

PROGRÈS POUR LES ENFANTS

UN BILAN DE LA NUTRITION

NUMÉRO 4, AVRIL 2006



1 **Avant-propos**
LA NUTRITION ET LES OMD

2 **Nutrition**
LE FONDEMENT DE LA SURVIE ET DU DÉVELOPPEMENT

12 **Asie du Sud**
LA MOITIÉ DES ENFANTS DU MONDE PRÉSENTANT UNE INSUFFISANCE PONDÉRALE

14 **Afrique de l'Est et australe**
DANS L'IMPASSE

16 **Afrique de l'Ouest et centrale**
DE LENTS PROGRÈS

18 **Moyen-Orient/Afrique du Nord**
DE GRANDS PAYS RÉTROGRADENT

20 **Asie de l'Est et Pacifique**
LA CHINE EN TÊTE

TABLE DES MATIÈRES

22 **Amérique latine et Caraïbes**
EN BONNE VOIE, MAIS DE FORTES DISPARITÉS SUBSISTENT

24 **Europe centrale et orientale et Communauté
d'États indépendants**
LA 'FAIM CACHÉE' EST PRÉOCCUPANTE

26 **Pays industrialisés**
RÉUSSITES ET DISPARITÉS

28 **Note finale**
C'EST MAINTENANT QU'IL FAUT AGIR

30 **Tableau**
DÉNUTRITION DES ENFANTS

La réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, l'abaissement de la mortalité infantile et la réalisation de tous les autres Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernant la santé et l'éducation sont largement tributaires des progrès en matière de nutrition. Si l'on ne vient pas à bout de la dénutrition, il sera difficile d'atteindre les autres OMD.

Chaque année, la dénutrition contribue au décès d'environ 5,6 millions d'enfants de moins de cinq ans. Un enfant de moins de cinq ans sur quatre – soit 146 millions d'enfants dans le monde en développement – présente une insuffisance pondérale au regard de son âge, ce qui augmente son risque de décès prématuré.

Lorsque la nutrition ne répond pas aux attentes, il en résulte un grand préjudice pour les individus et l'ensemble de la société. Lorsque les femmes enceintes ne reçoivent pas une alimentation adéquate, elles mettent au monde des enfants présentant une insuffisance pondérale, ce qui compromet leurs chances de survie. Lorsque les filles sont sous-alimentées, c'est leur future capacité de donner naissance à des enfants sains qui est menacée. La dénutrition et les carences en micronutriments peuvent causer des retards de développement chez les jeunes pendant toute l'enfance et l'adolescence, les rendant moins productifs une fois devenus adultes.

Le présent bilan – le quatrième d'une série de l'UNICEF qui surveille les progrès accomplis en faveur des enfants – mesure les résultats obtenus au plan mondial dans le domaine de la nutrition, en prenant comme indicateur principal le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale. La communauté internationale a promis de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale, mais nous ne sommes toujours pas près d'atteindre cet objectif.

Nous pouvons faire des progrès en un laps de temps très court. Des stratégies ayant fait leurs preuves ont permis au monde d'aller de l'avant. La promotion de l'allaitement au sein par

LA NUTRITION ET LES OMD

exemple, ou la supplémentation en vitamine A et la campagne mondiale d'iodation du sel, sont trois interventions d'importance critique.

Le présent bilan montre bien que si le monde ne change pas de priorités, il n'atteindra pas la cible de la réduction de moitié de la proportion d'enfants souffrant de dénutrition. Mais il montre tout aussi bien qu'il est encore possible de réduire la dénutrition si l'on tire les enseignements des 15 dernières années. On ne peut imaginer objectif plus important : un monde dans lequel les enfants vivraient à l'abri de la pauvreté et de la faim.



Ann M. Veneman
Directrice générale de l'UNICEF



Dans le monde en développement, 146 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale et plus de la moitié d'entre eux vivent en Asie du Sud. En Asie du Sud, la prévalence de cas d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est de loin la plus répandue du monde en développement, en proportion et en nombre absolus.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'insuffisance pondérale modérée et grave.

Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les dernières estimations disponibles concernant la prévalence de l'insuffisance pondérale dans 110 pays en développement (1996-2005).

NUTRITION : LE FONDEMENT DE LA SURVIE ET DU DÉVELOPPEMENT

Améliorer la nutrition, en particulier dans la petite enfance, est indispensable pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

La dénutrition, chez les enfants en particulier, est un véritable carcan qui enserre l'humanité, empêchant de nombreux individus, voire des sociétés entières, de réaliser pleinement leur potentiel. Les enfants dénutris ont une moindre résistance à l'infection et risquent plus de succomber à des maladies de l'enfance courantes comme la diarrhée et les infections respiratoires. Les survivants peuvent être pris dans un engrenage de maladies à répétition et de problèmes de croissance, qui s'accompagne souvent d'atteintes irréversibles à leur développement cognitif et social.

Pour les générations actuelles et futures, une bonne alimentation est la pierre angulaire de la survie, de la santé et du développement. Si leur alimentation est suffisante, les femmes courent moins de risques pendant la grossesse et l'accouchement, et leurs enfants peuvent s'engager dans de meilleures conditions sur la voie du développement, tant physique que mental. Bien nourris, ils auront une meilleure scolarité, une meilleure santé une fois adultes et donneront à leurs propres enfants un meilleur départ dans la vie.

Une bonne nutrition a également d'importantes retombées sur l'économie. Lorsque les populations sont bien nourries, la productivité individuelle est en hausse, les dépenses de santé sont en baisse et la production économique s'accroît.

L'OMD 1 consiste à réduire l'extrême pauvreté et la faim, en affirmant le lien fondamental qui les unit – la faim est souvent tout à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté. Dans toutes les régions du monde, en l'absence de politiques publiques résolues, les pauvres ont tendance à avoir de moins bons régimes alimentaires que les riches. Et les personnes dont l'alimentation est insuffisante doivent batailler davantage pour échapper ou s'arracher à la pauvreté que les personnes en meilleure santé et bien nourries.

Il est indispensable de venir à bout du problème de l'alimentation dans le monde pour atteindre n'importe quel autre OMD. La dénutrition est la cause sous-jacente d'environ 53 % des décès d'enfants de moins de cinq ans¹, ce qui veut dire que l'OMD 4 et la cible qui lui correspond –

réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans – ne sauraient être atteints sans que l'on améliore la nutrition des jeunes enfants et de leur mère.

Les autres objectifs liés à la santé – l'OMD 5 sur la santé maternelle et l'OMD 6 sur la lutte contre les principales maladies – sont eux aussi étroitement liés à la nutrition, tant il est vrai qu'un organisme dénutri est en tout point plus vulnérable. La dénutrition nuit à la fréquentation et aux résultats scolaires des enfants et est révélatrice de partis pris dans l'accès à l'alimentation et aux services de santé, domaine dans lesquels les femmes jouent un rôle essentiel pour leur famille. On voit donc que les objectifs concernant l'éducation (OMD 2) et l'égalité des sexes (OMD 3) ont peu de chances d'être atteints si l'on ne s'attaque pas au problème de la dénutrition.

Qu'entend-on par dénutrition ?

Le présent bilan utilise principalement le terme **dénutrition**, défini comme la résultante d'une consommation d'aliments insuffisante (faim) et de maladies infectieuses à répétition. La dénutrition, c'est tout à la fois avoir un poids insuffisant pour son âge, une taille trop courte pour son âge (retard de croissance), être dangereusement émacié (cachexie) et présenter une carence en vitamines et en minéraux (carence en micronutriments).

Lorsque les personnes sont dénutries, leur organisme n'est plus en mesure d'assurer ses fonctions naturelles, telles que la croissance, la résistance à l'infection et le rétablissement après une maladie, l'apprentissage et le travail physique, et, chez la femme, la grossesse et la lactation. L'alimentation insuffisante des nourrissons et des jeunes enfants, en particulier l'absence d'allaitement au sein dans les meilleures conditions et d'alimentation complémentaire adaptée, ainsi que des maladies telles que la diarrhée, la pneumonie, le paludisme et le VIH/SIDA, souvent aggravées par des helminthes, sont des causes majeures de dénutrition².

La seconde cible correspondant à l'OMD 1 consiste à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim. L'indicateur de suivi des progrès – sur lequel porte le présent bilan – est le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale et, plus spécifiquement, le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui présentent un indice de poids inférieur de deux écarts-types à la médiane du poids correspondant à leur âge au sein de la population de référence.

Les estimations concernant le taux d'insuffisance pondérale reposent sur les données les plus récentes (correspondant aux années allant de 1996 à 2005) disponibles pour l'UNICEF, émanant de 110 pays et rendant compte de 98 % de la population des moins de cinq ans du monde en développement. L'étude s'appuie sur 73 pays disposant de données sur les tendances pour 1990-2004 et couvre 86 % des enfants vivant dans les pays en développement.

Combien y a-t-il d'enfants présentant une insuffisance pondérale ?

Dans le monde en développement, un enfant de moins de cinq ans sur quatre – 27 % – souffre d'insuffisance pondérale, soit au total quelque 146 millions d'enfants, sur la base des estimations les plus récentes. Près des trois quarts de ces enfants vivent dans 10 pays.

Sur les 146 millions d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale dans le monde en développement, 106 millions – 73 % -- vivent dans 10 pays seulement.

