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
1 308 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

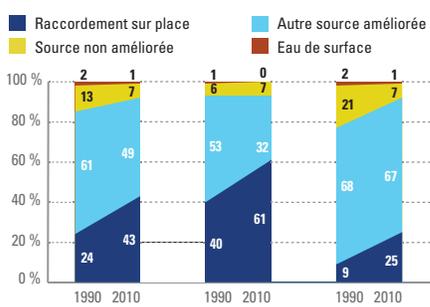
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	99	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	160	(2006)
Nombre total de décès maternels	2 300	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	300	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	-	-
Soins prénatals (au moins une visite, %)	91	(2008)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	78	(2008)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	62	(2008)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	21	(2008)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	7	(2008)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

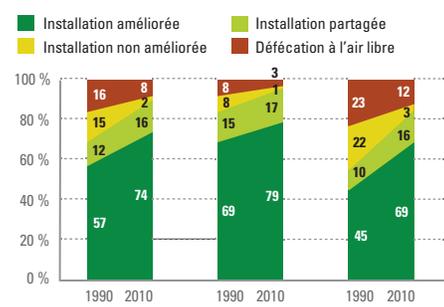
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

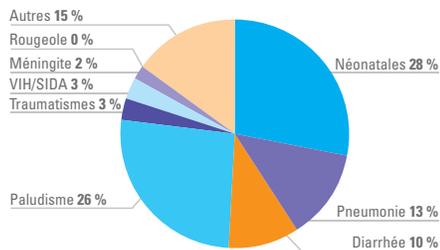
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence de l'émaciation (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

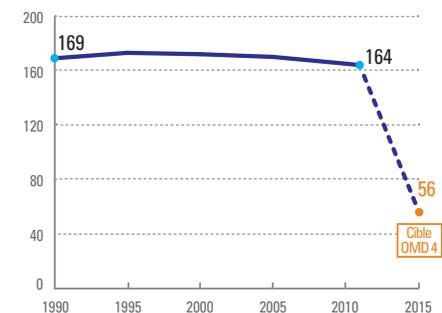
Population totale (000)	4 487 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	659 (2011)
Nombre total de naissances (000)	156 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	164 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	25 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	108 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	46 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	4,6 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	63 (2008)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	470 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	47,56 (2006)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans
Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

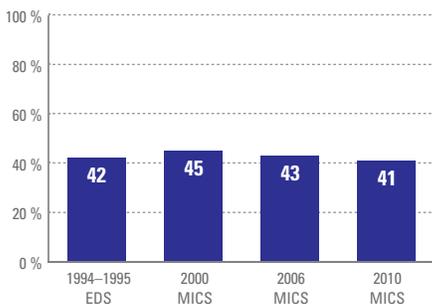
Rang du pays pour le retard de croissance	50
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	270
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	46
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	13

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	158
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	12

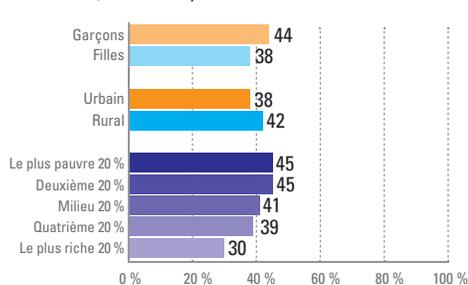
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

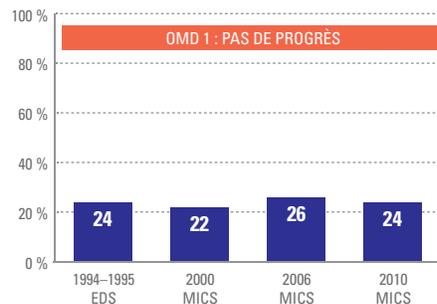
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : MICS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

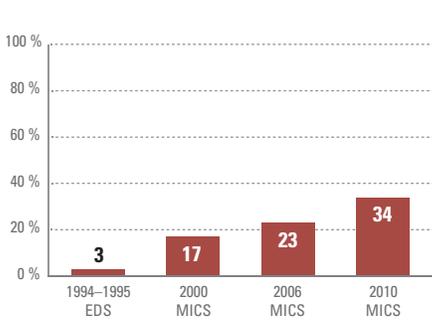
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



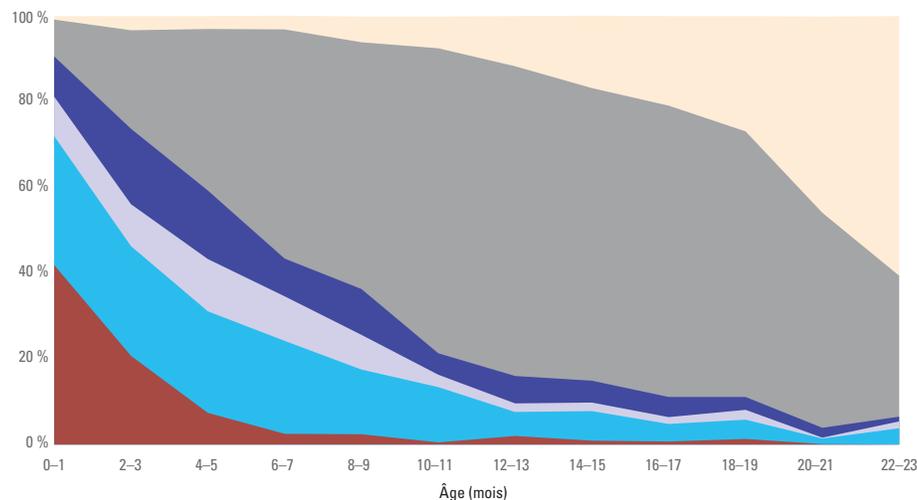
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : MICS, 2010.

- Sevré (non allaité)
- Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides
- Allaitement maternel et substituts du lait maternel
- Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
- Allaitement maternel et eau uniquement
- Allaitement maternel exclusif

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 43 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Non	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT En partie	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 65 %	Nourrissons non pesés à la naissance 39 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 34 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 56 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 86 %	
			Variété minimale du régime alimentaire	
			Apport alimentaire minimum acceptable	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A	0 %
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux	Oui

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

MICRONUTRIMENTS

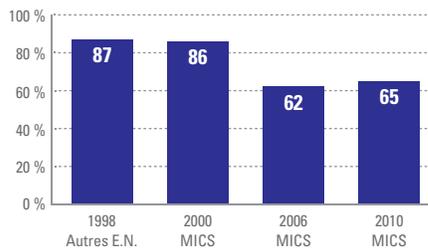
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

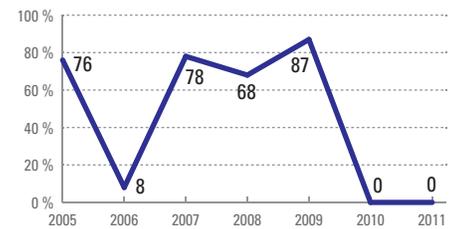
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
55 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

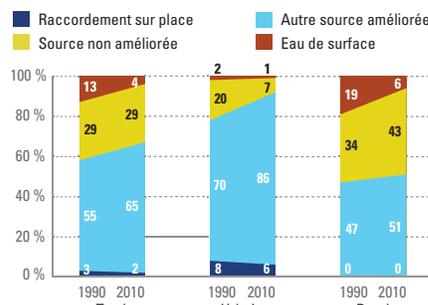
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	890	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	540	(2006)
Nombre total de décès maternels	1 400	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	26	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	–	–
Soins prénatals (au moins une visite, %)	68	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	38	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	54	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	14	(2010)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	45	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

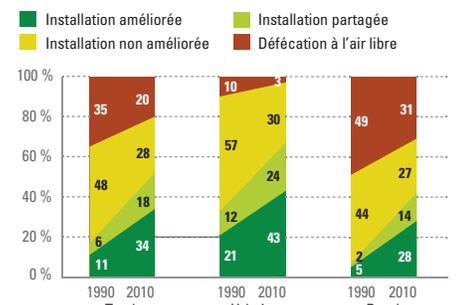
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	44	38	1,2	38	42	0,9	45	45	41	39	30	0,7	■■■■■	MICS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	26	21	1,2	23	24	1,0	26	25	22	24	19	0,7	-----	MICS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	9	6	1,5	8	7	1,1	8	7	6	8	9	1,1	-----	MICS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

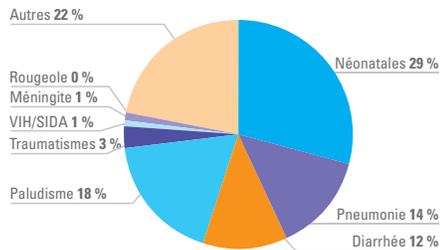
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	67 758 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	12 046 (2011)
Nombre total de naissances (000)	2 912 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	168 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	465 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	111 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	47 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	88 (2006)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	190 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	72, 78 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

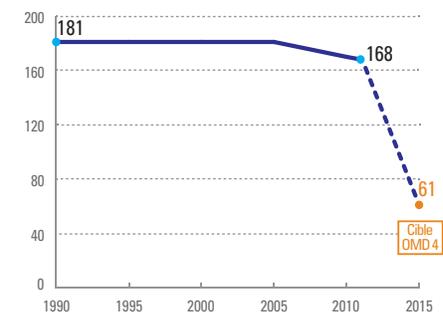
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

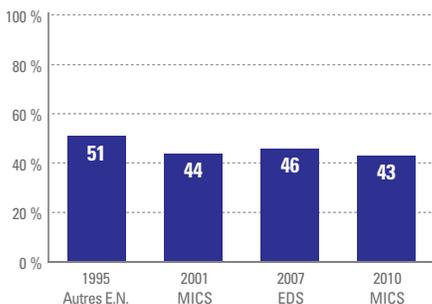
Rang du pays pour le retard de croissance	8
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	3

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	5 228
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	1 024
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	337

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	2 915
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	-

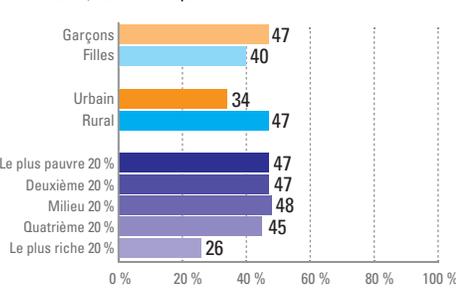
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

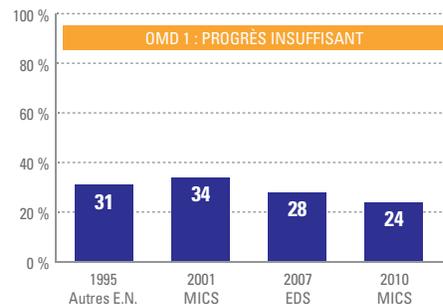
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : MICS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

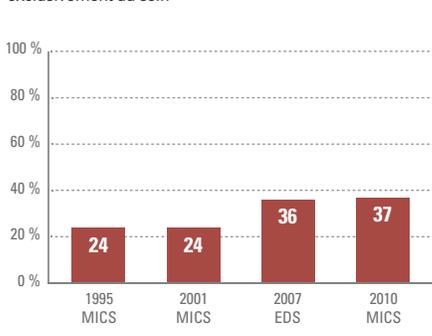
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



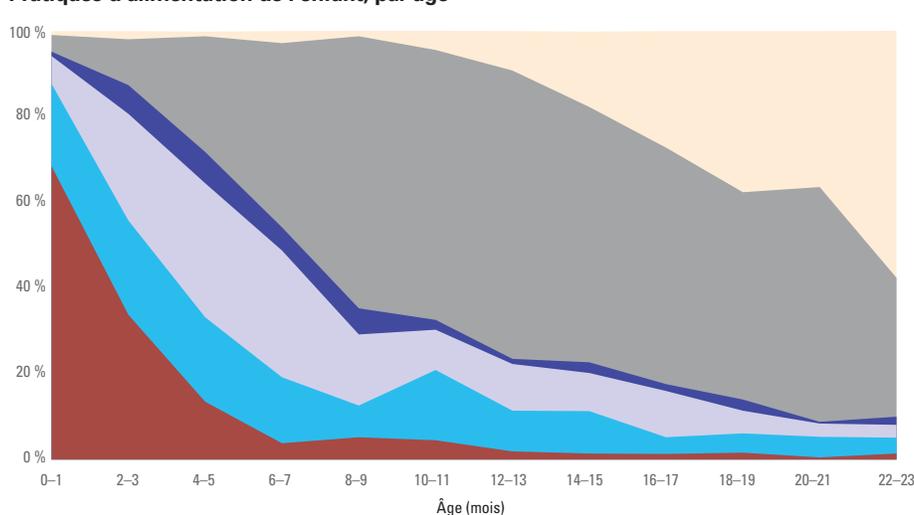
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



- Sevré (non allaité)
- Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides
- Allaitement maternel et substituts du lait maternel
- Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
- Allaitement maternel et eau uniquement
- Allaitement maternel exclusif

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

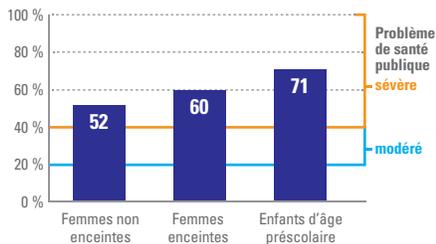
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 2 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 43 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 59 %	Nourrissons non pesés à la naissance 30 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 37 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 52 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 87 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 98 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

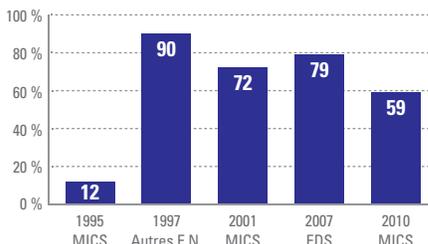
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2007.