Inde, 57 millions

Bangladesh, 8 millions

Pakistan, 8 millions

Chine, 7 millions

Nigéria, 6 millions

Éthiopie, 6 millions

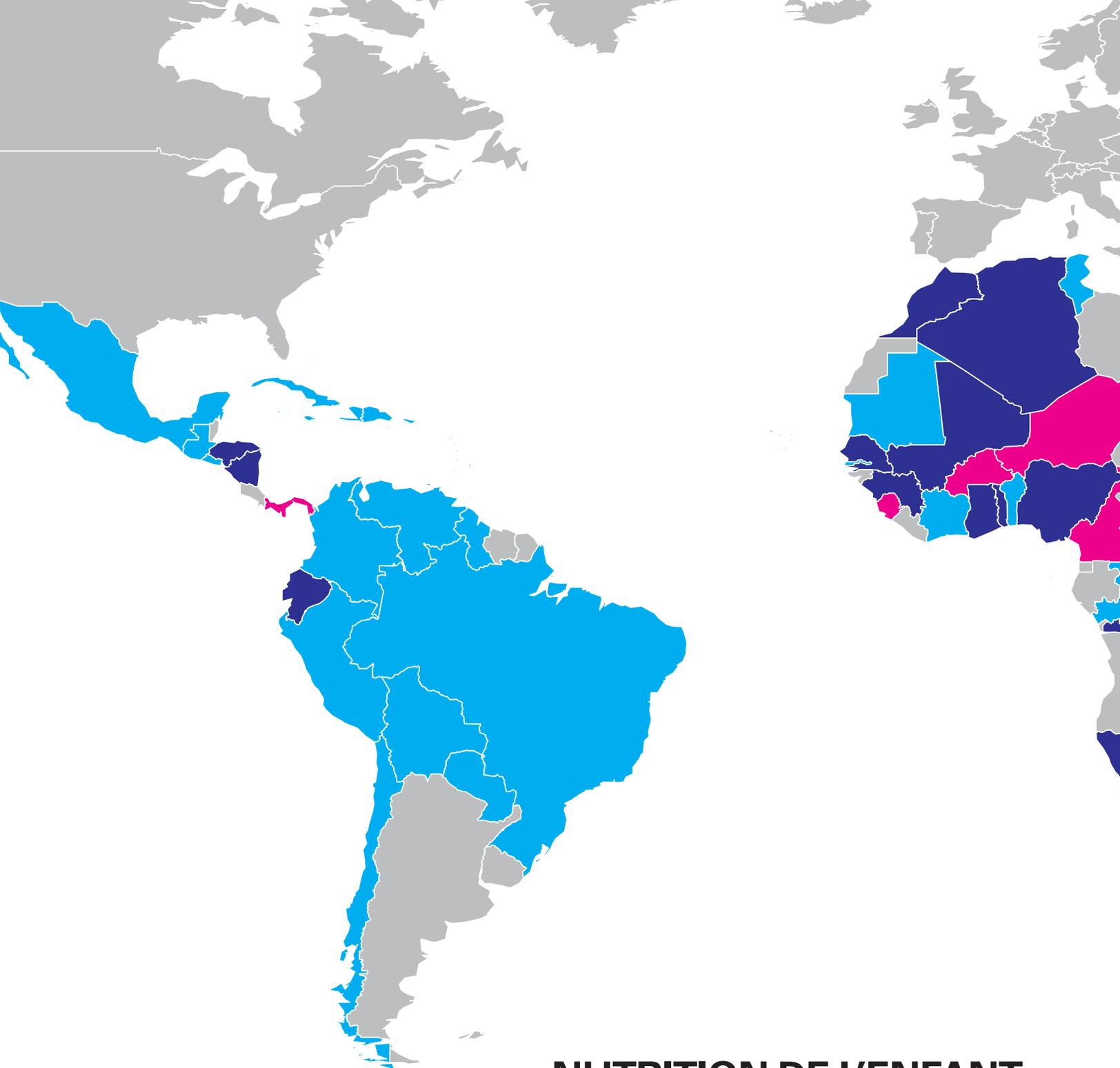
Indonésie, 6 millions

République démocratique du Congo, 3 millions

Philippines, 3 millions

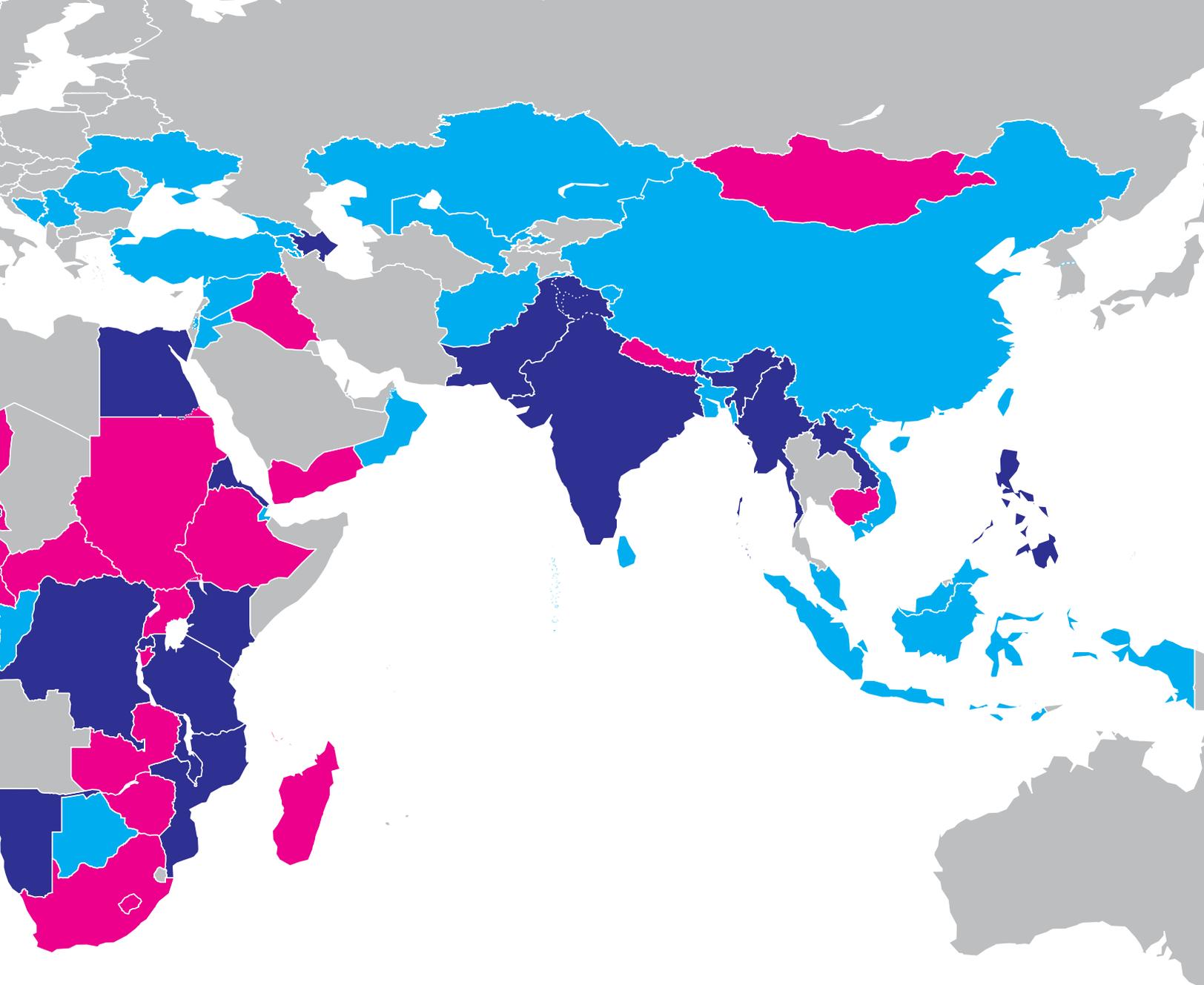
Viet Nam, 2 millions

Autres pays en développement, 40 millions



NUTRITION DE L'ENFANT

Si l'on n'accélère pas le rythme du progrès, la cible de l'OMD ne sera pas atteinte. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est l'indicateur utilisé pour mesurer les progrès vers la cible de l'OMD (réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim). Le progrès est calculé en comparant le taux annuel moyen de régression (TAMR) basé sur les données tendanciennes pour la période 1990-2004 avec le TAMR nécessaire pour parvenir à une réduction de 50 % sur une période 25 ans (1990-2015). Le rythme de changement nécessaire pour parvenir au but est un taux constant de 2,8 % pour tous les pays.



OMD 1 : éradiquer la pauvreté extrême et la faim

Cible : diminuer de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim entre 1990 et 2015

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée et grave).

Les pays et territoires sont regroupés en fonction des classifications suivantes :

- **En bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD :** le TAMR est de 2,6 % ou plus ou les dernières estimations disponibles de la prévalence des cas d'insuffisance pondérale (depuis 1999 ou plus tard) est de 5 % ou moins, quel que soit le TAMR.
- **En progrès, mais insuffisant :** le TAMR est entre 0,6 et 2,5 % compris.
- **Pas de changement ou aggravation :** le TAMR est de 0,5 % ou moins.
- **Données insuffisantes :** pas de données tendancielle disponibles.

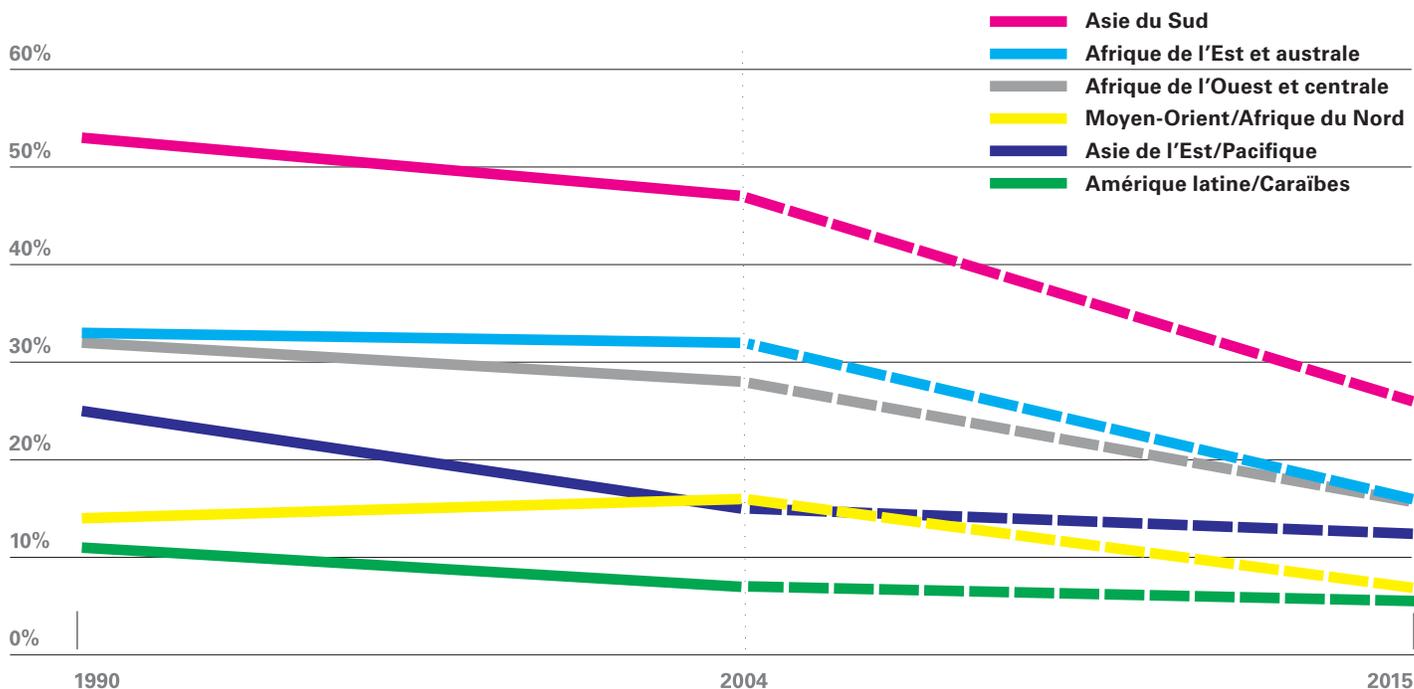
La carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires ou quant au tracé de leurs frontières.

Les traits en pointillé représentent approximativement la Ligne de contrôle établie à Jammu et au Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord entre les parties.

Il faut accélérer les progrès vers la cible des OMD. La prévalence des cas d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale a diminué depuis 1990 dans le monde en développement mais le taux de régression doit s'accélérer pour réduire de moitié la dénutrition dans le monde d'ici à 2015. Les lignes continues montrent les proportions, au niveau régional, d'enfants présentant une insuffisance pondérale en 1990 et 2004. Les lignes en pointillé indiquent les progrès à faire pour atteindre la cible.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée et grave).

Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les dernières estimations disponibles provenant d'un groupe de 73 pays qui avaient des données disponibles pour la période 1990-2004. L'ECO/CEI ne figure pas sur le graphique car l'insuffisance des données ne permet pas de mesurer les progrès.



L'Asie du Sud a de loin le plus fort taux d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans (46 %). En Afrique subsaharienne, 28 % des enfants présentent une insuffisance pondérale; les taux les plus faibles concernent l'Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants (ECO/CEI, avec 5 %) et l'Amérique latine et les Caraïbes (7 %).

On relève des taux similaires pour le retard de croissance (la taille des enfants est petite pour leur âge, indicateur éloquent de dénutrition chronique) et la cachexie (le poids des enfants est faible pour leur taille, ce qui dénote une dénutrition aiguë qui apparaît souvent dans les situations d'urgence). L'Asie du Sud a les taux les plus élevés du monde : 44 % de ses enfants sont atteints d'un retard de croissance et 15 % de cachexie, ce qui représente des taux très supérieurs à ceux de la plupart des autres régions.

L'Afrique subsaharienne arrive en deuxième position pour le pourcentage d'enfants accusant des retards de croissance (41% en Afrique de l'Est et australe et 35 % en Afrique de l'Ouest et centrale); pour la proportion d'enfants souffrant de cachexie, l'Asie du Sud est suivie par l'Afrique de l'Ouest et centrale (10 %), le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (8 %) et l'Afrique de l'Est et australe (7 %). Comme pour l'insuffisance pondérale, la région de l'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants et celle de l'Amérique latine et des Caraïbes ont les pourcentages les plus faibles pour le retard de croissance, avec 14 % et 16 %, respectivement, et la cachexie, avec 3 % et 2 %.

Certains progrès ont été réalisés : la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale dans les pays en développement a été ramenée de 33 % à 28 % entre 1990 et 2004³. Pendant cette période, la baisse la plus forte a été enregistrée dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, où le pourcentage a été ramené de 25 % à 15 %. Cette amélioration est due pour l'essentiel aux progrès réalisés en Chine, où le taux d'insuffisance pondérale a été réduit de plus de moitié; la Chine représente 59 % de la population des moins de cinq ans de la région. L'Asie du Sud a également progressé encore que les taux actuels demeurent manifestement élevés. La région de l'Amérique latine et des Caraïbes, elle aussi, a réduit son pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale.

Mais il n'y a pas eu de grands changements en Afrique subsaharienne, où le taux d'insuffisance pondérale est demeuré pratiquement le même sur 1990-2004. En fait, cette absence de progrès conjuguant ses effets avec l'accroissement démographique, le nombre total d'enfants présentant une insuffisance pondérale y a augmenté.

La cible correspondant à l'OMD 1 sera-t-elle atteinte ?

En dépit d'une amélioration globale survenue entre 1990 et 2004, le rythme actuel de diminution du pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale dans le monde en développement n'est pas assez rapide pour que soit atteinte la cible de l'OMD consistant à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim. Le taux annuel moyen de régression (TAMR) est de

1,7 % : s'il ne s'améliore pas, 50 millions d'enfants qui auraient pu bénéficier d'une alimentation suffisante d'ici à 2015 seront lésés et leur vie sera en danger⁴.

Avec un TAMR de 3,8 %, la région de l'Amérique latine et des Caraïbes devrait atteindre la cible et la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, avec un TAMR de 3,6 %, l'a déjà presque atteinte. Soulignons-le à nouveau, les progrès de cette région sont pour l'essentiel dus à la Chine, où le taux d'insuffisance pondérale a été ramené de 19% en 1990 à 8 % en 2002 (sans la Chine, toutefois, la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique ne devrait pas atteindre cette cible).

L'Afrique de l'Ouest et centrale (RAMR de 1,6 %) et l'Asie du Sud (1,7 %) ont progressé, mais pas suffisamment pour atteindre la cible.

Il n'y a eu aucun changement en Afrique de l'Est et australe, tandis que la situation s'est dégradée dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, dont le TAMR est de -1,6 %. Cette dégradation est principalement due à la situation

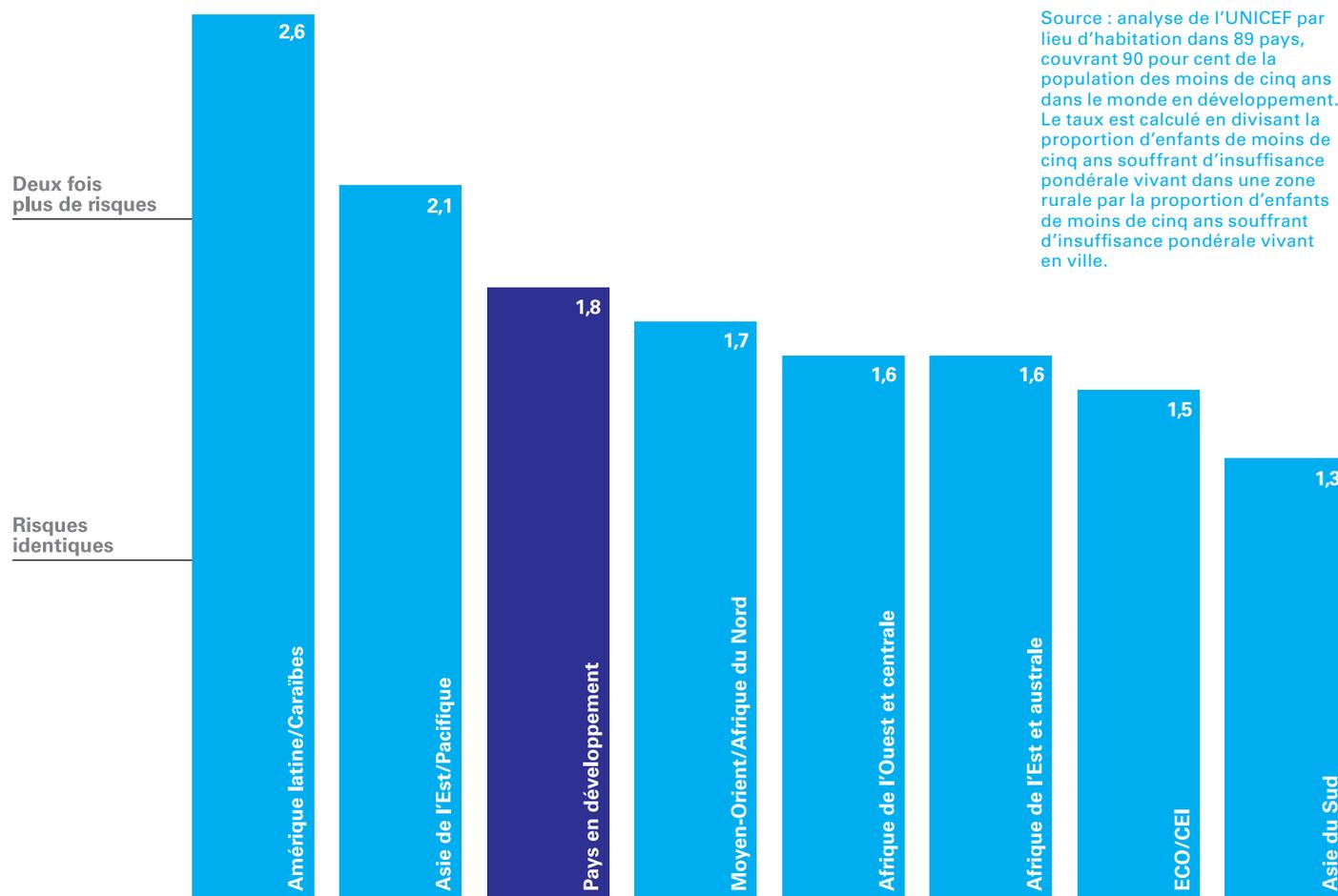
existante dans trois pays – l'Iraq, le Soudan et le Yémen – dont la nombreuse population a été touchée par des conflits ou des catastrophes naturelles.

On ne dispose pas de suffisamment de données pour suivre les progrès réalisés dans la région de l'ECO/CEI, où les taux de dénutrition sont dans l'ensemble déjà faibles.