Sel iodé – tendances*

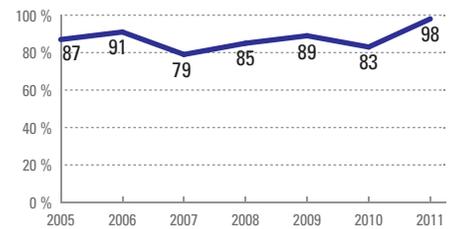
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
1 206 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

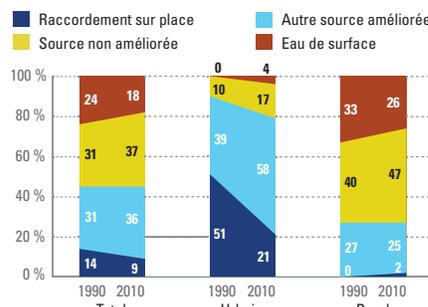
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	540	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	550	(2007)
Nombre total de décès maternels	15 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	30	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	19	(2007)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	52	(2007)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	89	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	45	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	80	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	10	(2010)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	25	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

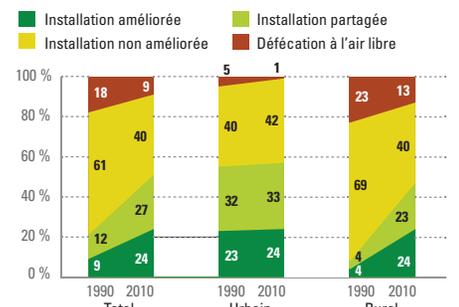
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	47	40	1,2	34	47	0,7	47	47	48	45	26	0,6	■■■■■	MICS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	27	21	1,3	17	27	0,6	29	28	27	21	12	0,4	-----	MICS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	10	8	1,3	7	9	0,8	10	9	10	6	7	0,7	-----	MICS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	19	-	16	21	0,8	23	20	21	15	15	0,7	-----	EDS, 2007
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	11	-	18	6	2,9	6	6	7	13	23	3,8	-----	EDS, 2007

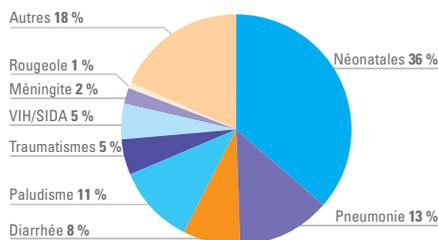
RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	46 218 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	8 273 (2011)
Nombre total de naissances (000)	1 913 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	68 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	122 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	45 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	25 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	5,8 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	68 (2007)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	540 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	82, 79 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

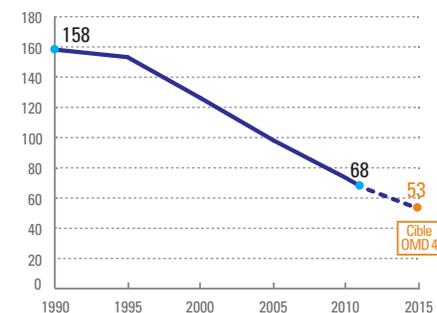
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

Rang du pays pour le retard de croissance	10
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	2

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	3 475
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	397
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	99

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	1 307
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	455

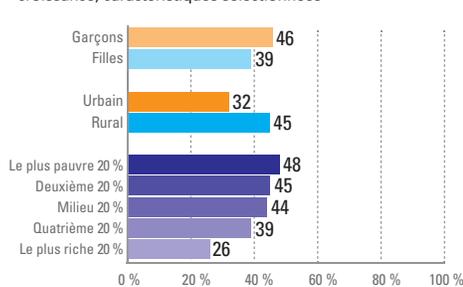
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

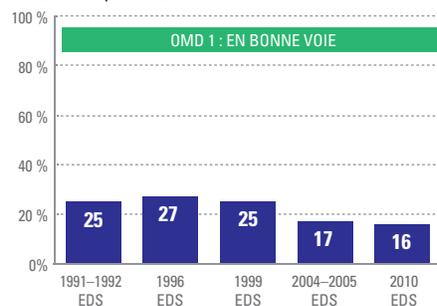
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

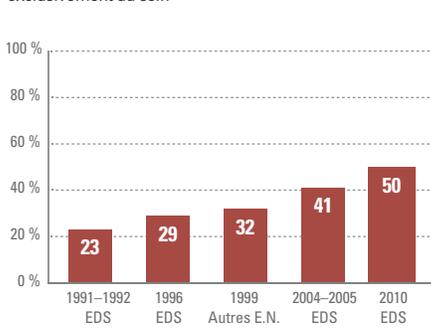
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



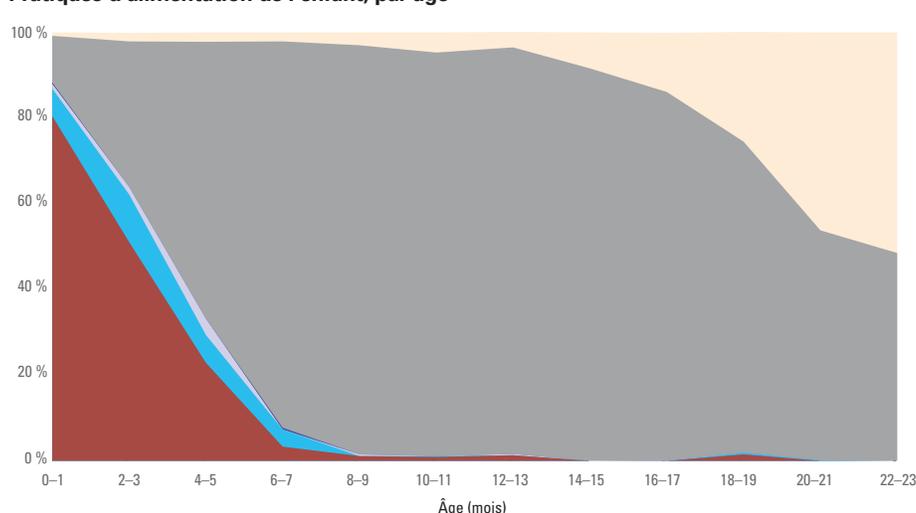
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2010.

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

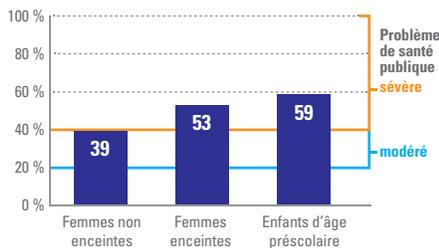
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 4 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 49 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Oui	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 59 %	Nourrissons non pesés à la naissance 47 %	Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 50 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 92 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 94 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 97 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

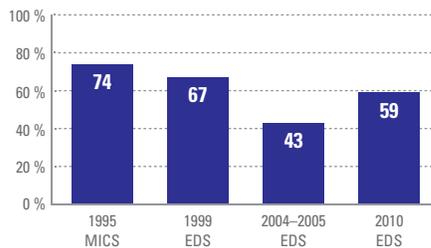
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2010.

Sel iodé – tendances*

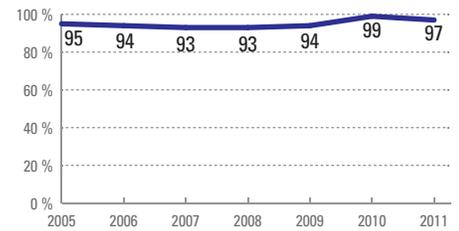
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
794 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

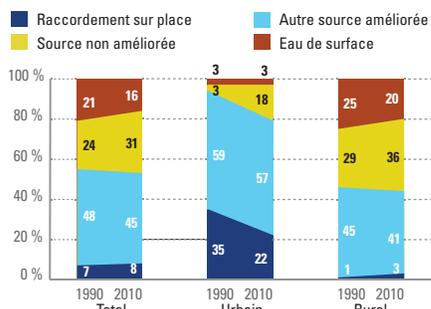
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	460	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	450	(2010)
Nombre total de décès maternels	8 500	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	38	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	11	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	39	(2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	88	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	43	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	49	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	8	(2010)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	28	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

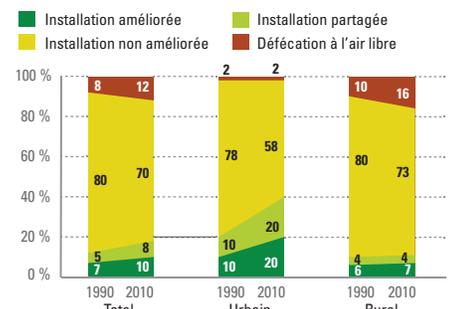
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

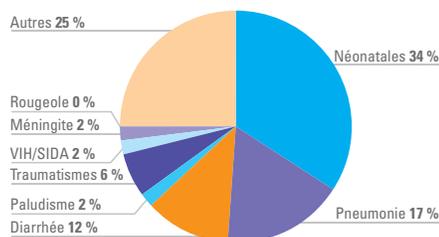
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	46	39	1,2	32	45	0,7	48	45	44	39	26	0,5	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	17	14	1,2	11	17	0,7	22	18	14	13	9	0,4	-----	EDS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	6	4	1,4	5	5	1,0	7	4	4	4	5	0,7	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	11	-	8	13	0,6	18	13	13	9	7	0,4	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	22	-	36	15	2,4	8	11	14	25	41	5,0	-----■	EDS, 2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	10 943 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	1 912 (2011)
Nombre total de naissances (000)	449 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	54 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	23 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	38 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	21 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	2,9 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	63 (2011)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	570 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	89, 86 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

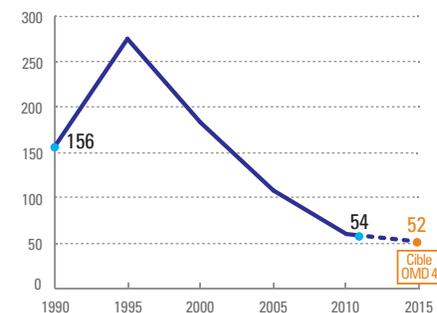
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

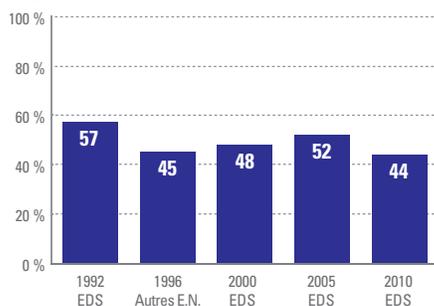
Rang du pays pour le retard de croissance	29
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	845
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	54
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	15

Progrès vers l'OMD 1	En bonne voie
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	218
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	128

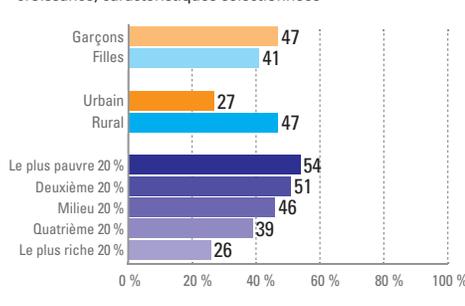
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

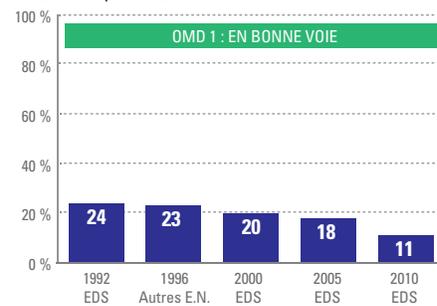
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

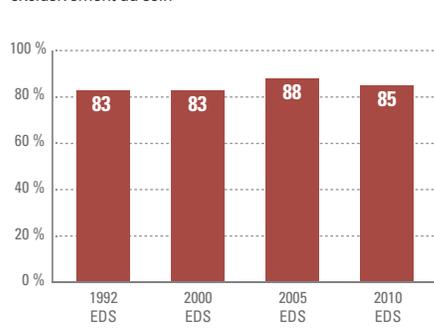
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



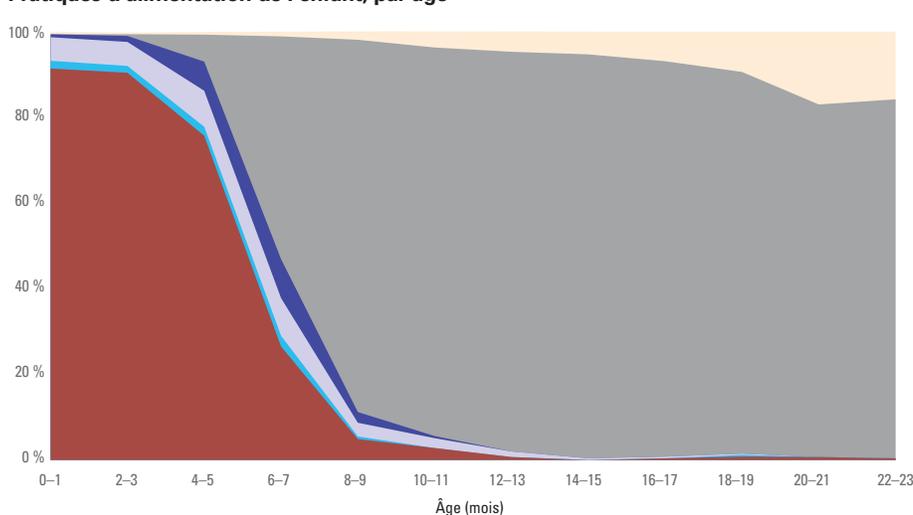
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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

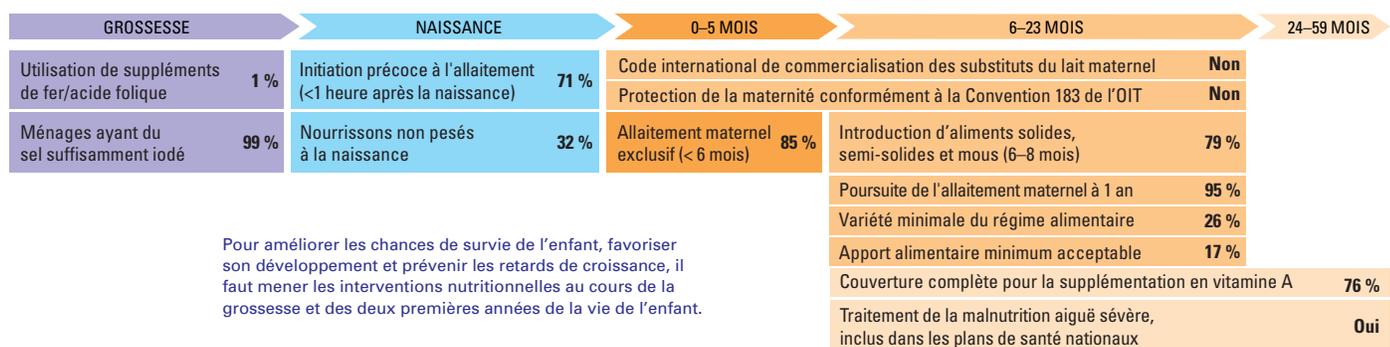


Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Sevré (non allaité)	Allaitement maternel et liquides qui ne sont pas du lait
Allaitement maternel et aliments solides ou semi-solides	Allaitement maternel et eau uniquement
Allaitement maternel et substituts du lait maternel	Allaitement maternel exclusif

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

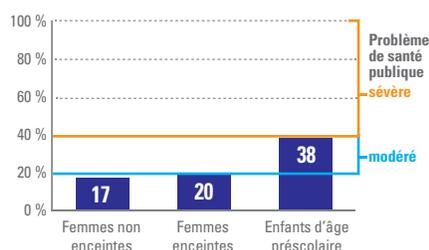


Pour améliorer les chances de survie de l'enfant, favoriser son développement et prévenir les retards de croissance, il faut mener les interventions nutritionnelles au cours de la grossesse et des deux premières années de la vie de l'enfant.

MICRONUTRIMENTS

Anémie

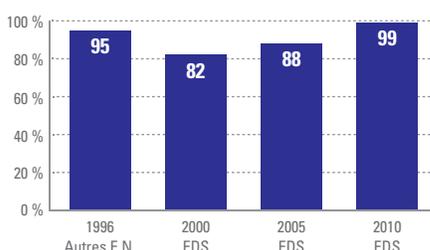
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2010.