Il importe de noter que le suivi des progrès accomplis vers cet objectif, pour lequel l'année de référence est 1990, est limité par le fait que beaucoup de pays ne disposaient pas de données concernant le taux d'insuffisance pondérale au début des années 90 (les données correspondant à cet indicateur sont devenues plus largement disponibles au milieu des années 90). Les pays à données insuffisantes sont ceux qui ne disposent pas de données ou qui ne disposent que d'une seule estimation du taux d'insuffisance pondérale, mais non de données tendanciennes. On trouvera dans les pages qui suivent d'autres renseignements sur la tendance dégagée dans chaque région, y compris des données par pays.

Les enfants des zones rurales risquent près de deux fois plus de souffrir d'insuffisance pondérale que les enfants des agglomérations urbaines. Ces disparités monde rural/ monde urbain sont les plus marquées en Amérique centrale/Caraïbes et Asie de l'Est/Pacifique, où les enfants vivant dans les régions rurales risquent respectivement 2,6 et 2,1 fois plus de présenter une insuffisance pondérale que les enfants des villes.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée et grave) ; taux de prévalence des cas d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans vivant dans les zones rurales comparé à ceux vivant en zones urbaines.



Disparités

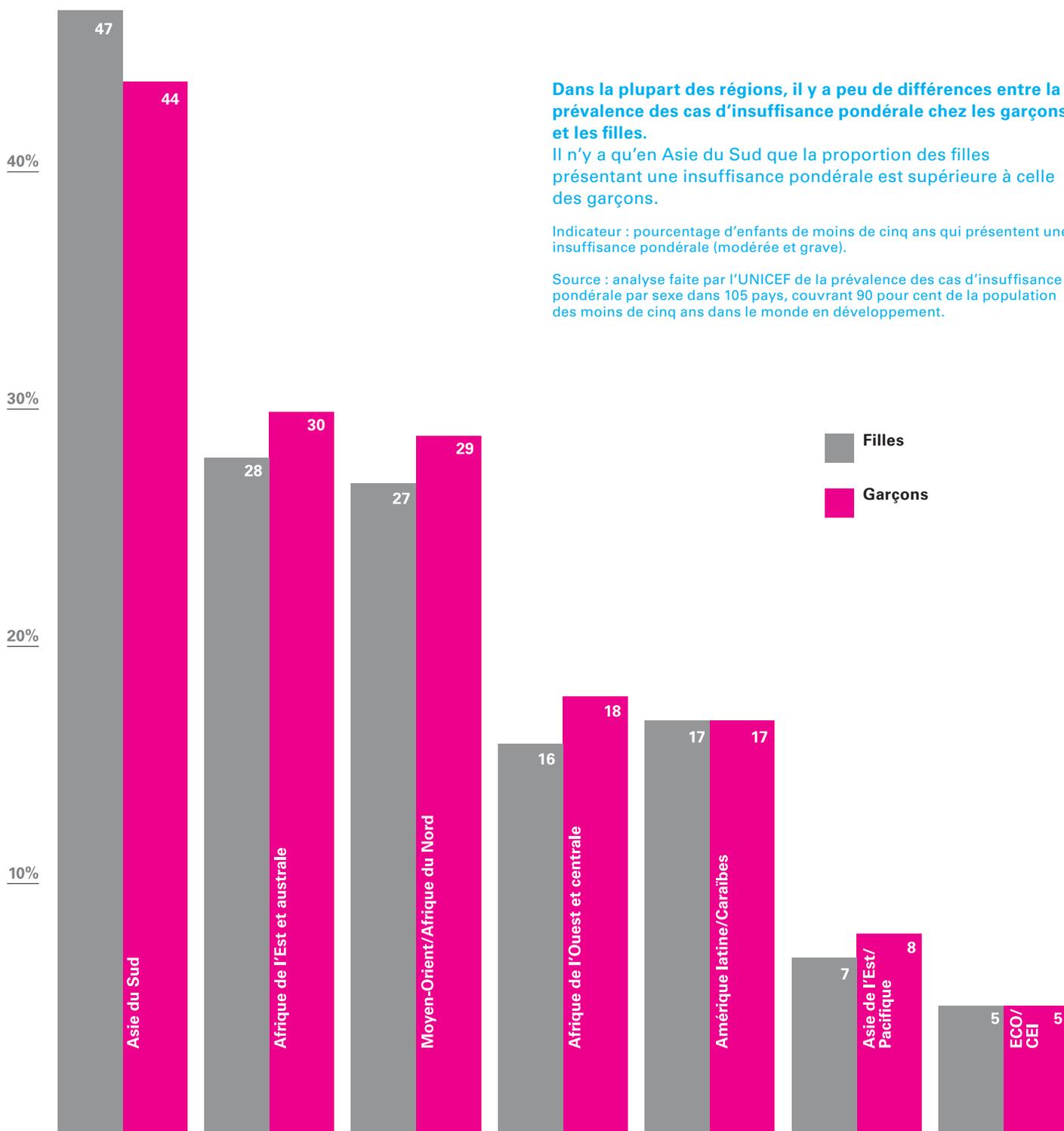
Les moyennes globales calculées pour les régions, voire pour chaque pays masquent généralement des disparités. Un pays à faible taux moyen d'insuffisance pondérale peut conserver d'importantes poches de dénutrition dans une région donnée ou parmi certains sous-groupes de la population.

Les statistiques ventilées font apparaître des disparités substantielles entre enfants des milieux rural et urbain (voir graphique p.7). En moyenne, le taux d'insuffisance pondérale parmi les enfants du milieu rural est presque le double de ceux du milieu urbain⁵. Mais les taux d'insuffisance pondérale élevés rencontrés dans les taudis urbains de nombreux pays en développement restent préoccupants.

On relève également d'importantes disparités entre le cinquième le plus pauvre et le cinquième le plus riche des

ménages et, en moyenne, les enfants appartenant au cinquième le plus pauvre courent un risque deux fois plus grand de présenter une insuffisance pondérale que les enfants appartenant au cinquième le plus riche⁶. Les plus grandes disparités entre riches et pauvres s'observent dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, où les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres risquent 3,6 fois plus de présenter une insuffisance pondérale que les enfants appartenant aux ménages les plus riches. Les disparités les plus faibles se rencontrent dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, suivie par celle de l'ECO/CEI et l'Afrique subsaharienne.

En ce qui concerne les disparités entre les sexes, les garçons et les filles présentent une insuffisance pondérale similaire dans toutes les régions sauf l'Asie du Sud⁷. Dans cette région 47 % des filles présentent une insuffisance pondérale contre 44 % de garçons.



Dans la plupart des régions, il y a peu de différences entre la prévalence des cas d'insuffisance pondérale chez les garçons et les filles.

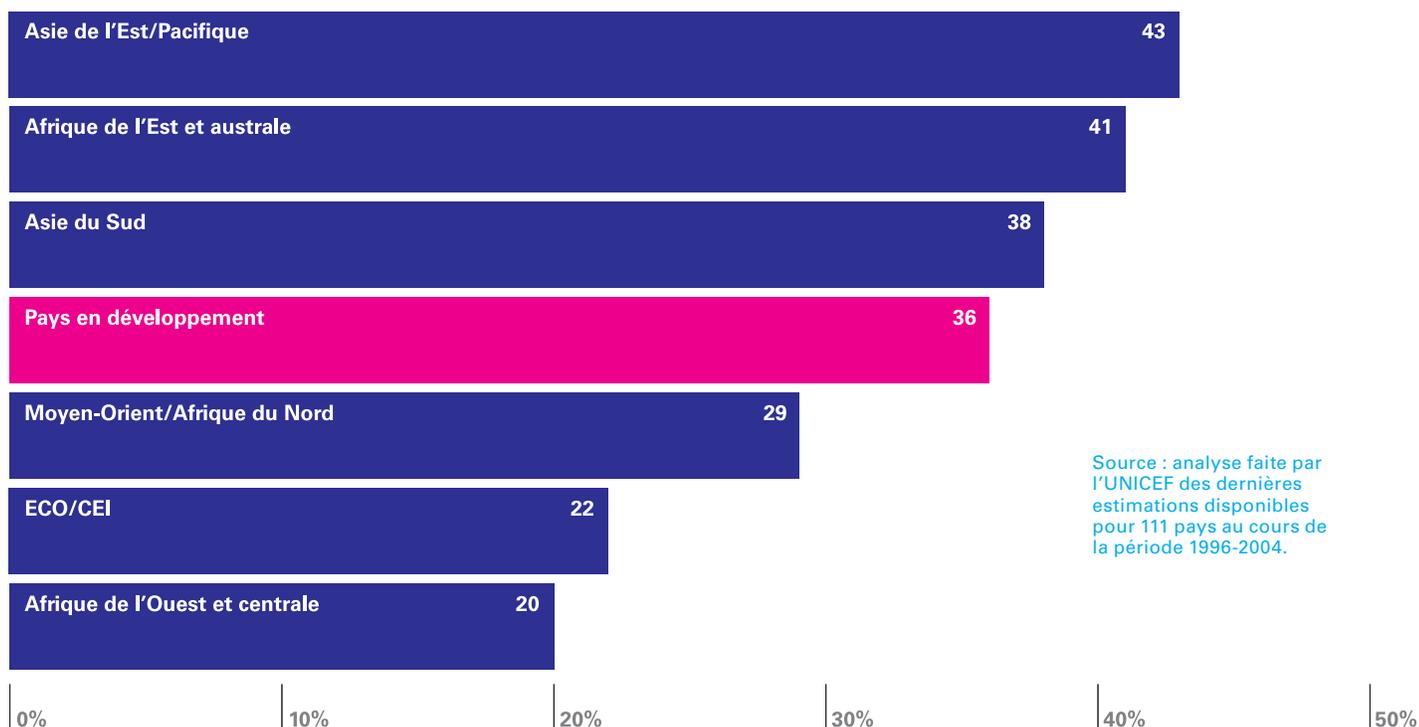
Il n'y a qu'en Asie du Sud que la proportion des filles présentant une insuffisance pondérale est supérieure à celle des garçons.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée et grave).

Source : analyse faite par l'UNICEF de la prévalence des cas d'insuffisance pondérale par sexe dans 105 pays, couvrant 90 pour cent de la population des moins de cinq ans dans le monde en développement.

Dans le monde en développement, un enfant sur trois est nourri exclusivement au sein au cours des six premiers mois de sa vie. Les régions d'Asie de l'Est/Pacifique et d'Afrique de l'Est et australe sont celles qui ont les niveaux les plus élevés d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois, alors que l'ECO/CEI et l'Afrique de l'Ouest et centrale enregistrent les niveaux les plus faibles.

Indicateur : pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein au cours des six premiers mois.



AUTRES INDICATEURS NUTRITIONNELS

Faible poids à la naissance

Chaque année, plus de 20 millions d'enfants ont à la naissance un poids inférieur à 2 500 grammes. Cela représente 17 % de l'ensemble des naissances dans le monde en développement – taux plus de deux fois plus élevé que dans les pays industrialisés (7 %)⁸. Les nourrissons ayant un faible poids de naissance risquent de mourir pendant les premiers mois ou les premières années de leur existence. Ceux qui survivent risquent d'avoir un système immunitaire déficient et, plus tard, de contracter plus facilement des maladies chroniques telles que le diabète et les cardiopathies.

Plus de 96 % des naissances d'enfants présentant une insuffisance pondérale se produisent dans le monde en développement, ce qui dénote la probabilité accrue de la naissance de ces bébés dans une situation socioéconomique défavorable, où les femmes courent un plus grand risque d'avoir un régime alimentaire déficient et sont plus vulnérables à l'infection, et où elles ont davantage tendance à se livrer à des occupations physiquement éprouvantes pendant la grossesse⁹. Cela dénote également le fait que la dénutrition est un problème qui se transmet d'une génération à l'autre : l'impact de ce problème est transmis aux enfants par des mères qui sont elles-mêmes en mauvaise santé ou dénutries.

L'incidence du faible poids à la naissance présente des variations importantes d'une région à l'autre. L'Asie du Sud est celle où l'incidence est la plus forte (31 % des enfants

présentent une insuffisance pondérale à la naissance) et la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique celle où elle est la plus faible (7 %). Près de 40 % des bébés à faible poids de naissance du monde en développement vivent en Inde. En Afrique subsaharienne, 14 % des bébés présentent une insuffisance pondérale à la naissance et dans la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord, la proportion est de 15 %.

Toutefois, il est difficile d'assurer un suivi fiable de cet indicateur essentiel dans la mesure où 58 % des nourrissons du monde en développement ne sont pas pesés à la naissance. Cette proportion est la plus élevée en Asie du Sud (74 %) et en Afrique subsaharienne (65 %)¹⁰.

Par ailleurs, il est difficile de dégager une tendance car on manque d'estimations comparables dans le temps, tant dans les pays qu'entre les pays. Cela étant, il ressort d'une analyse de données tendancielle limitée que l'incidence du faible poids de naissance est demeurée à peu près constante entre 1990 et 2000 tant en Afrique subsaharienne qu'en Asie¹¹.

Allaitement exclusif au sein

Le lait de femme est l'aliment idéal pour la survie, la croissance et le développement des nourrissons. L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie stimule le système immunitaire et protège contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës – deux des principales causes de mortalité infantile dans le monde en développement – et améliore la réaction à la vaccination. A l'inverse, et en particulier dans de mauvaises conditions hygiéniques, les produits de substitution présentent des

risques élevés d'infection et peuvent être fatals pour les nourrissons. Et pourtant, seulement un peu plus d'un tiers environ des nourrissons des pays en développement sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie.

On constate des variations considérables. Les taux les plus élevés se rencontrent actuellement dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique (43 %) et de l'Afrique de l'Est et australe (41 %), et les taux les plus faibles en Afrique de l'Ouest et centrale (20 %) et dans l'ECO/CEI (22 %)¹².

Les pourcentages restent faibles dans l'ensemble du monde en développement, mais les données tendanciennes montrent que le taux d'allaitement exclusif au sein s'est amélioré : il est passé de 34 % à 41 % entre 1990 et 2004¹³. En Afrique subsaharienne, le taux a doublé au cours de la même période, passant de 15 % à 32 %. L'Afrique de l'Ouest et centrale a accompli de remarquables progrès : le taux a été multiplié par plus de cinq. Les pays africains qui ont fait de grands progrès depuis 1990 sont les suivants : Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Madagascar, Mali, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Zambie et Zimbabwe.

Les taux d'allaitement exclusif au sein se sont également améliorés au cours de la même période en Asie du Sud et dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, passant de 43 % à 47 % et de 30 % à 38 %, respectivement. Les taux sont demeurés à peu près constants dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique au cours de la même période. Les données disponibles n'ont pas permis de calculer des tendances pour l'Amérique latine/les Caraïbes et l'ECO/CEI (on ne présente des estimations de tendances régionales que si les données disponibles couvrent au moins 50 % des naissances).

Consommation de sel iodé

Un régime alimentaire présentant une carence en iode se traduit par une production insuffisante d'hormones thyroïdiennes, ce qui peut empêcher la croissance normale du système nerveux et réduire la capacité intellectuelle, entraîner de mauvais résultats scolaires et affecter la capacité de travailler. La carence en iode est particulièrement néfaste au début de la grossesse et dans la petite enfance; pourtant, elle est facile à prévenir par l'iodation du sel.