Sel iodé – tendances*

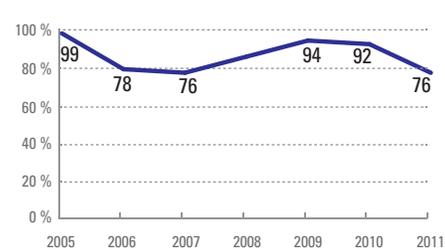
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
3 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

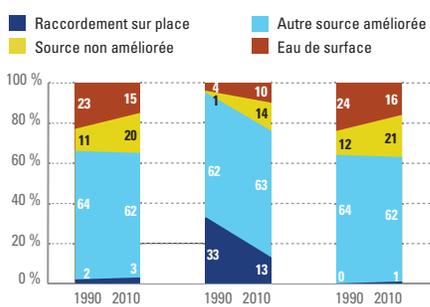
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	340	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	480	(2010)
Nombre total de décès maternels	1 500	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	54	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	7	(2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	17	(2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	98	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	35	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	69	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	7	(2010)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	5	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

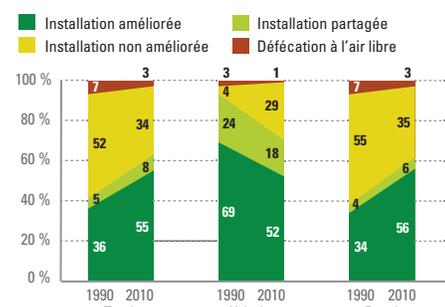
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

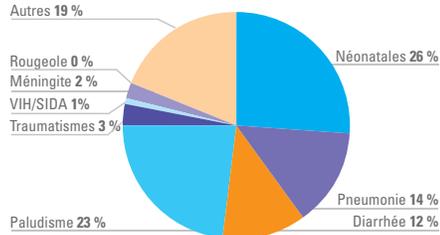
Indicateurs	Sexe			Habitation			Quintile de richesse					Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	47	41	1,2	27	47	0,6	54	51	46	39	26	0,5	■■■■■	EDS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	13	10	1,3	6	12	0,5	16	14	11	9	5	0,3	-----	EDS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	3	2	1,4	4	3	1,3	4	3	2	2	3	0,8	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	7	-	7	7	0,9	10	9	7	7	5	0,5	-----	EDS, 2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	16	-	25	15	1,7	11	10	14	18	28	2,6	■■■■■	EDS, 2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	5 997 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	985 (2011)
Nombre total de naissances (000)	227 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	185 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	42 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	119 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	49 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	1,6 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	53 (2003)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	340 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	76, 73 (2010)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

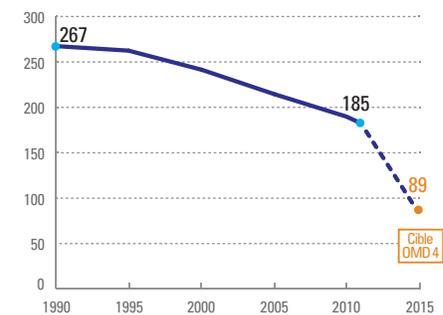
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

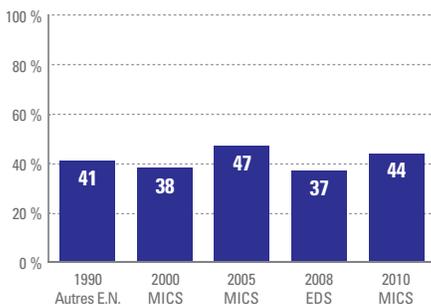
Rang du pays pour le retard de croissance	45
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	438
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	84
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	32

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	214
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	100

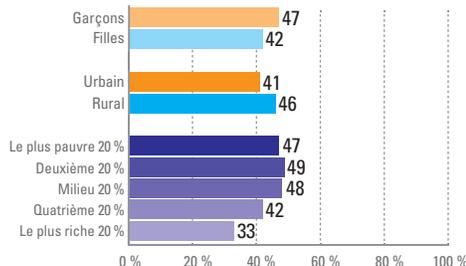
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

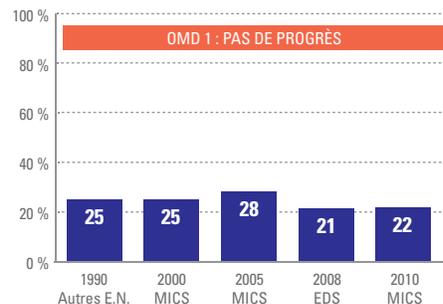
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : MICS, 2010.

Insuffisance pondérale – tendances

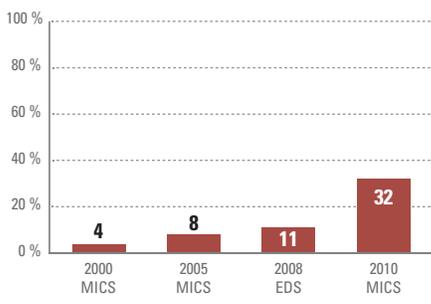
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



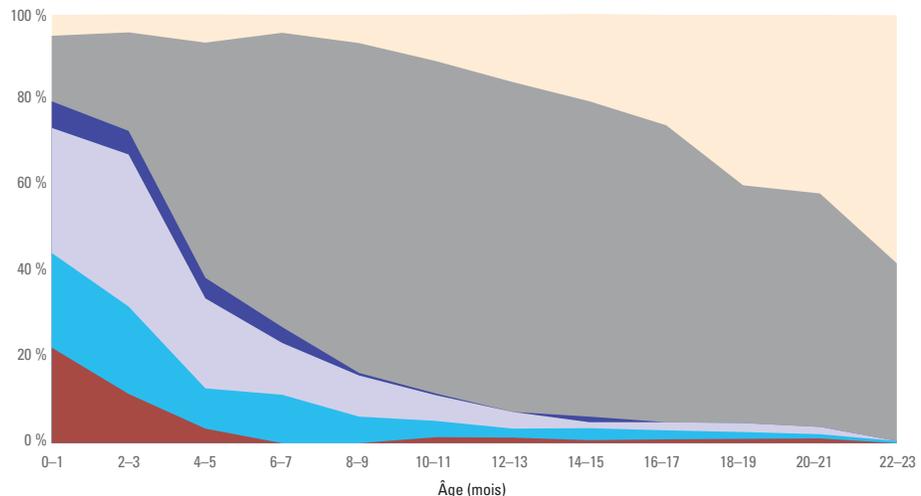
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2008.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

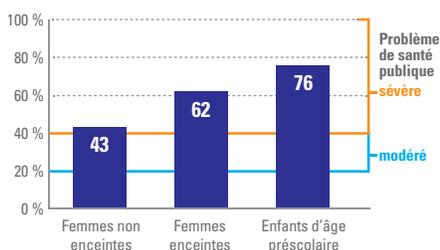
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 17 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 45 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Non		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 63 %	Nourrissons non pesés à la naissance 60 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 32 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 25 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 84 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 99 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

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



Source : EDS, 2008.

Sel iodé – tendances*

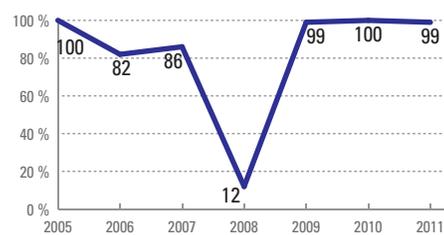
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
85 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

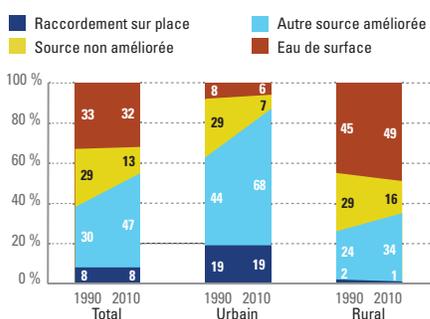
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	890	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	860	(2008)
Nombre total de décès maternels	2 000	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	23	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	11	(2008)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	43	(2008)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	93	(2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	75	(2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	63	(2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	11	(2010)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	38	(2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

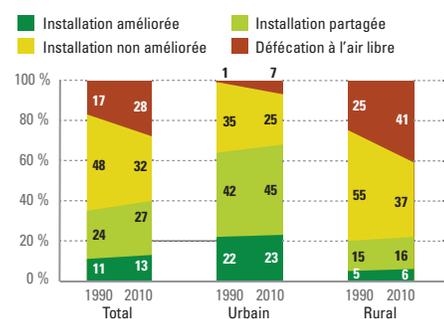
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	47	42	1,1	41	46	0,9	47	49	48	42	33	0,7	■■■■■	MICS, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	24	20	1,2	20	22	0,9	22	25	24	20	15	0,7	-----	MICS, 2010
Prévalence de l'émaciation (%)	10	7	1,3	10	8	1,2	8	8	9	8	9	1,1	-----	MICS, 2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	11	-	8	13	0,6	14	14	11	9	9	0,6	-----	EDS, 2008
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	30	-	42	23	1,8	26	20	26	32	42	1,6	■■■■■	EDS, 2008

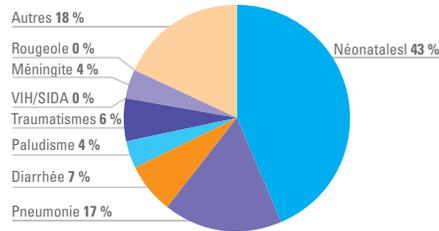
TIMOR-LESTE

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	1 154 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	202 (2011)
Nombre total de naissances (000)	44 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	54 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	2 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	46 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	-
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	37 (2007)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	2 730 (2010)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	73, 71 (2009)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

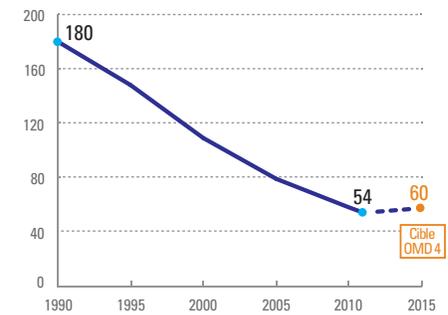
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

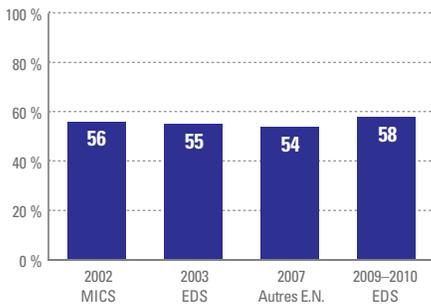
Rang du pays pour le retard de croissance	54
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	118
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	38
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	14

Progrès vers l'OMD 1	Pas de progrès
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	90
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	12

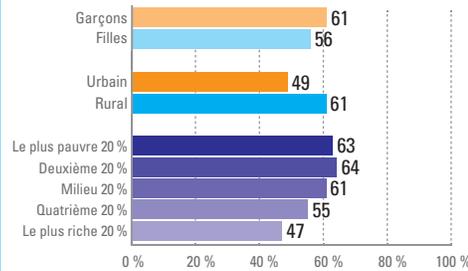
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

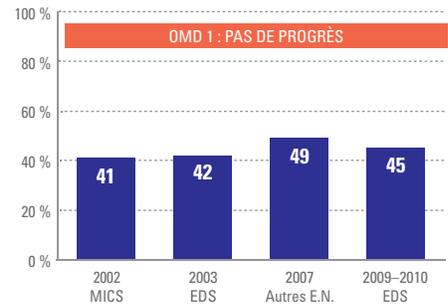
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2009-2010.

Insuffisance pondérale – tendances

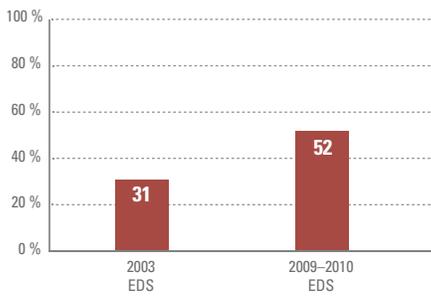
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



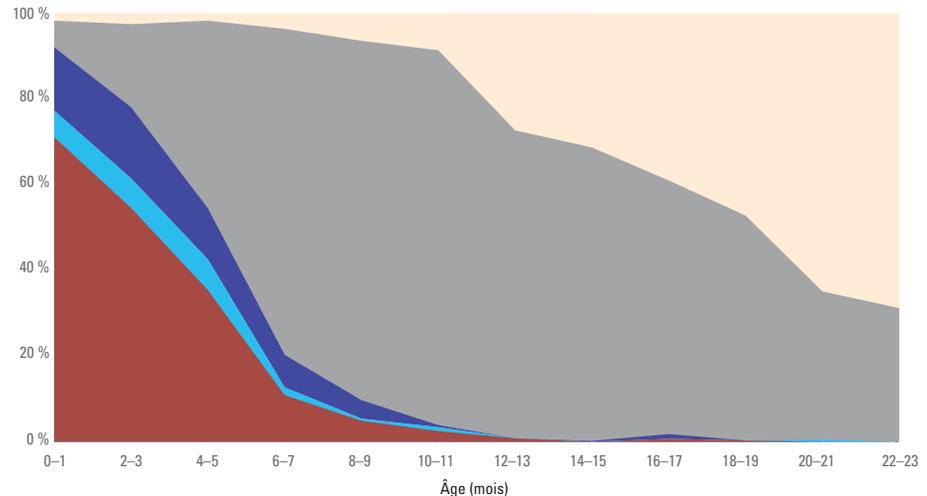
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2009-2010.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

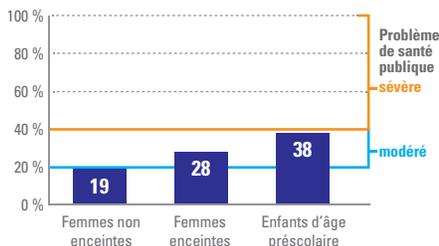
GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 16 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 82 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel Non		
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 60 %	Nourrissons non pesés à la naissance 87 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT Non		
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 52 %	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 82 %	
			Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 71 %	
			Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 59 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

Anémie

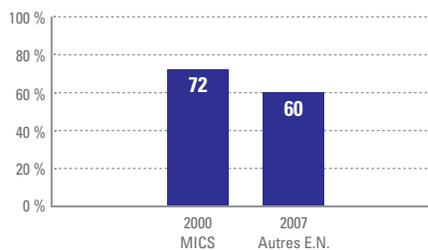
Prévalence de l'anémie au sein d'une population sélectionnée



Source : EDS, 2009-2010.

Sel iodé – tendances*

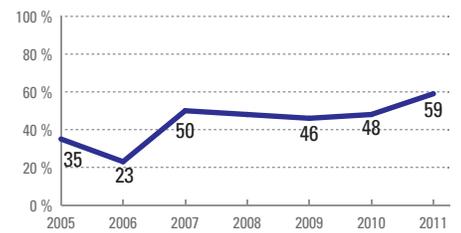
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
18 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

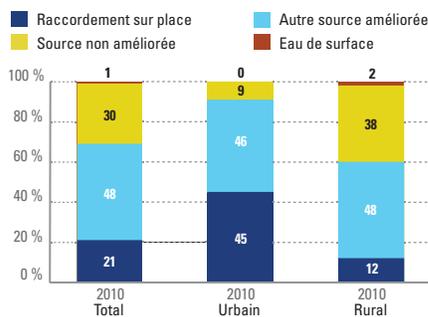
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	300	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	560	(2009)
Nombre total de décès maternels	130	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	55	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	27	(2009-2010)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	19	(2009-2010)
Soins prénatals (au moins une visite, %)	84	(2009-2010)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	55	(2009-2010)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	29	(2009-2010)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	12	(2003)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	9	(2009-2010)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010*

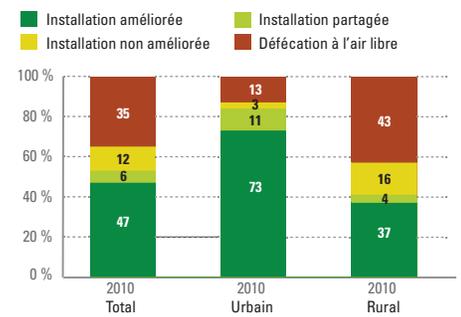


Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

* Données insuffisantes pour créer un graphique de tendances

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010*



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

* Données insuffisantes pour créer un graphique de tendances

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

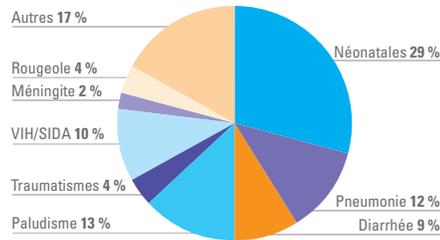
Indicateurs	Sexe		Habitation			Quintile de richesse						Source		
	Garçons	Filles	Ratio garçons/filles	Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche		Ratio plus riche/plus pauvre	Graphique portant sur l'équité
Prévalence du retard de croissance (%)	61	56	1,1	49	61	0,8	63	64	61	55	47	0,7	■■■■■	EDS, 2009-2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	46	44	1,0	35	47	0,7	49	48	48	41	35	0,7	-----	EDS, 2009-2010
Prévalence de l'émaciement (%)	20	17	1,2	15	20	0,8	21	19	20	18	16	0,8	-----	EDS, 2009-2010
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	27	-	24	28	0,9	30	29	29	28	22	0,7	-----	EDS, 2009-2010
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	5	-	9	4	2,5	2	3	3	6	10	4,5	-----	EDS, 2009-2010

DÉMOGRAPHIE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Population totale (000)	13 475 (2011)
Nombre total de moins de 5 ans (000)	2 510 (2011)
Nombre total de naissances (000)	622 (2011)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	83 (2011)
Nbre total de décès des moins de 5 ans (000)	46 (2011)
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	53 (2011)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27 (2011)
Taux de prévalence du VIH (15-49 ans, %)	12,5 (2011)
Population en dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollar É.-U. par jour (%)	69 (2006)
RNB par habitant (dollars É.-U.)	1 160 (2011)
Taux net de fréquentation dans le primaire (% filles, % garçons)	82, 81 (2007)

Causes de décès des moins de 5 ans, 2010

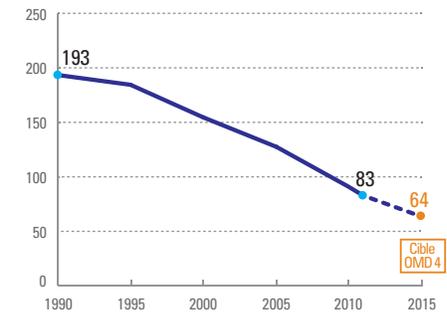
La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde.



Source : OMS/CHERG, 2012.

Taux de mortalité des moins de 5 ans

Décès pour 1 000 naissances vivantes



Source : GIEM, 2012.

ÉTAT NUTRITIONNEL

Le fardeau de la sous-nutrition (2011)

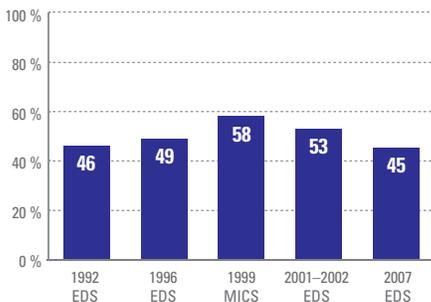
Rang du pays pour le retard de croissance	23
Part du fardeau mondial des retards de croissance (%)	<1 %

Retard de croissance (moins de 5 ans, 000)	1 140
Émaciation (moins de 5 ans, 000)	131
Émaciation grave (moins de 5 ans, 000)	50

Progrès vers l'OMD 1	Progrès insuffisant
Insuffisance pondérale (moins de 5 ans, 000)	366
Surcharge pondérale (moins de 5 ans, 000)	211

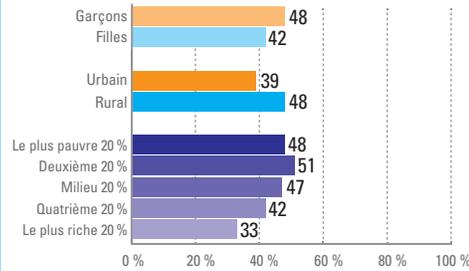
Retard de croissance – tendances

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance



Disparités en matière de retard de croissance

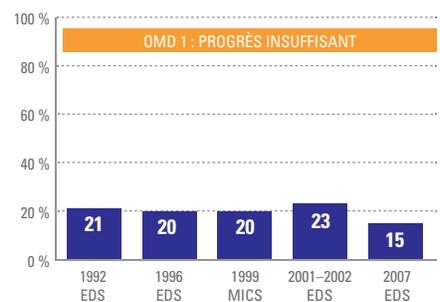
Pourcentage de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, caractéristiques sélectionnées



Source : EDS, 2007.

Insuffisance pondérale – tendances

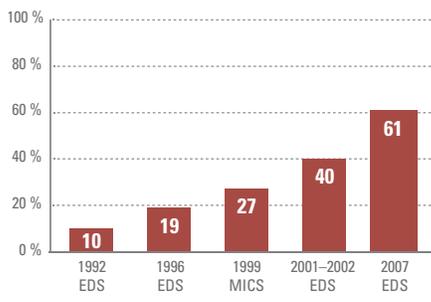
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale



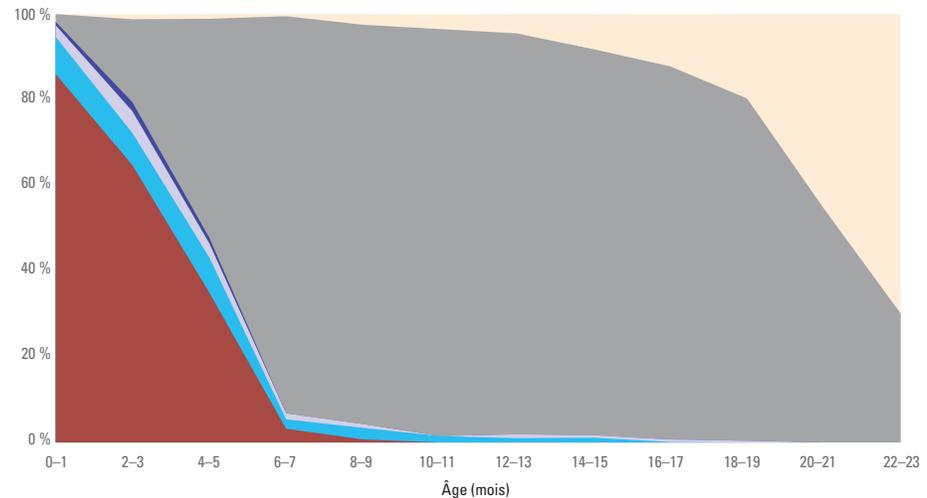
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Allaitement maternel exclusif – tendances

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



Pratiques d'alimentation de l'enfant, par âge



Source : EDS, 2007.

— PRATIQUES ET INTERVENTIONS DE NUTRITION ESSENTIELLES AU COURS DU CYCLE DE VIE —

GROSSESSE	NAISSANCE	0-5 MOIS	6-23 MOIS	24-59 MOIS
Utilisation de suppléments de fer/acide folique 44 %	Initiation précoce à l'allaitement (<1 heure après la naissance) 57 %	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel En partie	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois) 94 %	
Ménages ayant du sel suffisamment iodé 77 %	Nourrissons non pesés à la naissance 52 %	Protection de la maternité conformément à la Convention 183 de l'OIT En partie	Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an 94 %	
		Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) 61 %	Variété minimale du régime alimentaire -	
			Apport alimentaire minimum acceptable -	
			Couverture complète pour la supplémentation en vitamine A 72 %	
			Traitement de la malnutrition aiguë sévère, inclus dans les plans de santé nationaux Oui	

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

MICRONUTRIMENTS

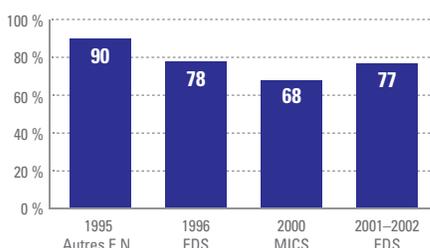
Anémie

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

ABSENCE DE DONNÉES

Sel iodé – tendances*

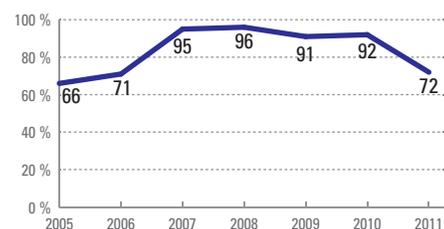
Pourcentage de ménages ayant du sel suffisamment iodé
141 000 nouveau-nés ne sont pas protégés contre les troubles dus à la carence en iode (2011)



* Les estimations peuvent ne pas être comparables.

Supplémentation en vitamine A

Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours d'une année civile (couverture complète)



Source : UNICEF, 2012.

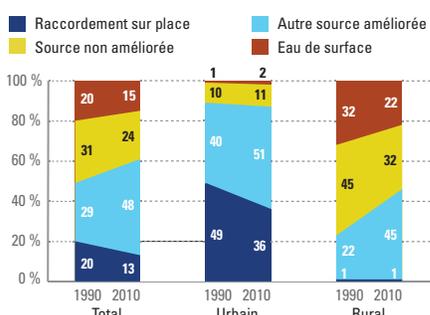
NUTRITION ET SANTÉ MATERNELLES

Ratio de mortalité maternelle, ajusté (pour 100 000 naissances vivantes)	440	(2010)
Ratio de mortalité maternelle, déclaré (pour 100 000 naissances vivantes)	590	(2007)
Nombre total de décès maternels	2 600	(2010)
Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)	37	(2010)
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	10	(2007)
Anémie, femmes non enceintes (< 120 g/l, %)	-	-
Soins prénatals (au moins une visite, %)	94	(2007)
Soins prénatals (au moins quatre visites, %)	60	(2007)
Personnel qualifié à l'accouchement (%)	47	(2007)
Insuffisance pondérale à la naissance (< 2 500 grammes, %)	11	(2007)
Femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	34	(2007)

EAU ET ASSAINISSEMENT

Eau potable améliorée : couverture

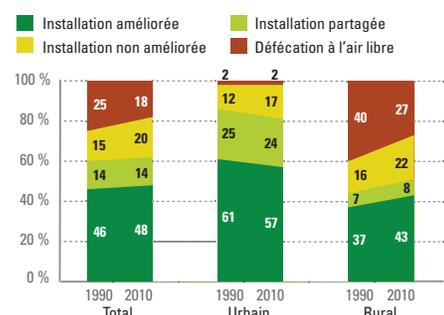
Pourcentage de population par source d'approvisionnement en eau potable, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

Assainissement amélioré : couverture

Pourcentage de population par type d'installation d'assainissement, 1990-2010



Source : Programme commun OMS/UNICEF, 2012.

DISPARITÉS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Indicateurs	Sexe		Ratio garçons/ filles	Habitation			Quintile de richesse					Graphique portant sur l'équité	Source	
	Garçons	Filles		Urbaine	Rurale	Ratio urbaines/ rurales	Le plus pauvre	Deuxième	Milieu	Quatrième	Le plus riche			Ratio plus riche/plus pauvre
Prévalence du retard de croissance (%)	48	42	1,1	39	48	0,8	48	51	47	42	33	0,7	■■■■■	EDS, 2007
Prévalence de l'insuffisance pondérale (%)	17	13	1,3	13	15	0,8	16	16	16	13	11	0,7	-----	EDS, 2007
Prévalence de l'émaciation (%)	6	5	1,2	4	6	0,8	6	6	5	4	4	0,6	-----	EDS, 2007
Femmes avec un IMC faible (< 18,5 kg/m ² , %)	-	10	-	8	11	0,7	11	13	12	8	7	0,6	-----	EDS, 2007
Femmes avec un IMC élevé (≥ 25 kg/m ² , %)	-	19	-	30	11	2,7	8	9	11	23	35	4,6	-----■	EDS, 2007

Sigles et acronymes employés dans le panorama des pays

EDS	Enquête démographique et sanitaire
EDSp	Enquête démographique et sanitaire préliminaire
EN	Enquête nationale
GIEM	Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant
IMC	Indice de masse corporelle
JMP	Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
MICSp	Enquête en grappes à indicateurs multiples préliminaire
MS	Ministère de la santé
NFHS	Enquête nationale sur la santé des familles
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMS/CHERG	OMS/Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant
RNB	Revenu national brut
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Indicateurs et graphiques en aires concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Pour améliorer la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, il importe de bien mesurer les pratiques en la matière. Des progrès considérables ont été accomplis ces dernières décennies dans la définition d'indicateurs adaptés et l'amélioration de la collecte de données. En 2002, en réponse aux inquiétudes sur le manque d'indicateurs adéquats concernant la qualité de l'alimentation complémentaire, l'OMS a initié un processus d'examen et de développement de ce type d'indicateurs. Une réunion mondiale de l'OMS en 2007 a permis l'adoption d'un ensemble d'indicateurs (*Encadré 6*) visant à évaluer les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau de la population, à aider au ciblage et à soutenir les efforts de suivi et d'évaluation. Le panorama des pays inclus dans ce rapport présente les dernières données disponibles concernant toute une série de pratiques alimentaires.

Interprétation des graphiques en aires

Dans le panorama des pays, les graphiques en aires portant sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants s'appuient sur des données collectées par le biais d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'autres enquêtes nationales sur les ménages. Ces graphiques présentent l'alimentation des nourrissons de la naissance à 23 mois. Ces informations peuvent aider à identifier les priorités afin d'améliorer la programmation et montrer aux responsables les résultats d'un pays par rapport à une norme « idéale ».

Dans un scénario idéal (*Figure 31*), presque tous les enfants sont nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois, conformément aux recommandations (partie colorée en bordeaux). À l'âge de 6 mois, il est conseillé d'introduire des aliments solides, semi-solides et mous en temps utile. On doit donc observer une nette diminution du nombre d'enfants nourris exclusivement au sein entre les groupes d'âge de 4–5 mois et de 6–7 mois, accompagnée d'une hausse du nombre d'enfants allaités au sein et consommant des aliments solides/semi-solides (en gris); cette partie grise doit s'étendre jusqu'à l'âge de 22 à 23 mois. Tout autre mode d'alimentation (c'est-à-dire allaitement maternel et eau, allaitement maternel et liquides non lactés, allaitement maternel et autre type de lait ou de substitut du lait ou absence d'allaitement maternel) n'est pas souhaitable, quel que soit l'âge. Par conséquent, lorsque ces catégories sont présentes sur un graphique, elles illustrent les pratiques inadaptées observées et soulignent la nécessité de prêter attention à ces composantes.

ENCADRÉ 6 Indicateurs concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

INDICATEURS CLÉS

- Démarrage précoce de l'allaitement maternel
- Allaitement maternel exclusif avant 6 mois
- Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an
- Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous
- Variété minimale du régime alimentaire
- Fréquence minimale des repas
- Apport alimentaire minimum acceptable*
- Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer

INDICATEURS FACULTATIFS

- Enfants nourris au sein
- Poursuite de l'allaitement maternel à 2 ans
- Allaitement maternel adapté à l'âge
- Allaitement maternel prédominant avant 6 mois
- Durée de l'allaitement maternel
- Alimentation au biberon
- Fréquence de la consommation de lait pour les enfants non allaités

*L'apport alimentaire minimum acceptable est un indicateur mixte de la variété minimale du régime alimentaire (mesure la qualité de l'alimentation complémentaire) et de la fréquence minimale des repas (indicateur indirect de l'apport énergétique). Il existe toutefois plusieurs lacunes dans les données concernant la variété minimale du régime alimentaire et donc l'apport alimentaire minimum acceptable.