En 1990, peu de pays en développement avaient mis en place un programme d'iodation du sel sur une grande échelle et l'on estimait que moins d'un ménage sur cinq consommait suffisamment de sel iodé. Il s'ensuivait qu'environ 1,7 milliard de personnes, soit 32 % de la population du monde en développement, couraient le risque de contracter des troubles dus à la carence en iode¹⁴.

La campagne pour l'iodation de tout le sel produit a réussi à porter la proportion des ménages du monde en développement qui consomment du sel iodé à 69 % – et 82 millions de nouveau-nés sont à présent protégés chaque année contre les difficultés d'apprentissage liées à la carence en iode.

Pourtant, on relève des écarts importants entre régions pour ce qui est de la consommation de sel iodé. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les régions de l'Amérique latine et des Caraïbes (86 %) et de l'Asie de l'Est et du Pacifique (85 %); en Afrique subsaharienne, 64 % des ménages en

consomment. Le taux de consommation le plus bas (47 %) est celui enregistré en ECO/CEI. La série actuelle d'Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) permettra de mettre à jour les informations sur l'iodation du sel et devrait indiquer d'importantes améliorations, en particulier dans l'ECO/CEI.

Dans 33 pays, moins de la moitié des ménages consomment du sel iodé et, chaque année, ce sont 37 millions de nouveau-nés du monde en développement qui ne sont pas protégés contre les effets permanents des lésions cérébrales liées à la carence en iode.

Supplémentation en vitamine A

La vitamine A est indispensable au bon fonctionnement du système immunitaire et à la survie, à la croissance et au développement des enfants. La prise de suppléments fortement dosés tous les quatre à six mois a un impact spectaculaire sur la santé des enfants âgés de six à 59 mois, la diminution du risque de décès pouvant aller jusqu'à 23 %¹⁵.

Dans le monde en développement, le taux global de supplémentation en vitamine A administrée à des enfants âgés de six à 59 mois était de 61 % en 2003. Globalement parlant, le taux est supérieur à la moyenne (76 %) dans les pays les moins avancés, où le besoin est inévitablement le plus grand. L'Asie du Sud a le taux de supplémentation le plus faible (58 %) et la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique (à l'exclusion de la Chine) le taux le plus élevé (73 %). L'Afrique de l'Ouest et centrale a un taux de 60 % et l'Afrique de l'Est et australe atteint 68 % des enfants ciblés. Les données disponibles ne permettent pas de présenter un taux global pour la région d'Amérique latine et des Caraïbes, celle de l'ECO/CEI et celle du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord¹⁶.

Des difficultés techniques et financières ont empêché un grand nombre de pays d'évaluer le véritable niveau de l'avitaminose A, mais on estime qu'entre 100 et 140 millions d'enfants sont touchés par cette « faim cachée ». La plupart de ces enfants vivent dans les régions les moins avancées de l'Asie du Sud et de l'Afrique subsaharienne¹⁷. Selon des estimations récentes, plus de 43 millions d'enfants vivant en Afrique subsaharienne risquent une avitaminose A¹⁸.

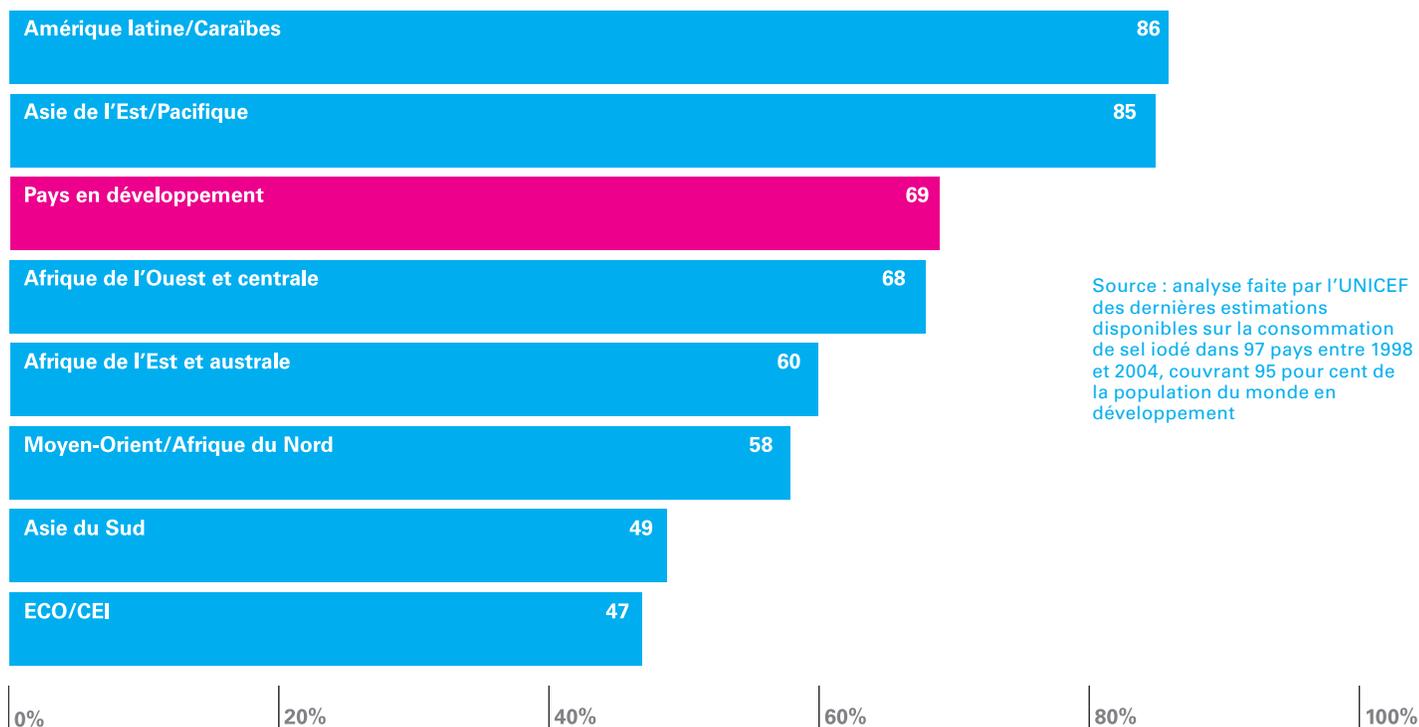
Carence en fer et anémie ferriprive

Quelque deux milliards de personnes à travers le monde souffrent d'anémie¹⁹; il s'agit le plus souvent d'une anémie ferriprive, qui est une cause importante de décès maternels et de déficit intellectuel chez le jeune enfant, qui peut ultérieurement affecter de façon permanente le développement moteur et les résultats scolaires. De plus, l'anémie a des effets négatifs sur le bien-être économique des individus et des familles et sur l'économie nationale elle-même. Le Comité permanent de la nutrition (CPN) du système des Nations Unies a calculé que les coûts économiques liés à l'anémie au Bangladesh, par exemple, s'élèvent à 7,9 % du produit intérieur brut du pays²⁰.

La supplémentation en fer réduit l'anémie ferriprive chez la femme enceinte ou allaitante, mais les programmes qui lui ont été consacrés n'ont pour l'essentiel pas donné de résultats satisfaisants, surtout parce qu'ils s'adressaient en général aux femmes à un moment trop avancé de leur grossesse. L'anémie et la carence en fer sont également très répandus parmi les jeunes enfants; pourtant, peu de pays se sont dotés de programmes visant à faire reculer ces troubles.

Deux ménages sur trois consomment du sel iodé dans le monde en développement. Les régions d'Amérique latine/Caraïbes et d'Asie de l'Est/Pacifique sont quasiment parvenues au but de l'iodation universelle. Mais la moitié seulement des ménages de l'ECO/CEI et de l'Asie du Sud en consomment.

Indicateur : pourcentage de ménages qui consomment du sel suffisamment iodé (15 parts ou plus par million).



On n'a donc enregistré aucune baisse notable de l'incidence mondiale de l'anémie au cours des 15 dernières années²¹. On renforce en ce moment les programmes d'enrichissement de la farine et de supplémentation en fer avec divers partenaires.

LA NUTRITION DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Au lendemain de toutes les situations d'urgence, la dénutrition, endémique, se traduit par une croissance exponentielle du risque de maladie et de décès parmi les enfants. Dans la plupart des situations, l'alimentation des enfants est déficiente au départ, avant même que la crise n'aggrave les problèmes structurels que sont l'insécurité alimentaire, l'accès limité aux services de santé essentiels, l'insalubrité du milieu et les mauvaises pratiques d'alimentation et de soins. On comprend que les réserves nutritionnelles limitées des jeunes enfants soient rapidement épuisées après une situation d'urgence. Les carences en micronutriments, en particulier la carence en fer, l'avitaminose A et la carence en iode, sont souvent une grave menace à la santé publique.

Pour favoriser l'accès aux services sanitaires et nutritionnels de qualité dès le début d'une situation d'urgence grave et au-delà, l'UNICEF a décidé de lancer un ensemble essentiel d'interventions, à savoir les Principaux engagements pour les enfants en situation d'urgence. Ces interventions sont : évaluations nutritionnelles rapides; vaccination antirougeoleuse, accompagnée de supplémentation en vitamine A; distribution d'aliments enrichis et de suppléments en micronutriments; appui à l'allaitement et à l'alimentation complémentaire en faveur des nourrissons et des jeunes

enfants; alimentation thérapeutique et complémentaire en collaboration avec le Programme alimentaire mondial et des ONG; appui au suivi et à la surveillance nutritionnels; et information et conseils en matière de nutrition, y compris pour l'allaitement.

Au cours de la décennie écoulée, la communauté internationale a su beaucoup mieux faire face aux conséquences sanitaires et nutritionnelles des situations d'urgence complexes. Elle a amélioré les modes d'intervention, dans le domaine de la santé publique et le milieu clinique, pour faire face aux maladies à fort potentiel épidémique, en particulier dans les camps, et les taux de mortalité des enfants gravement sous-alimentés ont chuté.

Une étude demandée par le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires en août 2005 a recommandé d'attribuer les responsabilités par secteur aux organisations chefs de file et le regroupement de partenaires pour améliorer l'état de préparation aux situations d'urgence et les interventions. L'UNICEF a été prié de prendre la tête du groupe chargé de la nutrition.

Lorsque les conflits et catastrophes naturelles aboutissent à des drames humains, le public et les organismes humanitaires ont tendance, à juste titre, à privilégier les enfants. Mais le nombre d'enfants qui succombent lors des urgences est faible comparé aux millions d'enfants dénutris qui chaque année tombent malades et meurent au cours de cette « urgence silencieuse » provoquée par la dénutrition, loin des préoccupations de la communauté internationale²².

L'Asie du Sud a des taux extraordinairement élevés d'enfants présentant une insuffisance pondérale (46 %); près de la moitié de tous les enfants du monde qui sont dans ce cas vivent en Inde, au Bangladesh et au Pakistan, pays qui ne représentent pourtant à eux trois que 29 % de la population des enfants de moins de cinq ans du monde en développement.

Globalement, la région a accompli certains progrès. Alors qu'il était de 53 % en 1990, le taux d'insuffisance pondérale a baissé à un rythme annuel moyen de 1,7 %. Une amélioration à un rythme aussi modeste ne suffira pas pour atteindre la cible de l'OMD en question d'ici à 2015, mais les résultats des différents pays de la région font apparaître des écarts importants. L'Afghanistan, le Bangladesh, le Bhoutan, les Maldives et Sri Lanka devraient tous, en 2015, avoir réduit de moitié la proportion des enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale.

Au Bangladesh, le taux d'insuffisance pondérale a été ramené de 66 % à 48 % entre 1990 et 2004, même si la proportion des enfants présentant une insuffisance pondérale y reste supérieure à ce qu'elle est dans n'importe quel autre pays de la région à l'exception du Népal. Le Bhoutan est parvenu à réduire ce taux de moitié en une dizaine d'années : il a été ramené de 38 % en 1988 à 19 % en 1999. L'Afghanistan et les Maldives ont également fait des progrès importants : le taux

En Inde, une femme adulte sur trois présente une insuffisance pondérale²³ et court donc le risque de mettre au monde des enfants à faible poids de naissance.

La plupart des nourrissons de la région sont certes allaités dans un premier temps, mais 38 % seulement d'entre eux le sont exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie. Là encore, on constate de grandes différences entre les pays, 84 % des bébés étant allaités exclusivement au sein au Sri Lanka contre 10 % seulement aux Maldives.

Les troubles dus à la carence en iode demeurent un grave problème et, dans l'ensemble de la région, la moitié seulement des ménages consomment du sel iodé. Le Bhoutan est l'un des pays à avoir accompli des progrès : il est devenu le premier pays de la région à réaliser l'objectif de l'iodation universelle du sel²⁴. Des efforts importants ont également été déployés au Bangladesh, au Népal et à Sri Lanka.

Au cours de la décennie écoulée, on a pu réduire très sensiblement l'avitaminose A par le biais de la supplémentation. L'Afghanistan, le Bangladesh, le Népal et le Pakistan, par exemple, ont pu fournir à plus de 85 % de leur population cible – les enfants âgés de six mois à cinq ans – deux doses de suppléments de vitamine A par an.

ASIE DU SUD : LA MOITIÉ DES ENFANTS DU MONDE PRÉSENTANT UNE INSUFFISANCE PONDÉRALE

afghan a été ramené de 49 % en 1997 à 39 % en 2003-2004; celui des Maldives est descendu de 39 % en 1994 à 30 % en 2001.

L'Inde et le Pakistan accomplissent de modestes progrès, mais ils sont actuellement insuffisants pour leur permettre d'atteindre la cible. Le Népal, lui, n'a guère progressé sur la voie de la réduction du taux d'insuffisance pondérale pendant les années 90.

En Asie du Sud, d'autres formes de dénutrition se sont maintenues à des niveaux élevés et se sont avérées obstinément réfractaires à toute amélioration : 44 % des enfants de moins de cinq ans y souffrent de retard de croissance et 15 % sont atteints de cachexie.

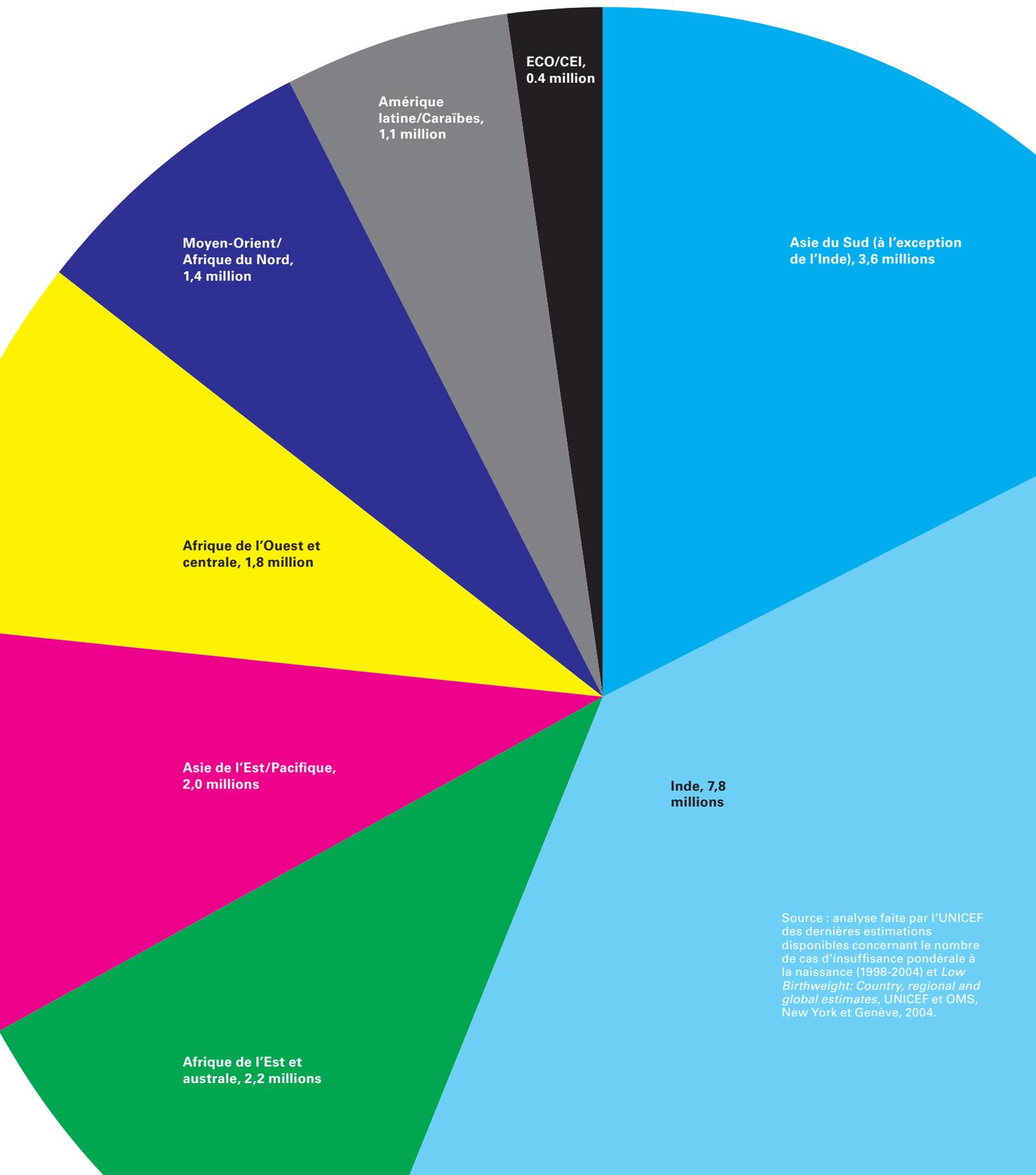
Dans beaucoup de pays de la région, la chronicité des régimes alimentaires hypocaloriques et le manque d'accès aux installations d'assainissement sont aggravés par la faiblesse du niveau d'instruction des femmes et leur statut social peu élevé. Les jeunes filles, comme les femmes, souffrent aussi de la discrimination sexuelle : l'Asie du Sud est la seule région du monde où les filles courent un risque d'insuffisance pondérale plus grand que les garçons.

En dehors de Sri Lanka, dans la plupart des pays de la région, près de la moitié, ou même plus, des femmes en âge de procréer sont anémiques²⁵ et le pourcentage des enfants d'âge préscolaire qui sont anémiques dans l'ensemble de la région n'est pas descendu au-dessous de 50 % depuis plus de 20 ans²⁶.

Au Pakistan, l'enquête sur la sécurité alimentaire et la nutrition entreprise peu après le tremblement de terre d'octobre 2005 a montré que l'état nutritionnel immédiat des enfants de moins de cinq ans n'avait pas régressé. Même les niveaux les plus élevés de cachexie constatés dans les secteurs inspectés étaient inférieurs à la moyenne nationale de 13 %. Le Pakistan a bénéficié d'une nouvelle approche de la coordination de l'aide humanitaire associant le Gouvernement pakistanais, les organisations non gouvernementales et les organismes des Nations Unies, sous la direction du Comité permanent interorganisations des Nations Unies pour les affaires humanitaires²⁷.

Sur les quelque 20 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde en développement avec une insuffisance pondérale, plus de la moitié se trouvent en Asie du Sud et plus du tiers en Inde. Le problème est aggravé par le fait qu'en Asie du Sud, un bébé sur quatre seulement est pesé à la naissance, ce qui fait que cette région est celle où l'on enregistre la plus forte proportion de bébés qui ne sont pas pesés à la naissance.

Indicateur : pourcentage de nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes).



Source : analyse faite par l'UNICEF des dernières estimations disponibles concernant le nombre de cas d'insuffisance pondérale à la naissance (1998-2004) et *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*, UNICEF et OMS, New York et Genève, 2004.

La région de l’Afrique de l’Est et australe, loin de progresser vers la cible de l’OMD consistant à réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim, n’a en rien amélioré la situation depuis 1990 en ce qui concerne les enfants présentant une insuffisance pondérale. En chiffres absolus, le nombre de ces enfants a en fait augmenté dans la région au cours des 15 dernières années.

Cet état de choses tient pour l’essentiel à des baisses de productivité agricole, à des crises alimentaires à répétition liées à la sécheresse et aux conflits, et à l’élévation des taux de pauvreté. Parallèlement, le VIH/SIDA, surtout lorsqu’il conjuguait ses effets avec ceux des crises alimentaires liées à la sécheresse, a posé de graves problèmes au développement de la nutrition, en particulier dans les pays d’Afrique australe suivants : Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Les tendances positives observées au début des années 90 ont marqué le pas ou ont été inversées : c’est ainsi que le Lesotho et le Zimbabwe ont enregistré une augmentation des taux d’insuffisance pondérale et que la Zambie n’a pas modifié sa situation entre 1990 et 2004.

Au plan régional, le principal indicateur positif est l’accroissement du taux d’allaitement exclusif dans les six premiers mois de la vie. L’Afrique de l’Est et australe a un taux d’allaitement exclusif de 41 %, ce qui la place avant n’importe quelle autre région à l’exception de celle de l’Asie de l’Est/Pacifique.

Toutefois, étant donné les liens synergiques entre la dénutrition et le VIH chez l’enfant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Le taux d’insuffisance pondérale est mesuré parmi les enfants survivants et la dénutrition accélère la progression de la maladie liée au SIDA – et, partant, aggrave les taux de mortalité.

L’Érythrée, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda font des progrès réguliers, mais qui ne suffiront pas à leur faire atteindre la cible de l’OMD. Parmi ces pays, l’Érythrée a enregistré le plus fort pourcentage d’enfants présentant une insuffisance pondérale : 40 %.

L’Afrique du Sud, qui est le pays le plus riche de la région, a un pourcentage d’enfants présentant une insuffisance pondérale plus faible que celui de n’importe quel autre pays sauf le Swaziland – 12 %. Toutefois, non seulement il est trop tôt pour crier victoire, mais le pays a reculé, le pourcentage d’enfant présentant une insuffisance pondérale augmentant à un rythme moyen de 5,6 % par an depuis 1994–1995. Par ailleurs, l’Afrique du Sud a de loin le taux d’allaitement exclusif au sein le plus bas de la région, 7 % seulement.

En Éthiopie, près de la moitié des enfants présentent une insuffisance pondérale et, avec le Nigéria (Afrique de l’Ouest et centrale), ce pays abrite plus d’un tiers de tous les enfants présentant une insuffisance pondérale de l’Afrique

AFRIQUE DE L’EST ET AUSTRALE : DANS L’IMPASSE

Parmi les 17 pays de la région pour lesquels existent suffisamment de données tendanciennes pour évaluer les progrès accomplis, seul le Botswana devrait atteindre la cible.

La performance du Botswana est remarquable car la pandémie de SIDA a eu un impact terrible sur le pays qui, après le Swaziland, a le plus fort taux de prévalence du VIH chez les adultes du monde (37 %; ce taux est de 39 % au Swaziland) . Le nombre de décès dus au SIDA est l’une des raisons pour lesquelles le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ne cesse d’augmenter dans le pays. Entre 1960 et 1990, ce taux était tombé de 173 pour 1 000 naissances vivantes à 58. Mais on a assisté à un renversement de tendance pendant les années 90, et en 2004, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans avait regagné jusqu’à 116 pour 1 000 naissances vivantes. Dans ces conditions, la réduction du taux d’insuffisance pondérale obtenue par le Botswana est importante, puisque ce taux a été ramené de 17 % en 1996 à 13 % en 2000.

Le Swaziland enregistre une proportion d’enfants présentant une insuffisance pondérale (10 %) inférieure à celle de n’importe quel autre pays de la région, et en plus il a ramené à 1 % seulement la proportion d’enfants de moins de cinq ans atteints de cachexie.

subaharienne. La situation de l’Éthiopie est stationnaire. Elle a donc peu de chances, sauf sursaut extraordinaire, d’atteindre la cible de l’OMD. Par ailleurs, elle a le plus faible taux de consommation de sel iodé : 28 % seulement des ménages en consomment.

Au Burundi et à Madagascar, le pourcentage d’enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale est supérieur à 40 % et cette situation ne semble pas devoir s’améliorer pour l’instant. Le Burundi a un taux de retard de croissance de 57 %, ce qui le place très loin devant tous les autres pays de la région. La Somalie, elle, a le plus fort taux de cachexie de l’Afrique de l’Est et australe, à savoir 17 %.

L’impact considérable du VIH/SIDA sur la région ne peut qu’affecter l’état nutritionnel, encore que le lien de la pandémie avec la dénutrition soit complexe. Une étude réalisée en 2003 dans six pays d’Afrique australe touchés par la sécheresse, montre que les taux d’insuffisance pondérale ont augmenté plus vite dans les communautés relativement prospères situées à proximité des centres urbains que dans les autres régions à cause de la forte prévalence du VIH/SIDA, ce qui permet de penser que les régions que l’on croyait naguère épargnées deviennent à présent vulnérables²⁹.

Prévalence des cas d'insuffisance pondérale dans six pays d'Afrique australe, où la sécheresse et le VIH/SIDA ont aggravé le statut nutritionnel des enfants. Un enfant sur cinq au Malawi, au Mozambique et en Zambie présente une insuffisance pondérale et la proportion de ces enfants était plus élevée au Lesotho et au Zimbabwe en 2004 qu'en 1990. Dix pour cent des enfants du Swaziland, le pays où la prévalence du VIH adulte est la plus forte du monde, présentent une insuffisance pondérale.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée ou grave).

Source : analyse faite par l'UNICEF des dernières estimations disponibles sur la prévalence de cas d'insuffisance pondérale (1999-2003).

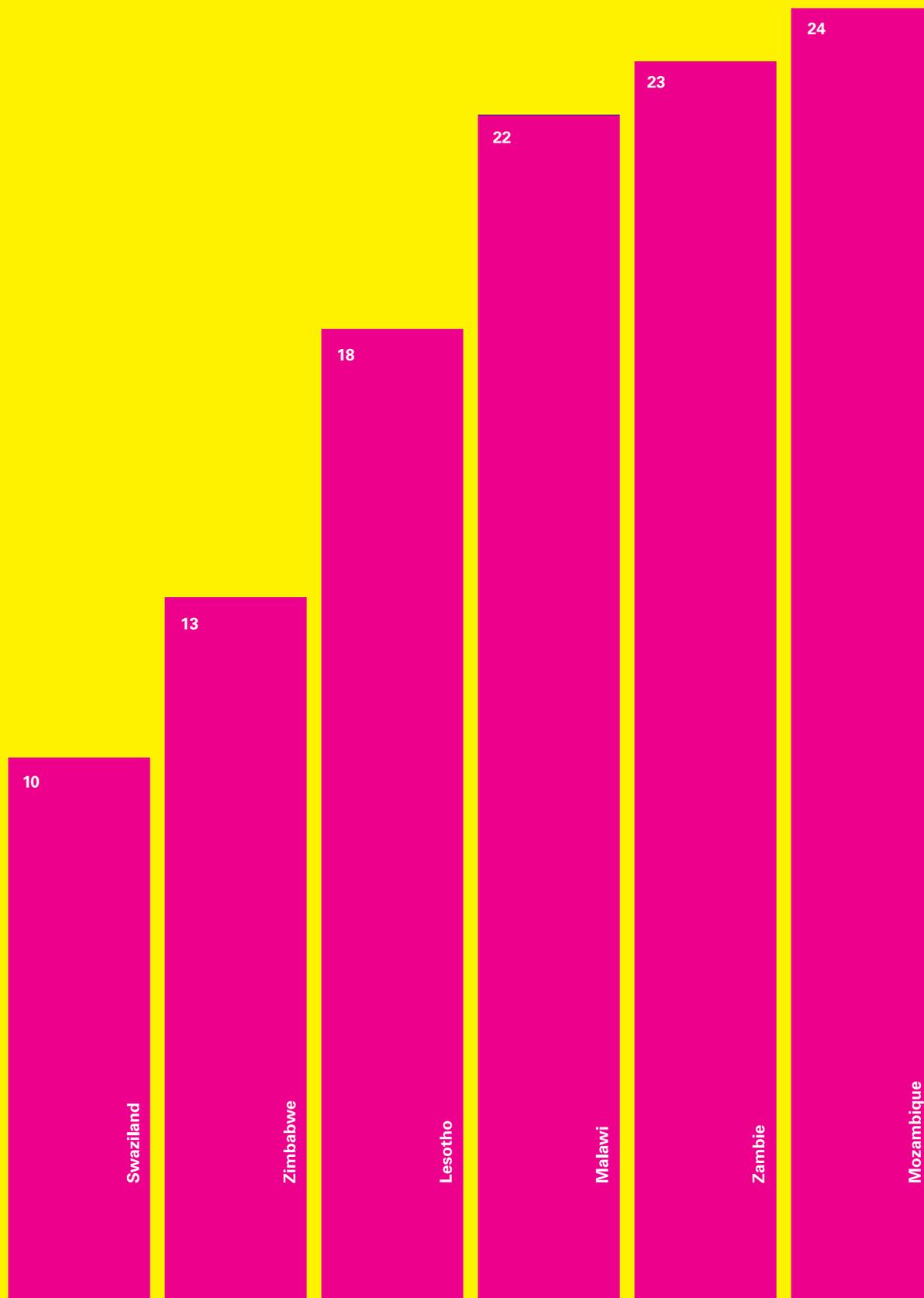
25%

20%

15%

10%

5%



L'Afrique de l'Ouest et centrale – région qui enregistre le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus élevé du monde – est parvenue à réduire quelque peu depuis 1990 le pourcentage de ses enfants qui présentent une insuffisance pondérale. Elle a un TAMR de 1,6 %. Ce score est insuffisant pour que l'ensemble de la région atteigne la cible de l'OMD.

Comme dans les autres régions, les différents pays qui composent celle-ci se trouvent dans des situations très diverses : cinq d'entre eux – le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Gambie et la Mauritanie – devraient atteindre la cible, sept autres progressent sur cette voie, mais pas assez vite pour réaliser l'objectif fixé, et cinq autres n'ont pas bougé ou régressent. Les données étaient insuffisantes pour mesurer les progrès dans sept autres pays.