Source : OMS, 2008.

FIGURE 31 Alimentation « idéale » des nourrissons et des jeunes enfants

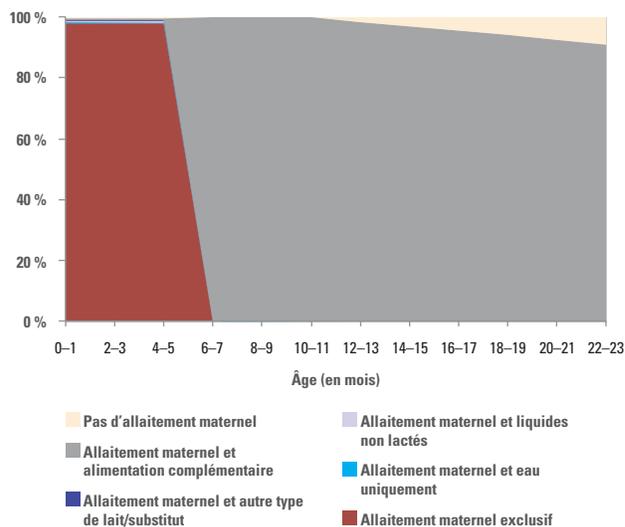
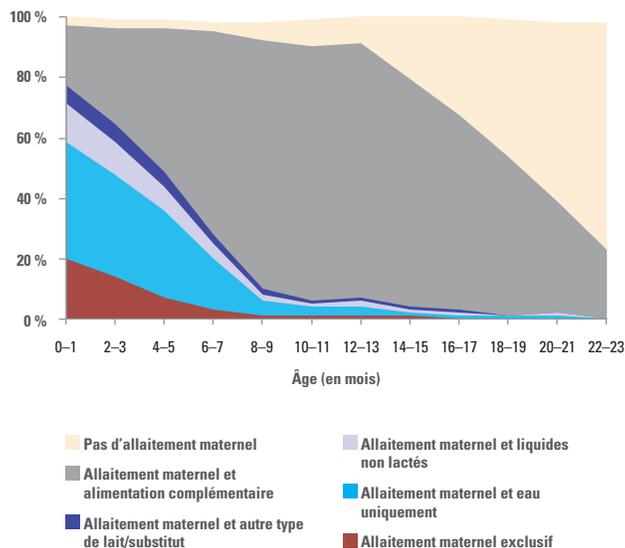


FIGURE 32 Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants au Nigéria

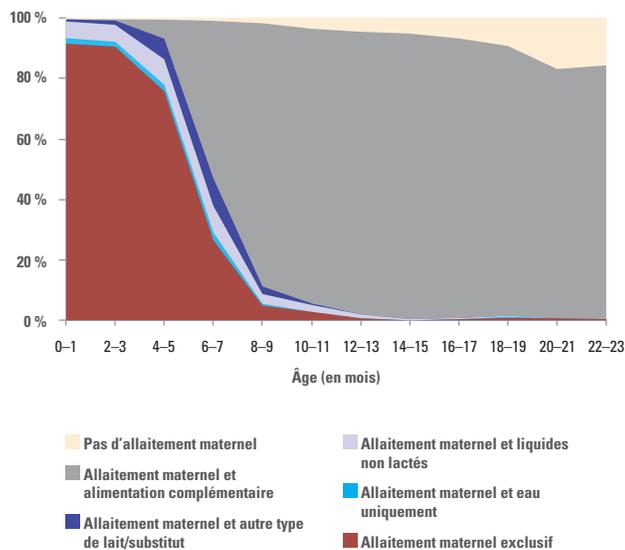


La Figure 32 présente un scénario qui est loin d'être optimal. En effet, si les enfants nigériens sont effectivement nourris au sein au cours de leurs 6 premiers mois, seule une faible proportion l'est exclusivement pendant cette période. Au lieu des pratiques optimales, on continue de donner de l'eau (partie bleu clair), des liquides non lactés (partie bleu lavande), d'autres laits ou substituts (partie bleu foncé) et des aliments solides, semi-solides et mous (partie grise) aux nourrissons de moins de 6 mois. L'allaitement maternel est interrompu précocement après l'âge de 12 mois (partie beige), ce qui n'est pas recommandé. Ce graphique permet d'identifier clairement les principales pratiques peu optimales à corriger.

Source : EDS, 2008.

Les pratiques d'alimentation des nourrissons au Rwanda sont plus proches des recommandations (Figure 33) et les taux d'allaitement maternel exclusif sont élevés au cours des 6 premiers mois.

FIGURE 33 Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants au Rwanda



Source : EDS, 2008.

Les graphiques en aires peuvent constituer un outil visuel très utile pour aider à évaluer les schémas d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants au niveau du pays et à identifier le degré de conformité des pratiques par rapport à la norme « idéale ». Ces graphiques sont particulièrement intéressants pour comprendre les schémas de l'allaitement maternel et de l'introduction d'aliments complémentaires en temps utile. Ils ne reflètent pas la qualité de l'alimentation complémentaire, d'où la nécessité d'apporter des informations supplémentaires sur la variété du régime alimentaire et la fréquence des repas. Ces graphiques en aires offrent une base pour hiérarchiser les actions et mieux soutenir les efforts de plaidoyer et d'éducation afin d'instaurer les meilleures pratiques possible en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Tous les graphiques en aires nationaux disponibles sont consultables à : <www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.html>.

Pour plus d'informations sur l'interprétation des graphiques en aires, consultez la page suivante : <www.unicef.org/nutrition/files/Area_graphs_introduction_SinglePg.pdf>.

Définitions des indicateurs

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
Informations générales			
Mortalité de l'enfant	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes	
	Taux de mortalité infantile	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 1 an, exprimée pour 1 000 naissances vivantes	
	Taux de mortalité néonatale	Probabilité de décès au cours des 28 premiers jours de vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes	
VIH et SIDA	Prévalence du VIH (15–49 ans)	Pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH en 2010.	
Pauvreté	Population vivant en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. par jour	Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour aux prix de 2005, ajusté en fonction de la parité du pouvoir d'achat	
	Revenu national brut (RNB) par habitant	Le RNB par habitant (auparavant PNB par habitant) est le revenu national brut converti en dollars des É.-U. selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale et divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année.	Revenu national brut (RNB) Nombre d'habitants au milieu de l'année

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur	
Nutrition infantile				
Anthropométrie	Prévalence des retards de croissance	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de plus de deux écarts-types (retard modéré à grave) et trois écarts-types (retard grave) à la taille médiane pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est : (a) inférieure de plus de deux écarts-types (retard modéré à grave); (b) inférieure de plus de trois écarts types (retard grave) à la taille médiane pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois
	Prévalence de l'insuffisance pondérale	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour l'âge est inférieur de plus de deux écarts-types (insuffisance pondérale modérée à grave) et trois écarts-types (insuffisance grave) au poids médian pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont : (a) le poids pour l'âge est inférieur de plus de deux écarts-types (insuffisance pondérale modérée à grave) ou (b) de plus de trois écarts-types (insuffisance grave) au poids médian pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois
	Prévalence de l'émaciation	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de plus de deux écarts-types (émaciation modérée à grave) ou trois écarts-types (émaciation grave) au poids médian pour la taille selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont : (a) le poids pour la taille est inférieur de plus de deux écarts-types (émaciation modérée à grave) ou (b) de plus de trois écarts-types (émaciation grave) au poids médian pour la taille selon les normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois
	Prévalence de la surcharge pondérale	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur de plus de deux écarts-types (modéré à grave) au poids médian pour la taille selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur de plus de deux écarts-types (surcharge modérée à grave) au poids médian pour la taille selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS)	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur	
Alimentation des nourrissons	Démarrage précoce de l'allaitement maternel (< 1 heure après la naissance)	Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure suivant la naissance au cours des 24 mois précédant l'enquête	Nombre de femmes ayant mis leur nouveau-né au sein dans l'heure suivant sa naissance parmi les naissances vivantes survenues au cours des 24 mois précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours de la même période
	Taux d'allaitement maternel exclusif (< 6 mois)	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein	Nombre de nourrissons de 0 à 5 mois ayant été nourris exclusivement au sein au cours du jour précédent	Nombre total de nourrissons de 0 à 5 mois
	Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6-8 mois)	Pourcentage de nourrissons de 6 à 8 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous	Nombre de nourrissons de 6 à 8 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous au cours du jour précédent	Nombre total de nourrissons de 6 à 8 mois
	Poursuite de l'allaitement maternel (12-15 mois)	Pourcentage d'enfants de 12 à 15 mois nourris au lait maternel	Nombre d'enfants de 12 à 15 mois ayant été nourris au lait maternel au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants de 12 à 15 mois
	Fréquence minimale des repas	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des aliments lactés pour les enfants non allaités) au moins le nombre minimum de fois recommandé [chez les enfants allaités, ce « minimum » est établi à deux fois pour les nourrissons de 6 à 8 mois et trois fois pour les enfants de 9 à 23 mois; chez les enfants non allaités, ce « minimum » est établi à quatre fois pour les enfants de 6 à 23 mois]	Nombre d'enfants allaités âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous au moins le nombre minimum de fois recommandé, au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants allaités âgés de 6 à 23 mois
			et Nombre d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des aliments lactés) au moins le nombre minimum de fois recommandé au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois
	Variété minimale du régime alimentaire	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois consommant des aliments issus d'au moins quatre groupes alimentaires	Nombre d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments issus d'au moins quatre groupes alimentaires au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants de 6 à 23 mois
Apport alimentaire minimum acceptable	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois recevant un apport alimentaire minimum acceptable (en dehors du lait maternel) (indicateur mixte)	Nombre d'enfants allaités âgés de 6 à 23 mois ayant bénéficié d'une variété minimale du régime alimentaire et d'une fréquence des repas minimale au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants allaités âgés de 6 à 23 mois	
		et Nombre d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois ayant au moins consommé deux aliments lactés et bénéficié d'une variété minimale du régime alimentaire et d'une fréquence minimale des repas au cours du jour précédent	Nombre total d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois	

◀ Définitions des indicateurs (suite)

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur	
Micronutriments	Supplémentation en vitamine A (couverture totale)	Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses au cours de l'année civile <i>(veuillez consulter les « Notes générales sur les données » page 124 pour plus de détails)</i>	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours de l'année civile	Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois
	Foyers consommant du sel iodé	Pourcentage de foyers consommant du sel dûment iodé	Nombre de foyers dont le sel contient au moins 15 parties par million d'iode/iodate	Nombre total de foyers
	Anémie chez les enfants d'âge préscolaire	Pourcentage d'enfants d'âge préscolaire* présentant une concentration d'hémoglobine < 110 g/l <i>*Tranche d'âge variable selon les pays</i>	Nombre d'enfants d'âge préscolaire présentant une concentration d'hémoglobine < 110 g/l	Nombre total d'enfants d'âge préscolaire
	Supplémentation en fer et en acide folique	Pourcentage de femmes* ayant consommé des suppléments en fer et en acide folique pendant au moins 90 jours au cours de leur dernière grossesse précédant l'enquête <i>*Tranche d'âge variable selon les pays</i>	Nombre de femmes ayant consommé des suppléments en fer et en acide folique pendant au moins 90 jours au cours de leur dernière grossesse dans les X années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant accouché au cours de la même période
Insuffisance pondérale à la naissance	Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance	Pourcentage de nourrissons vivants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance	Nombre de derniers nourrissons vivants au cours des X années précédant l'enquête pesant moins de 2 500 grammes à la naissance	Nombre total de derniers nourrissons vivants au cours de la même période
	Enfants non pesés à la naissance	Pourcentage de nourrissons vivants n'ayant pas été pesés à la naissance	Nombre de derniers nourrissons vivants au cours des X années précédant l'enquête n'ayant pas été pesés à la naissance	Nombre total de derniers nourrissons vivants au cours de la même période

Nutrition et santé maternelle

Mortalité maternelle	Ratio de mortalité maternelle (ajusté), <i>estimations interorganisations ajustées</i>	Nombre de décès de femmes en lien avec la grossesse ou l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes, ajusté pour tenir compte de la sous-déclaration et des erreurs de classification	
	Ratio de mortalité maternelle (déclaré), <i>estimations des autorités nationales</i>	Nombre de décès de femmes en lien avec la grossesse ou l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes	
	Nombre total de décès maternels	Nombre total de décès de femmes pendant leur grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de leur grossesse, quelle que soit la durée ou la localisation de cette grossesse, dus à toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, en dehors des causes accidentelles ou fortuites	
	Risque de décès maternel sur la vie entière	Le risque de décès maternel sur la vie entière tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de mourir des suites de cette grossesse, cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.	

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur	
Nutrition	Indice de masse corporelle (IMC), femmes	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans* ayant un indice de masse corporelle (IMC) : a) inférieur à 18,5 kg/m ² (faible) ou b) supérieur à 25 kg/m ² (élevé) <i>*Tranche d'âge variable selon les pays</i>	Nombre de femmes* de 15 à 49 ans ayant un IMC : a) < 18,5 kg/m ² ; b) > 25 kg/m ² <i>* À l'exception des femmes enceintes et qui ont accouché dans les deux mois précédant l'enquête</i>	Nombre total de femmes de 15 à 49 ans <i>* À l'exception des femmes enceintes et qui ont accouché dans les deux mois précédant l'enquête</i>
	Anémie chez les femmes non enceintes	Pourcentage de femmes non enceintes de 15 à 49 ans* présentant une concentration d'hémoglobine < 120 g/l <i>*Tranche d'âge et situation matrimoniale variables selon les pays</i>	Nombre de femmes non enceintes de 15 à 49 ans présentant une concentration d'hémoglobine < 120 g/l	Nombre total de femmes non enceintes de 15 à 49 ans
	Anémie chez les femmes enceintes	Pourcentage de femmes enceintes* présentant une concentration d'hémoglobine < 110 g/l <i>*Tranche d'âge et situation matrimoniale variables selon les pays</i>	Nombre de femmes enceintes de 15 à 49 ans présentant une concentration d'hémoglobine < 110 g/l	Nombre total de femmes enceintes de 15 à 49 ans
Santé maternelle	Soins prénatals (au moins une consultation)	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant bénéficié au moins une fois de soins prodigués par un personnel soignant qualifié dans le cadre de leur grossesse	Nombre de femmes ayant bénéficié au moins une fois de soins prodigués par un personnel soignant qualifié (médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire) dans le cadre de leur grossesse au cours des X années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours de la même période
	Soins prénatals (au moins quatre consultations)	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant été examinées au moins quatre fois par un prestataire (qualifié ou non qualifié) dans le cadre de leur grossesse	Nombre de femmes ayant été examinées au moins quatre fois par un prestataire (qualifié ou non qualifié) dans le cadre de leur grossesse au cours des X années précédant l'enquête	Nombre total de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant au cours de la même période
	Femmes (de 20 à 24 ans) ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans	Pourcentage de femmes de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans		
Soins obstétricaux	Accouchement assuré par un personnel soignant qualifié	Pourcentage de naissances vivantes assurées par un personnel soignant qualifié	Nombre de femmes de 15 à 49 ans dont l'accouchement a été assuré par un personnel soignant qualifié (médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire) parmi les naissances vivantes survenues au cours des X années précédant l'enquête	Nombre total de naissances vivantes de femmes de 15 à 49 ans au cours de la même période

◀ Définitions des indicateurs (suite)

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur	
Éducation				
Éducation	Taux net de fréquentation dans le primaire (filles, garçons)	Nombre d'enfants ayant l'âge officiel d'étudier dans le primaire et fréquentant un établissement scolaire primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'étudier dans le primaire* <i>* Toutes les données se rapportent à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) pour les niveaux primaire et secondaire et ne correspondent donc pas nécessairement au système scolaire d'un pays en particulier.</i>	Nombre d'enfants ayant l'âge officiel d'étudier dans le primaire et fréquentant un établissement scolaire primaire ou secondaire	Nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'étudier dans le primaire
Eau et assainissement				
Eau	Couverture en eau potable	Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau potable non améliorées	<i>Eau courante dans l'habitation, le terrain ou la cour</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers disposant d'un point d'eau potable courante dans l'habitation, le terrain ou la cour <i>Autres sources améliorées</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers utilisant des robinets ou des bornes-fontaines publics, des puits tubulaires ou des forages, des puits creusés protégés, des sources protégées ou un système de collecte des eaux de pluie <i>Sources non améliorées</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers utilisant un puits creusé non protégé; une source non protégée; une charrette surmontée d'un petit réservoir ou fût; un camion-citerne; de l'eau de surface (barrage, lac, étang, cours d'eau, canal, canaux d'irrigation); de l'eau en bouteille	Nombre total de personnes vivant dans les foyers étudiés

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
Assainissement	Couverture en assainissement	<p><i>Améliorées</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers utilisant des installations sanitaires améliorées (installations hygiéniques empêchant tout contact humain avec les excréments), notamment des toilettes/latrines à chasse d'eau reliées à un réseau d'égouts, une fosse septique ou une fosse; des latrines améliorées à fosse autoventilée; des latrines à fosse avec dalle; des toilettes à compost</p>	Nombre total de personnes vivant dans les foyers étudiés
	Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires non améliorées	<p><i>Partagées</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers utilisant des installations sanitaires d'un type acceptable mais partagées entre deux ou plusieurs foyers, y compris des toilettes publiques</p> <p><i>Non améliorées</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers utilisant des installations sanitaires n'empêchant pas le contact humain avec les excréments, notamment des latrines à fosse sans dalle ni plateforme, des latrines sur pilotis ou des latrines à seau</p> <p><i>Défécation à l'air libre</i> – Nombre de personnes vivant dans des foyers pratiquant la défécation dans les champs, les forêts, la brousse, les plans d'eau ou autres espaces à ciel ouvert</p>	

Politiques et systèmes

Politiques	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Réglementations nationales adoptées pour toutes les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé	<p><i>Oui</i> : toutes les dispositions du Code international ont été intégrées dans la législation.</p> <p><i>En partie</i> : des accords volontaires ou certaines dispositions du Code international ont été intégrés dans la législation.</p> <p><i>Non</i> : aucune législation ni aucun accord volontaire n'ont été adoptés en lien avec le Code international.</p>
	Traitement de la malnutrition aiguë sévère intégré dans les plans de santé nationaux	Indique la situation de chaque pays en matière d'intégration du traitement de la malnutrition aiguë sévère dans les plans de santé nationaux	<p><i>Oui</i> : le traitement de la malnutrition aiguë sévère est intégré dans les plans de santé nationaux.</p> <p><i>En partie</i> : le traitement de la malnutrition aiguë sévère est en cours d'intégration dans les plans de santé nationaux (par exemple processus lancé, en attente de finalisation).</p> <p><i>Non</i> : les plans de santé nationaux n'intègrent pas le traitement de la malnutrition aiguë sévère et le processus de développement n'est pas initié.</p>
	Protection de la maternité conformément à la Convention n° 183 de l'Organisation internationale du Travail (OIT)	Convention n° 183 de l'OIT ratifiée par le pays	<p><i>Oui</i> : la Convention n° 183 de l'OIT a été ratifiée.</p> <p><i>En partie</i> : la Convention n° 183 de l'OIT n'a pas été ratifiée mais une convention précédente sur la maternité (n° 3 ou n° 103) l'a été.</p> <p><i>Non</i> : aucune convention de protection de la maternité n'a été ratifiée.</p>

Sources des données

Indicateurs démographiques et généraux

Nombre total d'habitants, nombre total de moins de cinq ans, nombre total de naissances – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *World Population Prospects: The 2010 revision*, édition CD-ROM, <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>.

Taux de mortalité des moins de cinq ans, taux de mortalité infantile, nombre total de décès des moins de cinq ans – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (GIEM). UNICEF/OMS/Banque mondiale/Division de la population des Nations Unies, 2012.

Causes de décès des moins de cinq ans – Organisation mondiale de la Santé. Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant (CHERG), 2012.

Taux de mortalité néonatale – Organisation mondiale de la Santé. Enregistrement des actes d'état civil, systèmes de surveillance et enquêtes sur les ménages.

Prévalence du VIH (15–49 ans) – Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2012*.

Population vivant en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. par jour, revenu national brut (RNB) par habitant – Banque mondiale.

Taux net de fréquentation dans le primaire (filles, garçons) – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Nutrition infantile

Prévalence des retards de croissance, prévalence de l'insuffisance pondérale, prévalence de l'émaciation, prévalence de la surcharge pondérale – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Démarrage précoce de l'allaitement maternel (< 1 heure après la naissance), taux d'allaitement maternel exclusif (< 6 mois), introduction d'aliments solides, semi-solides et mous (6–8 mois), poursuite de l'allaitement maternel (12–15 mois) – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Fréquence minimale des repas, variété du régime alimentaire, apport alimentaire minimum acceptable – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, données spécialement compilées par la Section de la nutrition sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Supplémentation en vitamine A (couverture totale) – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base des Journées nationales de vaccination, de rapports réguliers, d'enquêtes démographiques et sanitaires et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

Foyers consommant du sel iodé – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires

(EDS), d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Anémie chez les enfants d'âge préscolaire, supplémentation en fer et en acide folique – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, données spécialement compilées par la Section de la nutrition sur la base d'EDS, de MICS et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance, enfants non pesés à la naissance – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Nutrition et santé des mères

Ratio de mortalité maternelle (ajusté), nombre total de décès maternels, risque de décès maternel sur la vie entière – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (GIEMM). OMS/UNICEF/Fonds des Nations Unies pour la population/Banque mondiale, 2012.

Ratio de mortalité maternelle (déclaré) – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base des systèmes d'enregistrement de l'état civil, de rapports réguliers, d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Indice de masse corporelle (IMC), femmes, anémie chez les femmes non enceintes, anémie chez les femmes enceintes – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, données spécialement compilées par la Section de la nutrition sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Soins prénatals (au moins une consultation), soins prénatals (au moins quatre consultations), femmes de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans, accouchement assuré par un personnel soignant qualifié – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, sur la base d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres enquêtes nationales sur les ménages.

Eau et assainissement

Couverture en eau potable, couverture en assainissement – Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (JMP), 2012.

Politiques et systèmes

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, données spécialement compilées par la Section de la nutrition en octobre 2012.

Traitement de la malnutrition aiguë sévère intégré dans les plans de santé nationaux – Fonds des Nations Unies pour l'enfance, données spécialement compilées par la Section de la nutrition pour le point mondial sur la malnutrition aiguë sévère en décembre 2011.

Protection de la maternité selon l'Organisation internationale du Travail – Organisation internationale du Travail. NORMLEX (Système d'information sur les normes internationales du travail), évaluation réalisée en 2012.

TABLEAUX STATISTIQUES



Tableau 1. Classement des pays sur la base du nombre d'enfants présentant un retard de croissance

Classement ^β	Pays et régions	Retard de croissance			Taux de mortalité des moins de cinq ans 2011
		Prévalence des retards de croissance (%) 2007-2011*	Nombre d'enfants présentant un retard de croissance [^] (en milliers) 2011	Proportion du nombre total dans le monde (%) 2011	
1	Inde	48 x	61 723	37,9	61
2	Nigéria	41	11 049	6,8	124
3	Pakistan	44	9 663	5,9	72
4	Chine	10	8 059	5,0	15
5	Indonésie	36	7 547	4,6	32
6	Bangladesh	41	5 958	3,7	46
7	Éthiopie	44	5 291	3,3	77
8	République démocratique du Congo	43	5 228	3,2	168
9	Philippines	32 y	3 602	2,2	25
10	République-Unie de Tanzanie	42	3 475	2,1	68
11	Égypte	29	2 628	1,6	21
12	Kenya	35	2 403	1,5	73
13	Ouganda	33	2 219	1,4	90
14	Soudan ⁺	35	1 744	1,1	86
15	Madagascar	50	1 693	1,0	62
16	Mozambique	43	1 651	1,0	103
17	Viet Nam	23	1 635	1,0	22
18	Niger	51 y	1 632	1,0	125
19	Myanmar	35	1 399	<1	62
20	Népal	41	1 397	<1	48
21	Malawi	47	1 334	<1	83
22	Afrique du Sud	24	1 191	<1	47
23	Zambie	45	1 140	<1	83
24	Burkina Faso	35	1 068	<1	146
25	Guatemala	48 y	1 052	<1	30
26	Cameroun	33	1 009	<1	127
27	Ghana	28	1 006	<1	78
28	Angola	29 y	991	<1	158
29	Rwanda	44	845	<1	54
30	Côte d'Ivoire	27 y	818	<1	115
31	Turquie	12	799	<1	15
32	Tchad	39	793	<1	169
33	Burundi	58	703	<1	139
34	Guinée	40	678	<1	126
35	République arabe syrienne	28	673	<1	15
36	Cambodge	40	601	<1	43
37	Colombie	13	595	<1	18
38	Pérou	20	566	<1	18
39	Sénégal	27	564	<1	65
40	République populaire démocratique de Corée	32	553	<1	33
41	Zimbabwe	32	550	<1	67
42	Soudan du Sud ⁺	31	463	<1	121
43	Venezuela (République bolivarienne du)	16	458	<1	15
44	Maroc	15	455	<1	33
45	Sierra Leone	44	438	<1	185
46	Tadjikistan	39	346	<1	63
47	Bolivie (État plurinational de)	27	333	<1	51
48	Sri Lanka	17	326	<1	12
49	Libéria	42 y	291	<1	78
50	République centrafricaine	41	270	<1	164
51	Togo	30	258	<1	110
52	Nicaragua	22	149	<1	26
53	El Salvador	19 y	121	<1	15
54	Timor-Leste	58	118	<1	54
55	Mauritanie	23 y	117	<1	112
56	Lesotho	39	108	<1	86
57	République dominicaine	10	103	<1	25
58	Namibie	29	83	<1	42
59	Guinée-Bissau	32	79	<1	161
60	Botswana	31	72	<1	26

Tableau 1. Classement des pays sur la base du nombre d'enfants présentant un retard de croissance

Classement ^β	Pays et régions	Retard de croissance			Taux de mortalité des moins de cinq ans 2011
		Prévalence des retards de croissance (%) 2007-2011*	Nombre d'enfants présentant un retard de croissance [^] (en milliers) 2011	Proportion du nombre total dans le monde (%) 2011	
61	Gambie	24	71	<1	101
62	Panama	19 y	66	<1	20
63	Jordanie	8	65	<1	21
64	Mongolie	16	51	<1	31
65	Swaziland	31	49	<1	104
66	Arménie	19	43	<1	18
67	Albanie	19	39	<1	14
68	Serbie	7	36	<1	7
69	Djibouti	31 y	35	<1	90
70	Géorgie	11	29	<1	21
71	Oman	10	28	<1	9
72	Îles Salomon	33	27	<1	22
73	Bhoutan	34	23	<1	54
74	Costa Rica	6	20	<1	10
75	Guyana	18	11	<1	36
76	Jamaïque	4	9	<1	18
77	Sao Tomé-et-Principe	29	7	<1	89
78	ex-République yougoslave de Macédoine	5	5	<1	10
79	Maldives	19	5	<1	11
80	Nauru	24	0	<1	40
81	Tuvalu	10	0	<1	30

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Prévalence des retards de croissance, modérés et graves – Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de plus de deux écarts-types à la taille médiane pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Taux de mortalité des moins de cinq ans – Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Prévalence des retards de croissance – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, OMS et UNICEF.

Nombre d'enfants présentant un retard de croissance – Calculé par l'UNICEF sur la base de la prévalence des retards de croissance et du nombre d'enfants de moins de cinq ans établi par la Division de la population des Nations Unies.

Taux de mortalité des moins de cinq ans – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (GIEM), UNICEF/OMS/Banque mondiale/ Division de la population des Nations Unies, 2012.

NOTES

β Le classement des 81 pays présentés s'appuie sur les données d'enquêtes les plus récentes disponibles (2007–2011).

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant pas sur l'ensemble du pays.

^ Calculé à partir d'une estimation de la prévalence des retards de croissance (modérés et graves) appliquée à une estimation du nombre d'enfants de moins de cinq ans.

+ Nombre d'enfants de moins de 5 ans estimé par l'UNICEF.