Parmi les cinq pays qui sont en bonne voie, le Congo a le plus faible pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale (14 %). Le pays pourrait aller encore plus loin si un plus grand nombre de nourrissons bénéficiaient d'un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois. Pour le moment, cet avantage nutritionnel important ne profite qu'à 4 % des enfants congolais.

En Gambie, le pourcentage des enfants présentant une insuffisance pondérale a été ramené de 26 % en 1996 à 17 % en 2000. Le taux de supplémentation en vitamine A est élevé

à un optimisme prudent. Le Cameroun a régressé à un rythme d'environ 2 % par an, encore qu'il conserve l'un des taux d'insuffisance pondérale chez l'enfant parmi les plus faibles de la région.

Les enfants de la Sierra Leone ont eux aussi un besoin urgent d'une nutrition améliorée : le pays a le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus élevé du monde (283 pour 1000 naissances vivantes). L'une des principales raisons de cet état de choses est le fort pourcentage d'enfants à faible poids de naissance (23 %) et le faible pourcentage d'enfants bénéficiant de l'allaitement exclusif au sein (4 %).

Il y a lieu de se féliciter des progrès importants et soutenus de l'allaitement exclusif au sein en Afrique de l'Ouest et centrale, où les taux ont presque été multipliés par cinq entre 1990 et 2004. Le Ghana, par exemple, a enregistré une augmentation considérable – de 4 % en 1988 à 53 % en 2003.

Mais 20 % seulement des nourrissons sont nourris exclusivement au sein en Afrique de l'Ouest et centrale : les taux de cette région restent inférieurs à ceux de toutes les autres. Ils sont particulièrement bas en Côte d'Ivoire (5 %), au Congo et en Sierra Leone (4 %), au Tchad (2 %) et au Niger (1 % seulement). Les seuls pays de la région où plus de la moitié des nourrissons bénéficient de l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de leur vie sont le Ghana, le Cap-Vert et Sao Tomé-et-Principe.

AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE : DE LENTS PROGRÈS

(91 %), mais le pays a encore bien des progrès à faire en ce qui concerne l'allaitement exclusif et l'iodation du sel.

Les pays qui progressent, mais pas assez vite pour atteindre la cible de l'OMD, sont le Ghana, la Guinée, le Mali, le Nigéria, la République démocratique du Congo, le Sénégal et le Togo. Le Nigéria, qui est de loin le pays le plus peuplé de la région, progresse au rythme de 2,2 % par an. Son pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale – 29 % – domine les statistiques de la région. Les taux d'allaitement exclusif au sein (17 %) et de supplémentation en vitamine A (27 %) du Nigéria sont particulièrement bas. Sur un plan plus positif, il est devenu le premier pays de la région à réaliser l'iodation universelle du sel (97 %).

Les pays qui n'ont pas progressé ou qui ont régressé par rapport à 1990 sont le Burkina Faso, le Cameroun, le Niger, la République centrafricaine et la Sierra Leone. Le Burkina Faso et le Niger ont les taux d'insuffisance pondérale les plus élevés d'Afrique de l'Ouest et centrale et, de ce fait, ne peuvent guère se permettre de progresser si lentement vers la cible de l'OMD. Le Burkina Faso peut se prévaloir d'un taux de supplémentation en vitamine A élevé (95 %), ce qui incite

L'anémie reste une grave menace pour les enfants et les femmes de cette région. Un certain nombre de pays ont réalisé des enquêtes nationales qui font apparaître des taux inacceptables d'anémie chez les enfants et leurs mères³⁰.

Le pourcentage régional d'enfants atteints de cachexie est de 10 %, ce qui dénote un état nutritionnel des enfants gravement préoccupant. De plus, cette moyenne masque d'importantes disparités. Les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans atteints de cachexie sont alarmants dans les pays du Sahel – Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad – où ils s'échelonnent entre 11 et 19 %; plus d'un million d'enfants sont touchés. L'intervention lancée pour faire face à la crise nutritionnelle survenue au Niger en 2005 a permis de faire bénéficier plus de 300 000 enfants des programmes d'alimentation thérapeutique et complémentaire appuyés par l'UNICEF dans le cadre d'une action menée en collaboration avec le Gouvernement nigérien, le Programme alimentaire mondial et 24 ONG, ainsi qu'avec un ensemble de programmes de soins et d'alimentation gérés par les centres de santé et dans le cadre de services de proximité³¹.

Certains pays d'Afrique de l'Ouest et centrale ont considérablement amélioré le taux d'allaitement exclusif au sein des nourrissons au cours de leurs six premiers mois. Dans la région, les taux d'allaitement exclusif au sein ont quintuplé – passant de 4 % à 22% -- de 1990 à 2004 et des améliorations similaires ont été enregistrées dans les pays. Cependant, la région a le taux d'allaitement exclusif au sein le plus faible du monde en développement.

Indicateur : pourcentage des nourrissons allaités exclusivement au sein au cours de leurs six premiers mois.



Source : analyse faite par l'UNICEF des données tendancielle disponibles pour les pays de l'Afrique de l'Ouest et centrale. L'analyse porte sur 68 % du total des naissances dans la région. Les estimations de tendances diffèrent légèrement des estimations concernant les niveaux actuels d'allaitement au sein.

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord peut se féliciter du fait que six de ses 20 pays devraient atteindre la cible de l'OMD. Qui plus est, 12 pays ont des taux d'insuffisance pondérale qui ne dépassent pas 10 %, ce qui veut dire qu'ils se rapprochent des taux couramment observés dans le monde industrialisé.

Mais l'ensemble de la région a régressé depuis 1990 en ce qui concerne la nutrition de l'enfant. Son TAMR est de -1,6 % : le pourcentage des enfants présentant une insuffisance pondérale a augmenté entre 1990 et 2004. Les statistiques régionales ont en quelque sorte été « rétrogradées » par la situation tragique des enfants de trois pays particulièrement peuplés : l'Iraq, le Soudan et le Yémen.

Au Yémen, 46 % des enfants présentent une insuffisance pondérale et, depuis 1990, la situation a empiré : le TAMR de -3,6 % traduit un passage du taux d'insuffisance pondérale de 30 % en 1991-1992 à 46 % en 2003. Selon les estimations, 53 % des enfants yéménites de moins de cinq ans souffrent à présent d'un retard de croissance et 32 % des bébés présentent une insuffisance pondérale à la naissance.

Au Soudan, 41 % des enfants présentent une insuffisance pondérale et 31 % une insuffisance pondérale à la naissance. Le pourcentage des enfants souffrant de cachexie (16 %) est

pétrole contre nourriture a fait adopter de mauvaises pratiques d'alimentation dont il sera difficile de se défaire.

Ces trois pays mis à part, il existe de solides raisons d'être optimiste et les pays suivants devraient atteindre la cible de l'OMD : Djibouti, Jordanie, Oman, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé (TPO) et Tunisie. La République arabe syrienne, le TPO et la Tunisie sont les pays de la région qui progressent le plus rapidement. Le TPO a réduit le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale de 5,3 % en moyenne annuelle et se trouve au même niveau que la Jordanie et le Qatar en ce qui concerne le pourcentage des enfants souffrant d'un retard de croissance, qu'il a ramené à moins de 10 %. La Tunisie a par ailleurs réalisé l'iodation universelle du sel.

Y compris l'Iraq, le Soudan et le Yémen, six pays ne sont pas en voie d'atteindre la cible de l'OMD (voir carte). Le taux d'insuffisance pondérale de l'Algérie, de l'Égypte et du Maroc ne dépasse pas 10 %, mais le rythme de progression de ces pays est insuffisant pour atteindre la cible de l'OMD.

On suppose souvent que les problèmes de dénutrition perdront de leur gravité avec la croissance économique et le développement mais cela ne se vérifie pas toujours. Le Koweït et les Emirats arabes unis, par exemple, ont des

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD : DE GRANDS PAYS RÉTROGRADENT

plus élevé au Soudan que dans n'importe quel autre pays de la région, et 1 % seulement des ménages soudanais consomment du sel iodé. L'état nutritionnel des enfants soudanais, en particulier dans le sud du pays, s'est ressenti de la guerre civile pendant toute la période considérée.

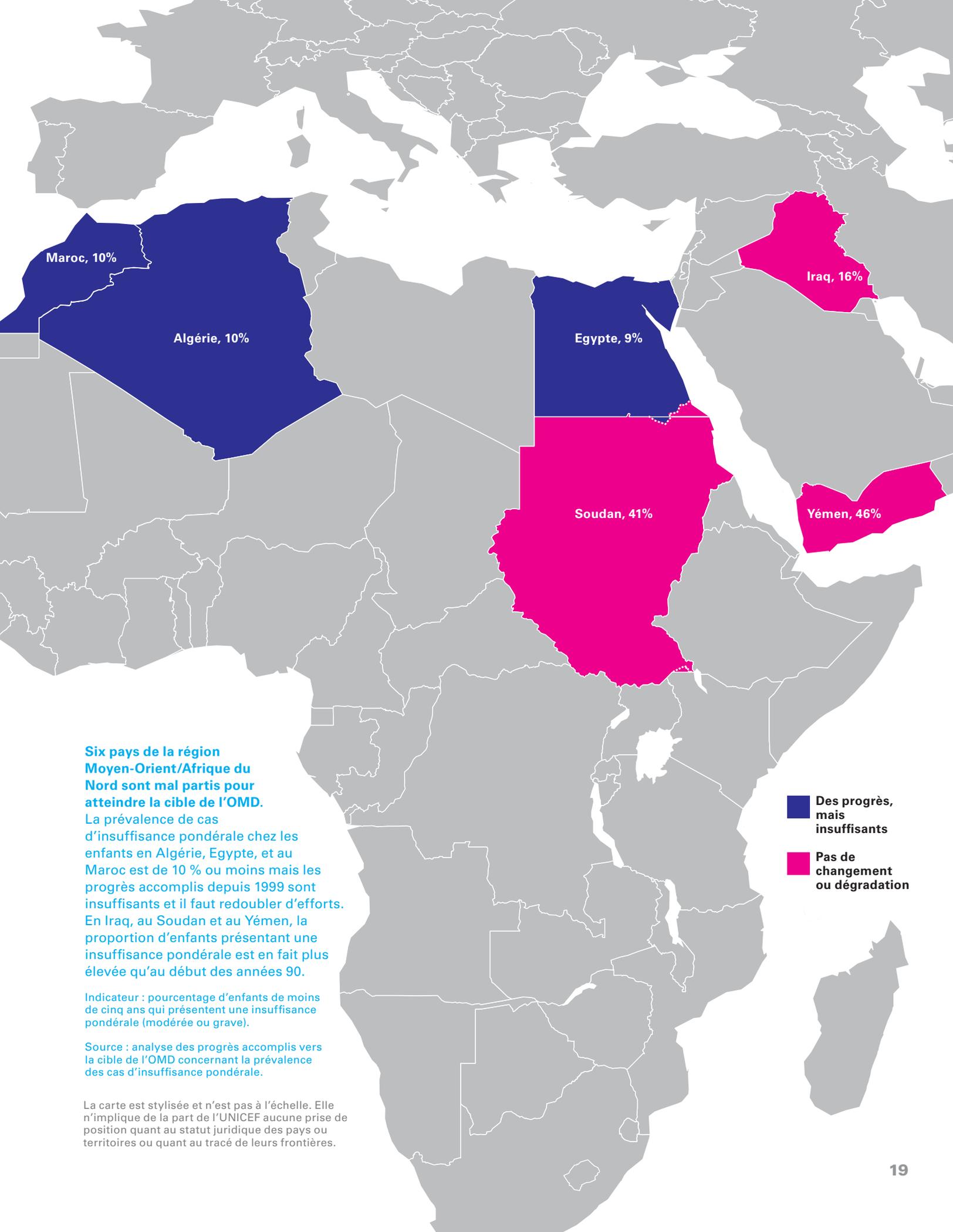
Le conflit continue aussi en Iraq. A l'issue de la guerre de 1991, les taux de dénutrition et de mortalité infantile ont atteint leur maximum au milieu de la décennie avant de redescendre. Les chiffres préliminaires extraits d'une enquête sur la nutrition de l'enfant appuyée par l'UNICEF et réalisée en Iraq en 2002 montrent que les taux de cachexie et d'insuffisance pondérale se situaient à moins de la moitié de leur niveau de 1996, tandis que le taux de retard de croissance était tombé de près de 30 % pendant la même période³².

Néanmoins, le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale en Iraq reste sensiblement supérieur à son niveau de 1990, tout comme le taux général de mortalité des enfants de moins de cinq ans (les données datent de 2000). Le taux d'allaitement exclusif au sein y est faible (12 %) ; l'interruption de l'allaitement par la fourniture gratuite de préparation pour nourrissons dans le cadre du programme

revenus nationaux bruts (RNB) par habitant élevés mais ils ont à peu près les mêmes taux de cachexie, ou des taux plus élevés, que le Yémen, où le RNB par habitant est peu élevé.

Tout comme les résultats des pays présentent des écarts importants, il existe des disparités substantielles au niveau des chiffres de la dénutrition à l'échelle de la région tout entière. Les enfants vivant en milieu rural, par exemple, courent un risque d'insuffisance pondérale 1,7 fois plus élevé que ceux qui vivent en milieu urbain (22 % contre 13 %). Par ailleurs, les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres courent un risque plus de deux fois plus grand de présenter une insuffisance pondérale que ceux qui vivent dans les ménages les plus riches³³.

Dans la province soudanaise du Darfour, une action humanitaire coordonnée a fait baisser le taux de cachexie, qui est tombé de 22 % en septembre 2004 à 12 % en septembre 2005. La collaboration et la complémentarité des partenaires associés à cette action ont permis de mieux garantir la couverture universelle des interventions, d'assurer une prise en charge individuelle et de renforcer les capacités locales³⁴.



Six pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord sont mal partis pour atteindre la cible de l'OMD.

La prévalence de cas d'insuffisance pondérale chez les enfants en Algérie, Égypte, et au Maroc est de 10 % ou moins mais les progrès accomplis depuis 1999 sont insuffisants et il faut redoubler d'efforts. En Iraq, au Soudan et au Yémen, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale est en fait plus élevée qu'au début des années 90.

Indicateur : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui présentent une insuffisance pondérale (modérée ou grave).

Source : analyse des progrès accomplis vers la cible de l'OMD concernant la prévalence des cas d'insuffisance pondérale.

La carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires ou quant au tracé de leurs frontières.

- Des progrès, mais insuffisants
- Pas de changement ou dégradation

La région de l'Asie de l'Est et du Pacifique devrait atteindre la cible de l'OMD concernant la nutrition, grâce à un TAMR de 3,6 %. Cette amélioration a eu pour élément moteur essentiel les gains enregistrés dans le pays le plus peuplé du monde, la Chine, où le taux d'insuffisance pondérale a été réduit de plus de 50 %, puisqu'il est tombé de 19 % en 1990 à 8 % en 2002. N'eût été la Chine, dont les 86 millions d'enfants de moins de cinq ans représentent 59 % de la population des moins de cinq ans de la région, cette dernière n'aurait pas été en passe d'atteindre la cible de l'OMD.

La baisse impressionnante obtenue en Chine en ce qui concerne le taux d'insuffisance pondérale a contribué à la réduction de son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, de 49 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 31 en 2004. Elle a ramené l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance à 4 % seulement – taux comparable à celui des pays industrialisés – tandis que la proportion de ménages consommant du sel iodé (93 %) y est très supérieure à celle de n'importe quel autre pays de la région.

Ces moyennes masquent cependant d'importantes disparités, en particulier entre les zones rurales et urbaines et de nombreux enfants sont en situation de risque. Cinq provinces chinoises, par exemple, ne sont pas parvenues à l'iodation universelle du sel, ce qui fait que chaque année, 1,5 million de nouveau-nés sont sans protection contre les troubles dus à une carence en iode.

Il a le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale le plus élevé (46 %) et presque la moitié (49 %) des enfants y présentent un retard de croissance. On ne disposait pas de suffisamment de données pour déterminer si la République populaire démocratique de Corée est en bonne voie, mais l'estimation du taux d'insuffisance pondérale le plus récent dont on dispose le place à 23 %.

À l'heure actuelle, le Cambodge est le pays qui a le moins de chances d'atteindre la cible de l'OMD qui concerne la nutrition. Le pays non seulement a de loin le taux de mortalité infantile le plus élevé de la région (141 pour 1 000 naissances vivantes), mais le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale y est passé de 40 % en 1993-1994 à 45 % en 2000. De plus, 12 % seulement des bébés cambodgiens bénéficient de l'allaitement exclusif au sein et 14 % des ménages consomment du sel iodé.

La consommation de sel iodé a progressé dans plusieurs pays de la région, et plusieurs d'entre eux ont adopté une législation en ce sens. Aux Philippines, par exemple, des progrès spectaculaires ont été faits sur les plans de la production de sel iodé et de sa disponibilité sur le marché, facteurs qui expliquent le développement remarquable de la consommation au niveau des ménages. Ces progrès récents devraient être confirmés par des MICS en 2006 et on s'attend à ce que plusieurs pays parviennent à l'iodation universelle du sel.

ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE : LA CHINE EN TÊTE

Le pays qui affiche le taux de progression le plus rapide est la Malaisie, où le taux d'insuffisance pondérale est tombé de 25 % en 1990 à 11 % en 2003. Singapour et le Viet Nam devraient également atteindre la cible de l'OMD, ainsi que l'Indonésie, le deuxième pays de la région par la population. Singapour a à présent le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus faible du monde (3 pour 1 000 naissances vivantes), qui est inférieur à celui de tous les pays industrialisés à l'exception de l'Islande.

Des progrès sont également enregistrés au Myanmar, aux Philippines et en République démocratique populaire lao, mais ils ne sont pas encore suffisants pour que la cible puisse être atteinte dans le délai fixé, tandis que le Cambodge et la Mongolie piétinent ou ont régressé. Le cas du Timor-Leste est également une source de préoccupation, encore que les données dont on dispose ne permettent pas de rendre compte d'une manière exhaustive des progrès que le pays a accomplis depuis son accession à l'indépendance.

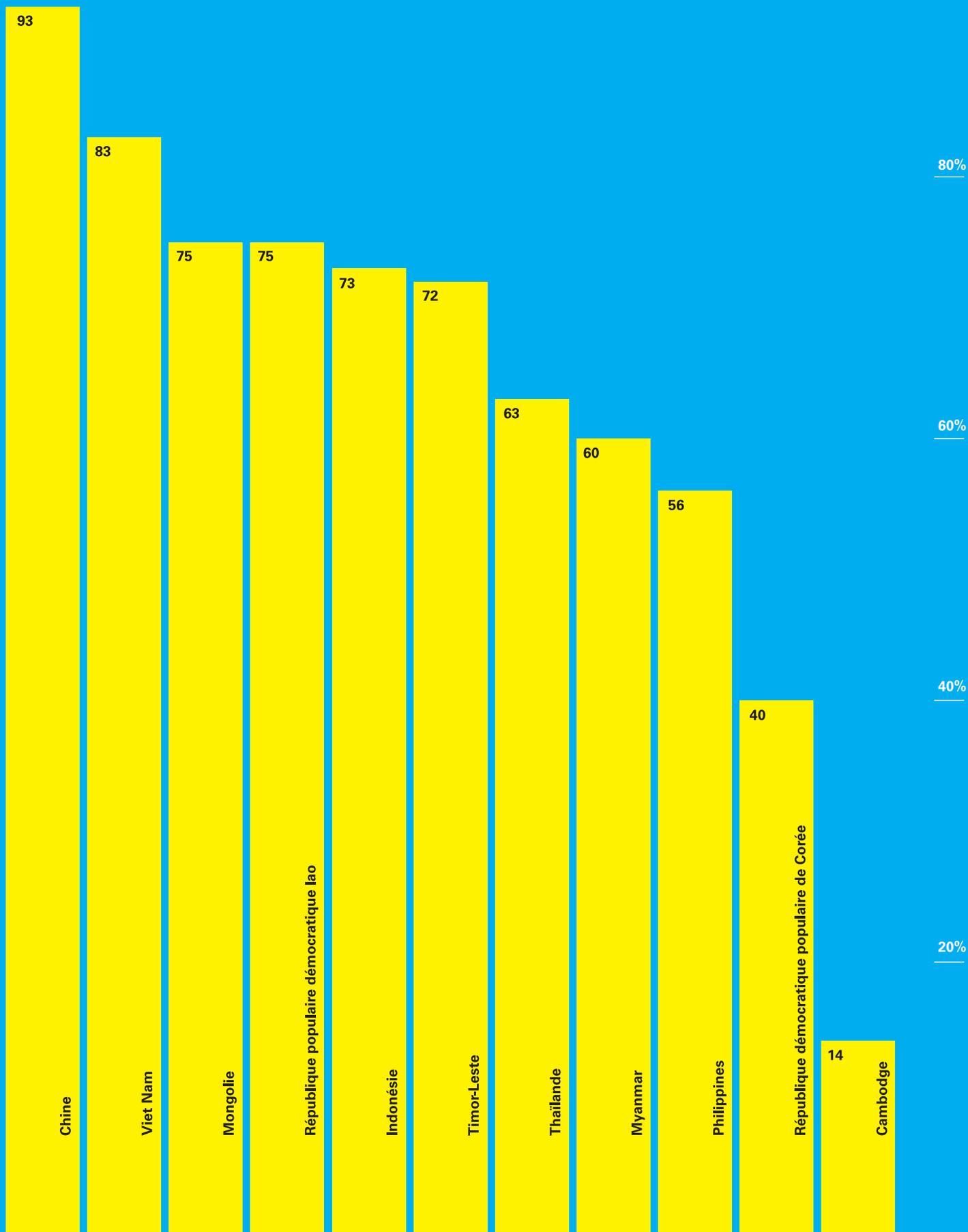
Le tsunami qui, en décembre 2004, s'est abattu sur le littoral de six pays du pourtour de l'océan Indien a entraîné des destructions massives et a fait un très grand nombre de victimes. Dans la zone la plus durement touchée, la province indonésienne d'Aceh, une inspection réalisée en février-mars 2005 a fait apparaître un taux moyen de cachexie de 11 % parmi les enfants de moins de cinq ans déplacés par le tsunami, taux pratiquement identique à celui constaté parmi les enfants non touchés par la catastrophe et légèrement inférieur au taux observé immédiatement après le passage du raz-de-marée. Ces résultats ont montré que la mauvaise alimentation est un problème chronique de longue durée lié à la pauvreté, à l'insuffisance des connaissances et des pratiques nutritionnelles, et au manque d'installations d'assainissement et de sécurité alimentaire. Ainsi, par exemple, le pourcentage des enfants présentant un retard de croissance à Aceh, 38 %, est beaucoup trop élevé³⁶.

La région d'Asie de l'Est/Pacifique a le taux de consommation de sel iodé par les ménages le plus élevé du monde en développement après la région Amérique latine/Caraïbes. Ce succès est en grande partie imputable à la Chine, où 93 % des ménages consomment du sel iodé.

100%

Indicateur : pourcentage de ménages consommant du sel suffisamment iodé (15 parts par million).

Source : analyse faite par l'UNICEF des dernières estimations disponibles de la consommation de sel suffisamment iodé (2000–2004).



La région de l'Amérique latine et des Caraïbes devrait atteindre la cible de l'OMD 1 qui concerne la nutrition car elle a réduit chaque année le pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale de 3,8 % en moyenne entre 1990 et 2004. Ayant ainsi progressé plus vite que n'importe quelle autre région, elle a ramené son pourcentage des enfants présentant une insuffisance pondérale à 7 %. Elle a par ailleurs le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus faible du monde en développement (31 pour 1 000 naissances vivantes). On y trouve également le pourcentage de ménages consommant du sel iodé le plus élevé (86 %).

Il ne faudrait pourtant pas que ces chiffres encourageants donnent l'impression – fausse – que les enfants d'Amérique latine et des Caraïbes ne sont pas confrontés à de graves problèmes nutritionnels. La région connaît de fortes disparités et est aux prises avec une grave crise économique et sociale qui continue d'avoir des répercussions négatives sur la nutrition de l'enfant. Le retard de croissance, qui touche 16 % des enfants de cette région, et l'anémie ferriprive sont des problèmes graves qui ne seront pas réglés d'ici à 2015.

Certains pays ont réalisé des progrès impressionnants dans la réduction du taux d'insuffisance pondérale. Cuba, par exemple, l'a ramené de 9 % à 4 % en quatre ans seulement

en 1987 à 12 % en 2000 et, au Honduras, il a été ramené de 21% en 1987 à 17 % en 2001; il l'a été de 12 % en 1993 à 10 % en 2001 au Nicaragua et de 7 % en 1987 à 6 % en 2000 à la Trinité-et-Tobago.

Le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale le plus élevé est celui du Guatemala (23 %), mais avec un TAMR de 2,7 %, le pays devrait atteindre la cible. Par ailleurs, avec 49 % d'enfants de moins de cinq ans trop petits pour leur âge, le Guatemala a le taux de retard de croissance le plus élevé de la région et l'un des plus élevés du monde. Le retard de croissance est courant dans de nombreux secteurs de la région, partie émergée de l'iceberg signalant une dénutrition persistante.

Bien que les chiffres globaux de la région Amérique latine/ Caraïbes et ses taux de progression annuels soient encourageants, la région affronte les séquelles d'inégalités et de disparités sociales qui sont aussi évidentes dans le domaine de la nutrition de l'enfant que dans d'autres secteurs du développement. Une évaluation nutritionnelle rapide de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes à laquelle l'UNICEF a procédé en 2002 a montré que les moyennes nationales tendent à masquer de très fortes disparités qui rendent les enfants vulnérables à la dénutrition³⁷.

Dans toute la région, par exemple, les enfants vivant en

AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES : EN BONNE VOIE, MAIS DE FORTES DISPARITÉS SUBSISTENT

(1996-2000). Ce taux est tombé de 10 % en 1991 à 5 % en 2002 en République dominicaine, de 7 % en 1989 à 4 % en 2002 à la Jamaïque et de 11 % en 1991-1992 à 7 % en 2000 au Pérou. Le Chili a obtenu les meilleurs résultats de la région pour ce qui est de la nutrition de l'enfant en réalisant un taux d'insuffisance pondérale de 1 % seulement et, comme la Jamaïque et plusieurs autres pays de la région, il a réalisé l'iodation universelle du sel.

Les deux pays les plus peuplés de la région ont manifestement un impact disproportionné sur les bons taux enregistrés dans cette région. Le Brésil a un taux d'insuffisance pondérale chez l'enfant relativement faible (6 %) et l'on pense qu'il devrait atteindre la cible d'une réduction de moitié entre 1990 et 2015. Il convient toutefois de noter que ce pays n'a pas procédé à une évaluation nationale des taux de dénutrition chez l'enfant depuis 1996. Le Mexique a réalisé une réduction plus spectaculaire, ramenant son taux de 14 % en 1988 à 8 % en 1998-1999.

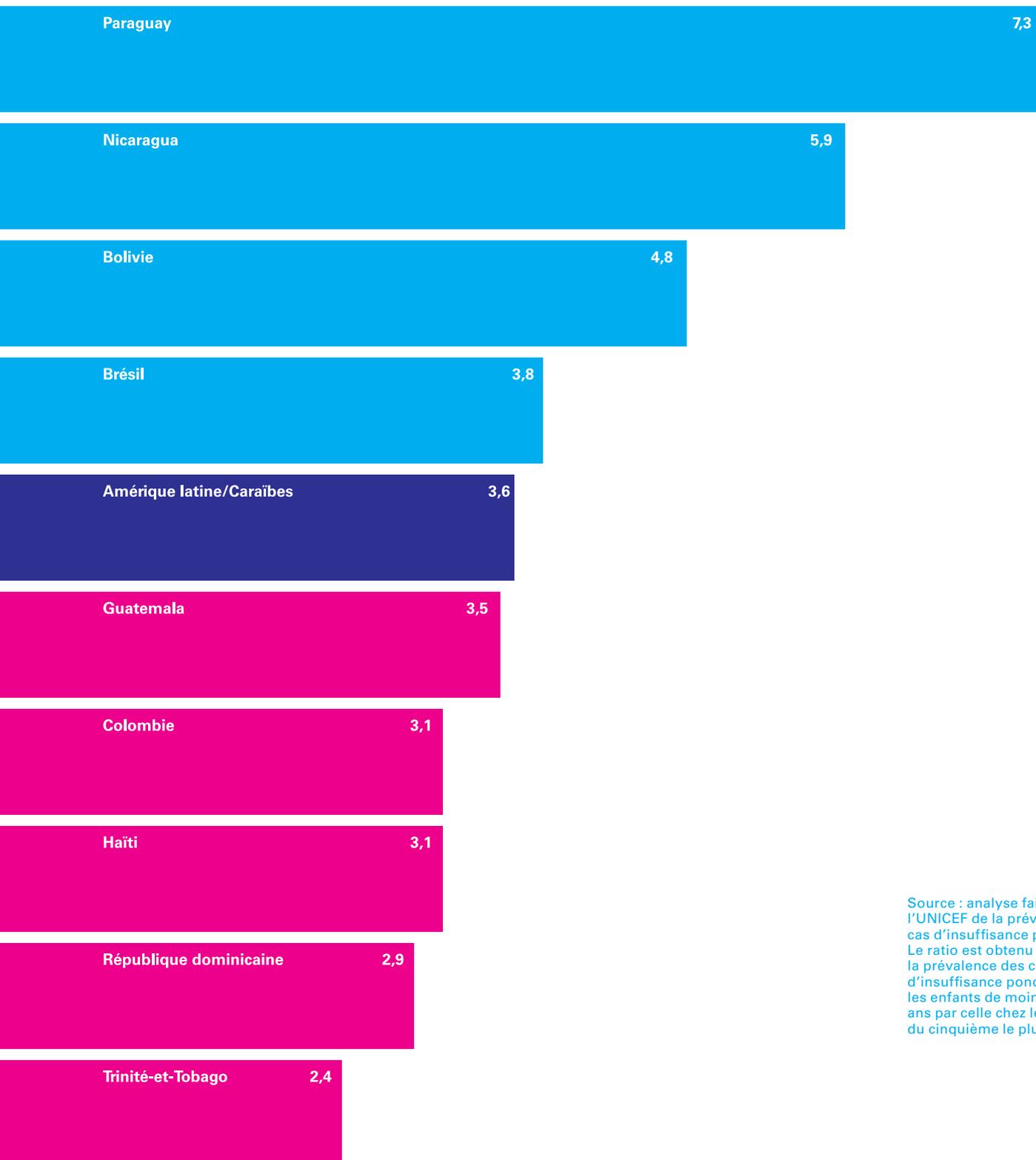
L'Équateur, le Honduras, le Nicaragua et la Trinité-et-Tobago ne progressent pas suffisamment vers la cible de l'OMD en question, encore que là aussi, les choses s'améliorent. En Équateur, le taux d'insuffisance pondérale est tombé de 17 %

milieu rural (13 %) courent un risque nettement plus de deux fois plus grand de présenter une insuffisance pondérale que ceux qui vivent en milieu urbain (5 %). Les enfants vivant en milieu rural en Bolivie, au Honduras, au Mexique et au Nicaragua courent un risque plus de deux fois plus grand de présenter une insuffisance pondérale que les enfants vivant en milieu urbain. Ce risque double au Pérou, où les enfants en milieu rural courent un risque presque quatre fois plus grand³⁸.