Tableau 2. Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel

Pays et régions	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Nombre d'enfants de moins de cinq ans (en milliers)	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007–2011*	% d'enfants de moins de cinq ans (2007–2011*) atteints de :			
				Retard de croissance ⁹	Émaciation ⁹	Insuffisance pondérale ⁹	Surcharge pondérale ⁹
	2011		modéré et grave	modérée et grave	modérée et grave	modérée et grave	
Afghanistan	101	5 686	–	59 x	9 x	33 x	5 x
Afrique du Sud	47	4 989	–	24	5	9	–
Albanie	14	203	7 x	19	9	5	23
Algérie	30	3 464	6 x	15 x	4 x	3 x	13 x
Allemagne	4	3 504	–	–	–	–	4 x
Andorre	3	4	–	–	–	–	–
Angola	158	3 393	12 x	29 y	8 y	16 y	–
Antigua-et-Barbuda	8	8	5	–	–	–	–
Arabie saoudite	9	3 186	–	–	–	–	6 x
Argentine	14	3 423	7	8 x	1 x	2 x	10 x
Arménie	18	225	7	19	4	5	17
Australie	5	1 504	7 x	–	–	–	–
Autriche	4	381	7 x	–	–	–	–
Azerbaïdjan	45	846	10 x	25 x	7 x	8 x	14 x
Bahamas	16	27	11	–	–	–	–
Bahreïn	10	102	–	–	–	–	–
Bangladesh	46	14 421	22 x	41	16	36	2
Barbade	20	15	12	–	–	–	–
Bélarus	6	527	4 x	4 x	2 x	1 x	10 x
Belgique	4	619	–	–	–	–	–
Belize	17	37	14	22 x	2 x	4 x	14 x
Bénin	106	1 546	15 x	43 x	8 x	18 x	11 x
Bhoutan	54	70	10	34	6	13	8
Bolivie (État plurinational de)	51	1 230	6	27	1	4	9
Bosnie-Herzégovine	8	167	5 x	10 x	4 x	1 x	26 x
Botswana	26	229	13	31	7	11	11
Brésil	16	14 662	8	7 x	2 x	2 x	7
Brunéï Darussalam	7	37	–	–	–	–	–
Bulgarie	12	378	9	–	–	–	14 x
Burkina Faso	146	3 047	16 x	35	11	26	–
Burundi	139	1 221	11 x	58	6	29	3
Cambodge	43	1 505	11	40	11	28	2
Cameroun	127	3 102	11 x	33	6	15	6
Canada	6	1 936	6 x	–	–	–	–
Cap-Vert	21	50	6 x	–	–	–	–
Chili	9	1 222	6	–	–	–	10
Chine	15	82 205	3	10	3	4	7
Chypre	3	65	–	–	–	–	–
Colombie	18	4 509	6 x	13	1	3	5
Comores	79	124	25 x	–	–	–	22 x
Congo	99	637	13 x	30 x	8 x	11 x	9 x
Costa Rica	10	359	7	6	1	1	8
Côte d'Ivoire	115	2 992	17 x	27 y	5 y	16 y	–
Croatie	5	215	5 x	–	–	–	–
Cuba	6	543	5	–	–	–	–
Danemark	4	327	5 x	–	–	–	–
Djibouti	90	115	10 x	31 y	10 y	23 y	10 x
Dominique	12	6	10	–	–	–	–
Égypte	21	9 092	13	29	7	6	21
El Salvador	15	631	9	19 y	1 y	6 y	6
Émirats arabes unis	7	451	–	–	–	–	–
Équateur	23	1 469	8	–	–	6 x	5 x
Érythrée	68	879	14 x	44 x	15 x	35 x	2 x
Espagne	4	2 546	–	–	–	–	–
Estonie	4	80	4 x	–	–	–	–
État de Palestine	22	635	7 x	–	–	–	–
États-Unis	8	21 629	8 x	3 x	0 x	1 x	8 x
Éthiopie	77	11 915	20 x	44	10	29	2
ex-République yougoslave de Macédoine	10	112	6	5	2	1	16 x
Fédération de Russie	12	8 264	6	–	–	–	–
Fidji	16	91	10 x	–	–	–	–
Finlande	3	303	4 x	–	–	–	–
France	4	3 985	–	–	–	–	–
Gabon	66	188	14 x	25 x	4 x	8 x	6 x

Tableau 2. Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel

Pays et régions	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Nombre d'enfants de moins de cinq ans (en milliers)	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007-2011*	% d'enfants de moins de cinq ans (2007-2011*) atteints de :			
				Retard de croissance ⁹	Émaciation ⁹	Insuffisance pondérale ⁹	Surcharge pondérale ⁹
				modéré et grave	modérée et grave	modérée et grave	modérée et grave
	2011						
Gambie	101	292	10	24	10	18	2
Géorgie	21	258	5	11	2	1	20
Ghana	78	3 591	13	28	9	14	6
Grèce	4	600	-	-	-	-	-
Grenade	13	10	9	-	-	-	-
Guatemala	30	2 192	11	48 y	1 y	13 y	5
Guinée	126	1 691	12 x	40	8	21	-
Guinée-Bissau	161	244	11	32	6	18	3
Guinée équatoriale	118	111	13 x	35 x	3 x	11 x	8 x
Guyana	36	60	14	18	5	11	6
Haïti	70	1 245	25 x	29 x	10 x	18 x	4 x
Honduras	21	975	10 x	29 x	1 x	8 x	6 x
Hongrie	6	493	9 x	-	-	-	-
Îles Cook	10	2	3 x	-	-	-	-
Îles Marshall	26	5	18	-	-	-	-
Îles Salomon	22	81	13	33	4	12	3
Inde	61	128 542	28 x	48 x	20 x	43 x	2 x
Indonésie	32	21 210	9	36	13	18	14
Iran (République islamique d')	25	6 269	7 x	-	-	-	-
Iraq	38	5 294	15 x	26 x	6 x	6 x	15 x
Irlande	4	370	-	-	-	-	-
Islande	3	24	4 x	-	-	-	-
Israël	4	754	8 x	-	-	-	-
Italie	4	2 910	-	-	-	-	-
Jamaïque	18	254	12 x	4	2	2	-
Japon	3	5 418	8 x	-	-	-	-
Jordanie	21	817	13	8	2	2	7
Kazakhstan	28	1 726	6 x	17 x	5 x	4 x	17 x
Kenya	73	6 805	8	35	7	16	5
Kirghizistan	31	624	5 x	18 x	3 x	2 x	11 x
Kiribati	47	10	-	-	-	-	-
Koweït	11	282	-	-	-	-	9
Lesotho	86	276	11	39	4	13	7
Lettonie	8	117	5 x	-	-	-	-
Liban	9	328	12	-	-	-	17 x
Libéria	78	700	14	42 y	3 y	15 y	4
Libye	16	717	-	-	-	-	22
Liechtenstein	-	2	-	-	-	-	-
Lituanie	6	173	4 x	-	-	-	-
Luxembourg	3	29	8 x	-	-	-	-
Madagascar	62	3 378	16	50	15 x	36 x	-
Malaisie	7	2 796	11	17 x	-	13 x	-
Malawi	83	2 829	13 x	47	4	13	9
Maldives	11	26	22 x	19	11	17	7
Mali	176	2 995	19 x	38 x	15 x	27 x	-
Malte	6	20	6 x	-	-	-	-
Maroc	33	3 048	15 x	15	2	3	11
Maurice	15	81	14 x	-	-	-	-
Mauritanie	112	522	34	23 y	12 y	20 y	-
Mexique	16	10 943	7	16 x	2 x	3 x	8 x
Micronésie (États fédérés de)	42	13	18 x	-	-	-	-
Monaco	4	2	-	-	-	-	-
Mongolie	31	317	5	16	2	5	14 x
Monténégro	7	39	4 x	7 x	4 x	2 x	16 x
Mozambique	103	3 877	16	43	6	15	7
Myanmar	62	3 981	9	35	8	23	3
Namibie	42	288	16 x	29	8	17	5
Nauru	40	1	27	24	1	5	3
Népal	48	3 453	18	41	11	29	1
Nicaragua	26	684	9	22	1	6	6
Niger	125	3 196	27 x	51 y	12 y	39 y	4 x
Nigéria	124	27 195	12	41	14	23	11
Nioué	21	0	0 x	-	-	-	-
Norvège	3	309	5 x	-	-	-	-

◀ **Tableau 2. Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel**

Pays et régions	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Nombre d'enfants de moins de cinq ans (en milliers)	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007–2011*	% d'enfants de moins de cinq ans (2007–2011*) atteints de :			
				Retard de croissance ^a	Émaciation ^b	Insuffisance pondérale ^c	Surcharge pondérale ^d
				modéré et grave	modérée et grave	modérée et grave	modérée et grave
	2011						
Nouvelle-Zélande	6	320	6 x	–	–	–	–
Oman	9	290	12	10	7	9	2
Ouganda	90	6 638	14 x	33	5	14	3
Ouzbékistan	49	2 802	5 x	19 x	4 x	4 x	13 x
Pakistan	72	22 064	32	44	15	32	6
Palaos	19	2	–	–	–	–	–
Panama	20	345	10 x	19 y	1 y	4 y	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	58	975	11 x	43 x	5 x	18 x	3 x
Paraguay	22	744	6	18 x	1 x	3 x	7 x
Pays-Bas	4	907	–	–	–	–	–
Pérou	18	2 902	8	20	0	4	–
Philippines	25	11 161	21	32 y	7 y	22 y	3
Pologne	6	2 008	6 x	–	–	–	–
Portugal	3	501	8 x	–	–	–	–
Qatar	8	97	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	15	2 446	10	28	12	10	18
République centrafricaine	164	658	14	41	7	24	2
République de Corée	5	2 488	4 x	–	–	–	–
République de Moldova	16	223	6 x	10 x	5 x	3 x	9 x
République démocratique du Congo	168	12 037	10	43	9	24	–
République démocratique populaire lao	42	682	11 x	48 x	7 x	31 x	1 x
République dominicaine	25	1 051	11	10	2	3	8
République populaire démocratique de Corée	33	1 706	6	32	5	19	–
République tchèque	4	567	7 x	–	–	–	4 x
République-Unie de Tanzanie	68	8 267	8	42	5	16	6
Roumanie	13	1 093	8 x	13 x	4 x	4 x	8 x
Royaume-Uni	5	3 858	8 x	–	–	–	–
Rwanda	54	1 909	7	44	3	11	7
Sainte-Lucie	16	15	11	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	7	5	8	–	–	–	–
Saint-Marin	2	2	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	21	9	8	–	–	–	–
Samoa	19	22	10	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	89	24	8 x	29	11	13	12
Sénégal	65	2 125	19	27	10	18	3
Serbie	7	551	5	7	4	2	16
Seychelles	14	14	–	–	–	–	–
Sierra Leone	185	984	11	44	9	22	10
Singapour	3	238	8 x	4 x	4 x	3 x	3 x
Slovaquie	8	281	7 x	–	–	–	–
Slovénie	3	102	–	–	–	–	–
Somalie	180	1 701	–	42 x	13 x	32 x	5 x
Soudan du Sud ^d	121	–	–	31	23	28	–
Soudan ^e	86	–	–	35	16	32	–
Sri Lanka	12	1 886	17	17	15	21	1
Suède	3	562	–	–	–	–	–
Suisse	4	382	–	–	–	–	–
Suriname	30	47	11 x	11 x	5 x	7 x	4 x
Swaziland	104	158	9	31	1	6	11
Tadjikistan	63	883	10 x	39	7	15	–
Tchad	169	2 047	20	39	16	30	3
Thaïlande	12	4 270	7	16 x	5 x	7 x	8 x
Timor-Leste	54	201	12 x	58	19	45	6
Togo	110	870	11	30	5	17	2
Tonga	15	14	3 x	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	28	96	19 x	–	–	–	5 x
Tunisie	16	885	5 x	9 x	3 x	3 x	9 x
Turkménistan	53	499	4 x	19 x	7 x	8 x	–
Turquie	15	6 489	11	12	1	2	–
Tuvalu	30	1	6	10	3	2	6
Ukraine	10	2 465	4	–	–	–	–
Uruguay	10	245	9	15 x	2 x	5 x	9 x
Vanuatu	13	34	10	–	–	–	5

Tableau 2. Indicateurs démographiques et d'état nutritionnel

Pays et régions	Taux de mortalité des moins de cinq ans	Nombre d'enfants de moins de cinq ans (en milliers)	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007–2011*	% d'enfants de moins de cinq ans (2007–2011*) atteints de :			
				Retard de croissance ^g	Émaciation ^g	Insuffisance pondérale ^g	Surcharge pondérale ^g
	2011		modéré et grave	modérée et grave	modérée et grave	modérée et grave	
Venezuela (République bolivarienne du)	15	2 935	8	16	5	4	6
Viet Nam	22	7 202	5	23	4	12	–
Yémen	77	4 179	–	58 x	15 x	43 x	5 x
Zambie	83	2 509	11	45	5	15	8
Zimbabwe	67	1 706	11	32	3	10	6
Mémorandum							
Soudan et Soudan du Sud ^δ	–	6 472	–	–	–	–	5 x
DONNÉES CONSOLIDÉES[#]							
Afrique subsaharienne	109	140 617	12	40	9	21	7
Afrique de l'Est et australe	84	63 188	–	40	7	18	5
Afrique de l'Ouest et centrale	132	70 843	12	39	12	23	9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	36	48 169	–	20	9	8	12
Asie du Sud	62	176 150	28	39	16	33	3
Asie de l'Est et Pacifique	20	141 248	6	12	4	6	5
Amérique latine et Caraïbes	19	52 898	8	12	2	3	7
ECO/CEI	21	28 590	7	12	1	2	16
Pays les moins avancés	98	124 162	–	38	10	23	4
Monde	51	638 681	15	26	8	16	7

La liste complète des pays et régions classés par régions et sous-régions se trouve en page 124.

δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'Organisation des Nations Unies le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan avant sa séparation (voir Mémorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux de mortalité des moins de cinq ans – Probabilité de décès entre la naissance et l'âge exact de 5 ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Insuffisance pondérale à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

Retard de croissance, modéré et grave – Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de plus de deux écarts-types à la taille médiane pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Émaciation, modérée et grave – Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de plus de deux écarts-types au poids médian pour la taille selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS).

Insuffisance pondérale, modérée et grave – Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour l'âge est inférieur de plus de deux écarts-types au poids médian pour l'âge selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS).

Surcharge pondérale, modérée et grave – Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur de plus de deux écarts-types au poids médian pour la taille selon les Normes de croissance de l'enfant (OMS).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Taux de mortalité des moins de cinq ans – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (GIEM). UNICEF/OMS/Banque mondiale/Division de la population des Nations Unies, 2012.

Nombre d'enfants de moins de cinq ans – Division de la population des Nations Unies.

Insuffisance pondérale à la naissance – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, rapports réguliers et UNICEF.

Retard de croissance, émaciation, insuffisance pondérale et surcharge pondérale – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, OMS et UNICEF.

NOTES

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

– Données non disponibles.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, sauf pour les données 2005–2006 concernant l'Inde.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant pas sur l'ensemble du pays. Si elles concernent la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

θ Les moyennes régionales pour l'insuffisance pondérale (modérée et grave), le retard de croissance (modéré et grave), l'émaciation (modérée et grave) et la surcharge pondérale (modérée et grave) sont estimées à l'aide d'une modélisation statistique des données de la base de données commune de l'UNICEF et de l'OMS sur la nutrition dans le monde, révision de 2011 (terminée en juillet 2012).

Tableau 3. Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et indicateurs relatifs aux micronutriments

Pays et régions	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2011	Démarrage précoce de l'allaitement maternel (%) 2007–2011*	% d'enfants (2007–2011*) :				Supplémentation en vitamine A (couverture complète) ^a (%) 2011	Foyers ayant du sel iodé (%) 2007–2011*
			Exclusivement nourris au sein (< 6 mois)	Consommant des aliments solides, semi-solides ou mous (6–8 mois)	Toujours allaités à 1 an (12-15 mois)	Toujours allaités à 2 ans (20-23 mois)		
Afghanistan	1 408	–	–	29 x	92 x	54 x	100	28 x
Afrique du Sud	1 052	61 x	8 x	49 x	66 x	31 x	44	–
Albanie	41	43	39	78	61	31	–	76 y
Algérie	712	50 x	7 x	39 x,y	47 x	22 x	–	61 x
Allemagne	699	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	803	55	11 x	77 x	89 x	37 x	55	45
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	605	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	693	–	–	–	55	28	–	–
Arménie	47	36	35	48 y	44	23	–	97 x
Australie	307	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	74	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	184	32 x	12 x	83 x	35 x	16 x	–	54 x
Bahamas	5	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	23	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	3 016	36 x	64	71	95	90	94	84 x
Barbade	3	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	107	21 x	9 x	38 x	18 x	4 x	–	94 y
Belgique	123	–	–	–	–	–	–	–
Belize	8	51 x	10 x	–	–	27 x	–	–
Bénin	356	32	43 x	76 y	99	92	98	86
Bhoutan	15	59	49	67	93	66	–	96 x
Bolivie (État plurinational de)	264	64	60	83	85	40	21	89 y
Bosnie-Herzégovine	32	57 x	18 x	29 x	26 x	10 x	–	62 x
Botswana	47	40	20	46 y	36	6	75	65
Brésil	2 996	43 x	41 y	70 x	50 x	25 x	–	96 x
Brunéi Darussalam	8	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	75	–	–	–	–	–	–	100 x
Burkina Faso	730	20 x	25	61	97	80	87	34 x
Burundi	288	–	69	70 y	94	79	83	98 x
Cambodge	317	65	74	82 y	83	43	92	83 y
Cameroun	716	20 x	20	63 x,y	79 x	24	–	49 x
Canada	388	–	–	–	–	–	–	–
Cap-Vert	10	73 x	60 x	80 x	77 x	13 x	–	75
Chili	245	–	–	–	–	–	–	–
Chine	16 364	41	28	43 y	37	–	–	97 y
Chypre	13	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	910	57	43	86	59	33	–	–
Comores	28	25 x	21 x	34 x	65 x	45 x	–	82 x
Congo	145	39 x	19 x	78 x	82 x	21 x	–	82 x
Costa Rica	73	–	15 x	92	67	40	–	–
Côte d'Ivoire	679	25 x	4 x	51 x	87 x	37 x	100	84 x
Croatie	43	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	110	70 x	49	77	25	17	–	88 x
Danemark	64	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	26	67	1 x	35 x	54 x	18 x	95	0 x
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	1 886	56	53	70	78	35	–	79
El Salvador	126	33	31	72 y	73	54	–	62 x
Émirats arabes unis	94	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	298	–	40 x	77 x	62 x	23 x	–	–
Érythrée	193	78 x	52 x	43 x	92 x	62 x	46	68 x
Espagne	499	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	16	–	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	137	–	27 x	–	–	–	–	86 x
États-Unis	4 322	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	2 613	52	52	55 x	96	82	71	15 y
ex-République yougoslave de Macédoine	22	21	23	41	34	13	–	94 x
Fédération de Russie	1 689	–	–	–	–	–	–	35 x
Fidji	18	57 x	40 x	–	–	–	–	–
Finlande	61	–	–	–	–	–	–	–

Tableau 3. Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et indicateurs relatifs aux micronutriments

Pays et régions	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2011	Démarrage précoce de l'allaitement maternel (%) 2007–2011*	% d'enfants (2007–2011*) :				Supplémentation en vitamine A (couverture complète) ^a (%) 2011	Foyers ayant du sel iodé (%) 2007–2011*
			Exclusivement nourris au sein (< 6 mois)	Consommant des aliments solides, semi-solides ou mous (6–8 mois)	Toujours allaités à 1 an (12-15 mois)	Toujours allaités à 2 ans (20-23 mois)		
France	792	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	42	71 x	6 x	62 x	43 x	9 x	–	36 x
Gambie	67	52	34	34	94	31	93	21
Géorgie	51	69	55	43 y	37	17	–	100
Ghana	776	52	63	76	95	44	–	32 x
Grèce	117	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	2	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	473	56	50	71 y	79	46	28	76
Guinée	394	40 x	48	32 y	100	–	88	41
Guinée-Bissau	59	55	38	43	97	65	100	12
Guinée équatoriale	26	–	24 x	–	–	–	–	33 x
Guyana	13	43 x	33	81	62	49	–	11
Haïti	266	44 x	41 x	90 x	83 x	35 x	36	3 x
Honduras	205	79 x	30 x	84 x	72 x	48 x	–	–
Hongrie	100	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	73	31	77 y	64	53	–	–
Îles Salomon	17	75	74	81 y	84	67	–	–
Inde	27 098	41 x	46 x	56 x	88 x	77 x	66	71
Indonésie	4 331	29	32	85	80	50	76	62 y
Iran (République islamique d')	1 255	56 x	23 x	68 x	90 x	58 x	–	99 x
Iraq	1 144	31 x	25 x	62 x	68 x	36 x	–	28 x
Irlande	72	–	–	–	–	–	–	–
Islande	5	–	–	–	–	–	–	–
Israël	156	–	–	–	–	–	–	–
Italie	557	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	50	62 x	15 x	36 x	49 x	24 x	–	–
Japon	1 073	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	154	39	22	84 y	46	11	–	88 x
Kazakhstan	345	64 x	17 x	50 x	57 x	16 x	–	92 x
Kenya	1 560	58	32	85	86	54	–	98
Kirghizistan	131	65 x	32 x	60 x	68 x	26 x	–	76 x
Kiribati	–	–	69	–	89	82	–	–
Koweït	50	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	60	53	54	68	77	35	–	84
Lettonie	24	–	–	–	–	–	–	–
Liban	65	–	15	35 x	38	15	–	71
Libéria	157	44	34 y	51 y	89	41	96	–
Libye	144	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	35	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	6	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	747	72	51	86	92	61	91	53
Malaisie	579	–	–	–	–	–	–	18
Malawi	686	58 x	72	86	96	77	96	50 x
Maldives	5	64	48	91	77	68	–	44 x
Mali	728	46 x	38 x	25 x	94 x	56 x	96	79 x
Malte	4	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	620	52 x	31 x	66 x	57 x	15 x	–	21 x
Maurice	16	–	21 x	–	–	–	–	–
Mauritanie	118	81	46	61 y	90	47 y	100	23
Mexique	2 195	18	19	27	–	–	–	91 x
Micronésie (États fédérés de)	3	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	65	71	59	78	82	66	85	70
Monténégro	8	25 x	19 x	35 x	25 x	13 x	–	71 x
Mozambique	889	63	41	86	91	52	100	25
Myanmar	824	76	24	81 y	91	65	96	93
Namibie	60	71	24 x	91 x	69 x	28 x	–	63 x
Nauru	–	76	67	65 y	68	65	–	–
Népal	722	45	70	66	93	93	91	80
Nicaragua	138	54	31	76 y	68	43	2	97 x
Niger	777	42	27	65 y	95	–	95	32

◀ **Tableau 3. Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et indicateurs relatifs aux micronutriments**

Pays et régions	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2011	Démarrage précoce de l'allaitement maternel (%) 2007–2011*	% d'enfants (2007–2011*) :				Supplémentation en vitamine A (couverture complète) ^d (%) 2011	Foyers ayant du sel iodé (%) 2007–2011*
			Exclusivement nourris au sein (< 6 mois)	Consommant des aliments solides, semi-solides ou mous (6–8 mois)	Toujours allaités à 1 an (12-15 mois)	Toujours allaités à 2 ans (20-23 mois)		
Nigéria	6 458	38	13	76	85	32	73	52
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	61	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	64	–	–	–	–	–	–	–
Oman	50	85 x	–	91 x	95 x	73 x	–	69 x
Ouganda	1 545	42 x	62	75 x	87	46	60	96 x
Ouzbékistan	589	67 x	26 x	47 x	78 x	38 x	95	53 x
Pakistan	4 764	29	37	36 y	79	55	90	69
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	70	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	208	–	56 x	76 x,y	89 x	72 x	12	92 x
Paraguay	158	47	24	67 y	38	14	–	93
Pays-Bas	181	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	591	51	71	82	77 y	55 y	–	91
Philippines	2 358	54	34	90	58	34	91	45 x
Pologne	410	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	97	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	21	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	466	46	43	–	56	25	–	79 x
République centrafricaine	156	43	34	56 x,y	86 x	32	0	65
République de Corée	479	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	44	65 x	46 x	18 x	41 x	2 x	–	60 x
République démocratique du Congo	2 912	43	37	52	87	53	98	59
République démocratique populaire lao	140	30 x	26 x	41 x	82 x	48 x	92	84 x
République dominicaine	216	65	8	88	34	12	–	19 x
République populaire démocratique de Corée	348	18	65 x	31 x	86	36	100	25 y
République tchèque	116	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	1 913	49	50	92	94	51	97	59
Roumanie	221	–	16 x	41 x	–	–	–	74 x
Royaume-Uni	761	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	449	71	85	79	95	84	76	99
Sainte-Lucie	3	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	100 x
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	4	88	51	71 y	72	74	–	–
Sao Tomé-et-Principe	5	45	51	74	92	20	44	86
Sénégal	471	23 x	39	61 x	97	51	–	47
Serbie	110	8	14	84	18	15	–	32
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	227	45	32	25	84	48	99	63
Singapour	47	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	58	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	20	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	416	26 x	9 x	16 x	50 x	35 x	12	1 x
Soudan ^d	–	–	41	51	88	40	–	10
Soudan du Sud ^d	–	–	45	21	82	38	–	54
Sri Lanka	373	80	76	87 y	92	84	–	92 y
Suède	113	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	77	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	10	34 x	2 x	58 x	39 x	15 x	–	–
Swaziland	35	55	44	66	60	11	41	52
Tadjikistan	194	57 y	25 x	15 x	75 x	34 x	99	62
Tchad	511	29	3	46	88	59	–	54
Thaïlande	824	50 x	15	–	–	–	–	47 x
Timor-Leste	44	82	52	82	71	33	59	60
Togo	195	46	62	44	93	64	22	32
Tonga	3	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	20	41 x	13 x	83 x	34 x	22 x	–	28 x
Tunisie	179	87 x	6 x	61 x,y	48 x	15 x	–	97 x
Turkménistan	109	60 x	11 x	54 x	72 x	37 x	–	87 x

Tableau 3. Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et indicateurs relatifs aux micronutriments

Pays et régions	Nombre annuel de naissances (en milliers) 2011	Démarrage précoce de l'allaitement maternel (%) 2007–2011*	% d'enfants (2007–2011*) :				Supplémentation en vitamine A (couverture complète) ^Δ (%) 2011	Foyers ayant du sel iodé (%) 2007–2011*
			Exclusivement nourris au sein (< 6 mois)	Consommant des aliments solides, semi-solides ou mous (6–8 mois)	Toujours allaités à 1 an (12-15 mois)	Toujours allaités à 2 ans (20-23 mois)		
Turquie	1 289	39	42	68 y	67	22	–	69
Tuvalu	–	15	35	40 y	54	51	–	–
Ukraine	494	41	18	86	26	6	–	18 x
Uruguay	49	59	65	35 y	45	27	–	–
Vanuatu	7	72	40	68	79	32	–	23
Venezuela (République bolivarienne du)	598	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	1 458	40	17	50	74	19	99 w	45
Yémen	940	30 x	12 x	76 x	–	–	9	30 x
Zambie	622	57	61	94	94	42	72	77 x
Zimbabwe	377	69 x	31	86	87	20	56	94 y
Mémorandum								
Soudan et Soudan du Sud ^δ	1 447	–	–	–	–	–	–	–
DONNÉES CONSOLIDÉES*								
Afrique subsaharienne	32 584	48	37	71	90	50	78	49
Afrique de l'Est et Afrique australe	14 399	56	52	84	91	59	72	50
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	16 712	41	25	65	89	43	83	52
Moyen-Orient et Afrique du Nord	10 017	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	37 402	39	47	55	87	75	73	71
Asie de l'Est et Pacifique	28 448	41	28	57	51	42 **	85 **	87
Amérique latine et Caraïbes	10 790	–	37	–	–	–	–	–
ECO/CEI	5 823	–	–	–	–	–	–	–
Pays les moins avancés	28 334	52	49	68	92	64	82	50
Monde	135 056	42	39	60	76	58 **	75 **	75

La liste complète des pays et régions classés par régions et sous-régions se trouve en page 124.

δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'Organisation des Nations Unies le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majeure partie des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan avant sa séparation (voir Mémorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Démarrage (ou initiation) précoce de l'allaitement maternel – Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure suivant leur naissance.

Allaitement maternel exclusif (< 6 mois) – Pourcentage d'enfants de 0 à 5 mois ayant été nourris exclusivement au lait maternel au cours des dernières 24 heures.

Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6-8 mois) – Pourcentage d'enfants de 6 à 8 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous au cours des dernières 24 heures.

Poursuite de l'allaitement maternel à 1 an (12-15 mois) – Pourcentage d'enfants de 12 à 15 mois ayant consommé du lait maternel au cours des dernières 24 heures.

Poursuite de l'allaitement maternel à 2 ans (20-23 mois) – Pourcentage d'enfants de 20 à 23 mois ayant consommé du lait maternel au cours des dernières 24 heures.

Supplémentation en vitamine A (couverture complète) – Estimation du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de supplémentation en vitamine A.

Foyers ayant du sel iodé – Pourcentage de foyers consommant du sel dûment iodé (au moins 15 parties par million).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Nombre annuel de naissances – Division de la population des Nations Unies.

Allaitement maternel – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.

Supplémentation en vitamine A – UNICEF.

Foyers ayant du sel iodé – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.

NOTES

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

– Données non disponibles.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, sauf pour les données 2005–2006 concernant l'Inde.

y Données ne correspondant pas à la définition standard ou ne portant pas sur l'ensemble du pays. Si elles concernent la période de référence indiquée, ces données sont incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

w Indique les pays dotés de programmes nationaux de supplémentation en vitamine A ciblant une tranche d'âge réduite. La couverture indiquée se rapporte au groupe ciblé.

Δ La couverture totale en ce qui concerne les suppléments en vitamine A est définie comme le plus bas des deux points de couverture annuels (c'est-à-dire le point le plus faible entre la tournée no 1 [janvier-juin] et la tournée no 2 [juillet-décembre] de 2011).

** À l'exception de la Chine.

Classification régionale

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et Afrique australe; Afrique de l'Ouest et Afrique centrale; Djibouti; Soudan¹

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Burundi; Comores; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Namibie; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Soudan du Sud¹; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Bénin; Burkina Faso; Cameroun; Cap-Vert; Congo; Côte d'Ivoire; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; République centrafricaine; République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Tchad; Togo

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Égypte; Émirats arabes unis; État de Palestine; Iran (République islamique d'); Iraq; Jordanie; Koweït; Liban; Libye; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan¹; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie de l'Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République de Corée; République démocratique populaire lao; République populaire démocratique de Corée; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie (État plurinational de); Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Sainte-Lucie; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les Grenadines; Suriname; Trinité-et-Tobago; Uruguay; Venezuela (République bolivarienne du)

Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants (ECO/CEI)

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie-Herzégovine; Bulgarie; Croatie; ex-République yougoslave de Macédoine; Fédération de Russie; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Monténégro; Ouzbékistan; République de Moldova; Roumanie; Serbie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine

Pays/régions les moins avancés

Classés comme tels par le Haut-Représentant des Nations Unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement (UN-OHRLS). Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique du Congo; République démocratique populaire lao; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan¹; Soudan du Sud¹; Tchad; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie

Notes générales sur les données

Les données présentées dans ce rapport sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui regroupent uniquement des informations comparables au plan international et statistiquement fiables. En outre, des données issues de l'organisme des Nations Unies compétent ont été utilisées chaque fois que cela était possible. En l'absence d'estimations de ce type normalisées au niveau international, les profils des pays s'appuient sur d'autres sources, notamment des données tirées d'enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Les données présentées reflètent les dernières estimations disponibles fin 2012. Des informations plus détaillées sur la méthodologie employée et les sources des données sont disponibles sur le site <www.childinfo.org>.

Il est impossible de comparer les données de rapports consécutifs : certaines informations présentées dans ce rapport sont tributaires de l'évolution des méthodologies et des révisions des séries chronologiques. Pour d'autres indicateurs, il n'existe pas de données comparables d'une année sur l'autre. C'est pourquoi il est déconseillé de comparer les données de rapports consécutifs.

¹ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'Organisation des Nations Unies le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan avant sa séparation et sont intégrées dans les moyennes concernant le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Afrique subsaharienne et les pays/régions les moins avancés. Le Soudan du Sud est classé parmi les pays les moins avancés aux fins du présent rapport.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

Courriel : pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/french

25 dollars É.-U.

ISBN : 978-92-806-4687-0

Publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.XX.4