Les disparités entre les sexes sont relativement modestes dans la région, mais l'insuffisance pondérale est 3,6 fois plus répandue parmi les enfants vivant dans des ménages pauvres que parmi les enfants vivant dans des ménages riches (sur la base de données provenant de neuf pays), ce qui doit être rapproché d'un rapport ménages pauvres/ménages riches toutes régions confondues pour les enfants présentant une insuffisance pondérale de 2 pour 1, ce qui souligne là encore les énormes disparités entre pays de la région³⁹.

Certaines des disparités les plus marquées dans les régions du monde en développement se rencontrent en Amérique latine/Caraïbes. Les enfants qui vivent dans les foyers les plus pauvres risquent 3,6 fois plus de présenter une insuffisance pondérale que les enfants qui vivent dans les foyers les plus riches. En Bolivie, au Brésil, au Nicaragua et au Paraguay, ce ratio pauvres-riches est encore plus élevé. .

Indicateur : pourcentage d'enfants qui présentent une insuffisance pondérale (modérée et grave) ; ratio de la prévalence des cas d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans du cinquième le plus pauvre comparé au cinquième le plus riche.



Source : analyse faite par l'UNICEF de la prévalence des cas d'insuffisance pondérale. Le ratio est obtenu en divisant la prévalence des cas d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans par celle chez les enfants du cinquième le plus riche.

Risques égaux | Deux fois plus de risques | Trois fois plus de risques | Quatre fois plus de risques | Cinq fois plus de risques | Six fois plus de risques | Sept fois plus de risques | Huit fois plus de risques

Les données en provenance de la région de l'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants étant incomplètes (ECO/CEI), on ignore si la région dans son ensemble atteindra la cible de l'OMD. Mais plusieurs pays pour lesquels on dispose de suffisamment de données devraient y parvenir.

Cinq pour cent seulement des enfants présentent une insuffisance pondérale, pourcentage qui est inférieur à celui de n'importe autre région du monde en développement, bien que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans soit légèrement supérieur dans cette région à ce qu'il est Amérique latine/Caraïbes et en Asie de l'Est en Pacifique. Tous les pays pour lesquels on dispose de données sauf trois ont un pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale inférieur à 10 %, tandis que la Croatie et l'Ukraine ont fait descendre ce pourcentage à 1 % seulement.

Trois pays ont fait baisser de façon spectaculaire le taux d'insuffisance pondérale : le Kazakhstan l'a ramené de 8 % en 1995 à 4 % en 1999, l'Ouzbékistan de 17 % en 1996 à 8 % en 2002 et la Turquie de 10 % en 1993 à 4 % en 2003.

L'état nutritionnel des enfants reste néanmoins préoccupant, ce qu'attestent le pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'un retard de croissance et le problème des carences en micronutriments, ou la « faim cachée », caractérisée par une carence en iode et des problèmes

d'anémie. Quatorze pays de la région ont signalé des taux de retard de croissance d'au moins 10 % parmi les enfants de moins de cinq ans. En Albanie et au Tadjikistan, plus d'un tiers des enfants (34 % et 36 %, respectivement) souffrent d'un retard de croissance, tandis qu'au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Turkménistan, ce taux est supérieur à 20 %.

D'après les statistiques régionales les plus récentes, la région de l'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants a un pourcentage de ménages consommant du sel iodé inférieur à celui de n'importe quelle autre région (47 %), mais les progrès accomplis récemment dans ce domaine ont été remarquables : les pourcentages qui se situaient aux alentours de 25 % en 2000⁴⁰.

La prochaine série de MICS devrait confirmer que l'iodation universelle du sel a été réalisée dans six pays : Arménie, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Serbie-et-Monténégro et Turkménistan. L'objectif devrait être atteint en 2006-2007 en Azerbaïdjan, en Bosnie-Herzégovine, en Géorgie, au Kazakhstan et en Roumanie, et d'ici à 2008 en Albanie, au Bélarus, au Kirghizistan, en République de Moldova, au Tadjikistan et en Turquie. La consommation de sel iodé dans les aliments transformés a été un élément positif dans les efforts déployés au plan régional pour éliminer les troubles dus à la carence en iode.

ECO/CEI : LA « FAIM CACHÉE » EST PRÉOCCUPANTE

Les pays de l'ECO/CEI ont certains des niveaux les plus faibles d'allaitement exclusif au sein du monde en développement. La moyenne régionale est de 22 pour cent, ce qui place l'ECO/CEI au même niveau ou presque que l'Afrique de l'Ouest et centrale, à 20 pour cent.

Indicateur : pourcentage de nourrissons allaités exclusivement au sein au cours des six premiers mois.

Source : analyse faite par l'UNICEF des dernières estimations disponibles sur les taux d'allaitement exclusif au sein des nourrissons au cours des six premiers mois (1996-2004).



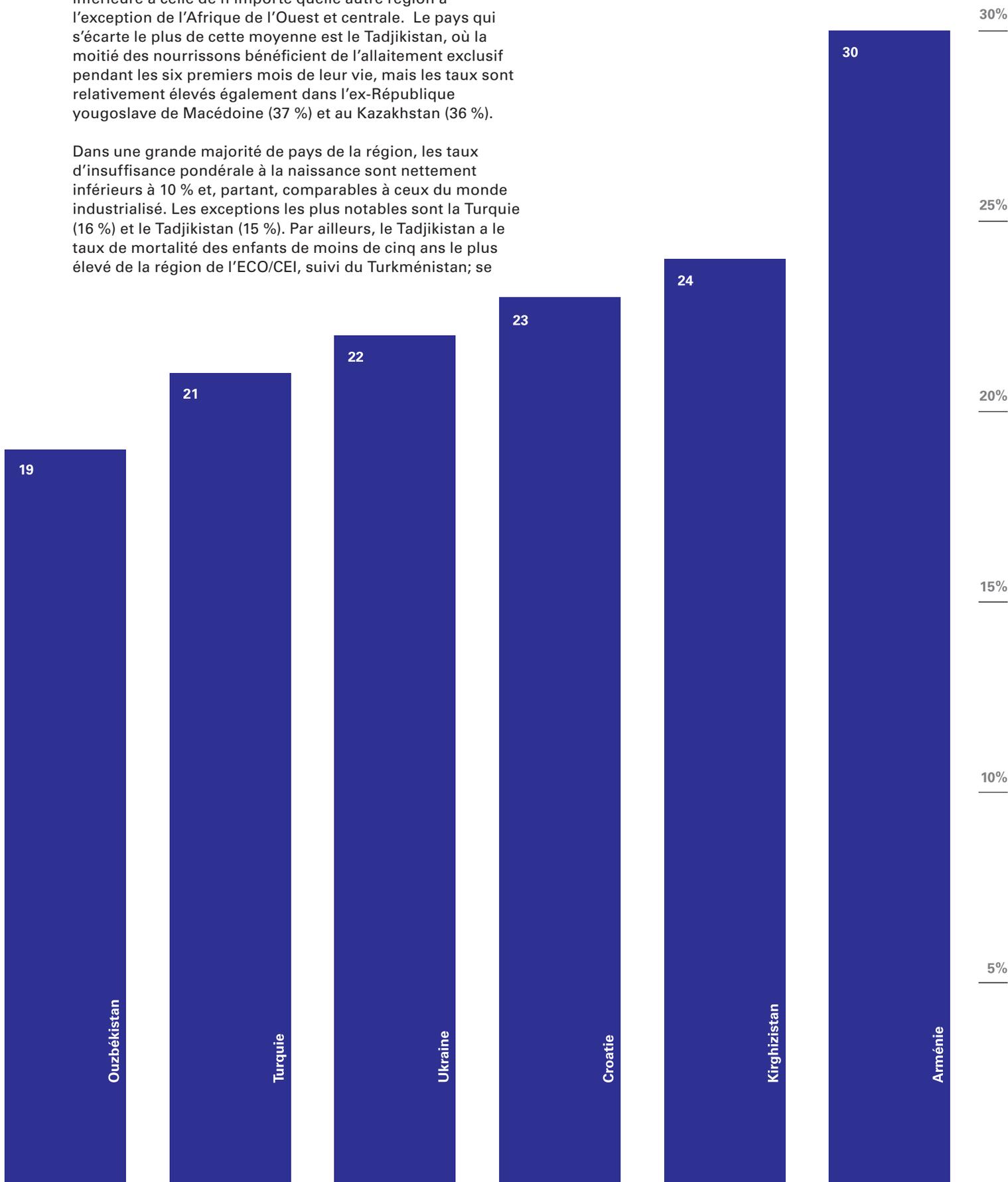
En raison de son impact sur la mortalité infantile, l'avitaminose A est un sujet de préoccupation, en particulier en Asie centrale, où les pourcentages des enfants de moins de cinq ans présentant cette carence vont jusqu'à 27 % au Kazakhstan et au Tadjikistan et jusqu'à 53 % en Ouzbékistan⁴¹.

D'une façon générale, les taux d'allaitement exclusif au sein sont faibles dans l'ECO/CEI : la moyenne de 22 % est inférieure à celle de n'importe quelle autre région à l'exception de l'Afrique de l'Ouest et centrale. Le pays qui s'écarte le plus de cette moyenne est le Tadjikistan, où la moitié des nourrissons bénéficient de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de leur vie, mais les taux sont relativement élevés également dans l'ex-République yougoslave de Macédoine (37 %) et au Kazakhstan (36 %).

Dans une grande majorité de pays de la région, les taux d'insuffisance pondérale à la naissance sont nettement inférieurs à 10 % et, partant, comparables à ceux du monde industrialisé. Les exceptions les plus notables sont la Turquie (16 %) et le Tadjikistan (15 %). Par ailleurs, le Tadjikistan a le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans le plus élevé de la région de l'ECO/CEI, suivi du Turkménistan; se

situant à 118 et à 103 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, ces taux représentent environ trois fois la moyenne régionale.

En outre, la région présente des disparités entre pays et à l'intérieur des pays, disparités qu'expliquent des contextes politiques, économiques, socioculturels et écologiques variés.



Beaucoup de pays industrialisés recueillent des données sur l'état nutritionnel, mais ils les analysent à l'aide d'une méthodologie qui ne permet pas d'établir des comparaisons avec les données en provenance des pays en développement. Ainsi, par exemple, présentent-ils souvent des informations sur des poids et tailles moyens, par exemple, non sur l'indice de poids inférieur de deux écarts-types à la valeur médiane du poids correspondant à l'âge des enfants au sein de la population de référence. Les Etats-Unis sont le seul pays industrialisé qui présente des chiffres comparables à ceux du monde en développement. Deux pour cent des enfants y souffrent d'insuffisance pondérale, 1% présente un retard de croissance et 6 % sont atteints de cachexie.

Des statistiques sur l'insuffisance pondérale à la naissance, en revanche, sont disponibles : le taux moyen pour les pays industrialisés est de 7 %, ce qui les situe au même niveau que la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique. Le taux d'insuffisance pondérale à la naissance le plus faible du monde industrialisé (4 %) est enregistré en Estonie, en Finlande, en Islande, en Lituanie et en Suède. En fait, le pourcentage d'enfants ayant un faible poids à la naissance est en augmentation depuis quelques années dans les pays industrialisés, phénomène attribué à trois facteurs principaux : augmentation du nombre des naissances multiples (due à l'utilisation d'inducteurs de l'ovulation); grossesses tardives (dont on a prouvé qu'elles réduisaient le poids à la naissance); et perfectionnement des techniques

De même, les données relatives à l'allaitement exclusif au sein sont limitées. Les taux sont généralement faibles dans les pays industrialisés et ne s'améliorent que lentement en Europe. C'est le cas en France et au Royaume-Uni, par exemple. Selon des données récentes de l'Organisation mondiale de la Santé, les Pays-Bas ont augmenté leur taux d'allaitement au sein pendant les quatre premiers mois de la vie : il est passé de 12 % en 1996-1997 à 23 % en 2000-2001; en Pologne, ce taux est passé de 2 % en 1988 à 13 % en 1995 puis à 29 % en 1997; et en Suède, il est passé de 51 % en 1990 à 69 % en 1999⁴⁷. Toutefois, ces taux ne peuvent pas être comparés avec ceux des pays en développement, pour lesquels l'indicateur type est l'allaitement exclusif au sein pendant six mois.

La malnutrition est un problème qui se pose dans les pays industrialisés, mais elle est moins susceptible d'être liée à une alimentation insuffisante qu'à des régimes alimentaires peu favorables à la santé car dominés par des choix et des pratiques alimentaires inappropriés, et en particulier par la consommation d'aliments fournissant un apport calorique excessif, ainsi que de graisses et d'hydrates de carbone raffinés. L'augmentation des taux d'obésité est devenue un grave problème de santé publique dans les couches socioéconomiques pauvres des pays industrialisés et aussi, de plus en plus, dans beaucoup de pays en développement⁴⁸. Particulièrement préoccupante est la coexistence, surtout au sein des groupes défavorisés de la population, de ce que l'on

PAYS INDUSTRIALISÉS : RÉUSSITES ET DISPARITÉS

médicales et des soins prénatals, qui permet à un plus grand nombre de bébés nés avant terme de survivre⁴².

Dans les pays industrialisés, ce sont les disparités -- selon le sexe, le lieu et le niveau socio-économique, à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre -- qui représentent la plus grave menace pour la nutrition de l'enfant. Les inégalités sociales sont en progression dans l'ensemble du monde industrialisé, en particulier dans certains pays d'Europe orientale⁴³.

En Australie, l'insuffisance pondérale à la naissance est plus répandue parmi les bébés nés dans des familles de faible niveau socio-économique ou nés de mères célibataires ou autochtones⁴⁴. Aux États-Unis, elle est de plus en plus fréquente parmi tous les groupes, mais les taux les plus élevés se rencontrent parmi les minorités ethniques⁴⁵.

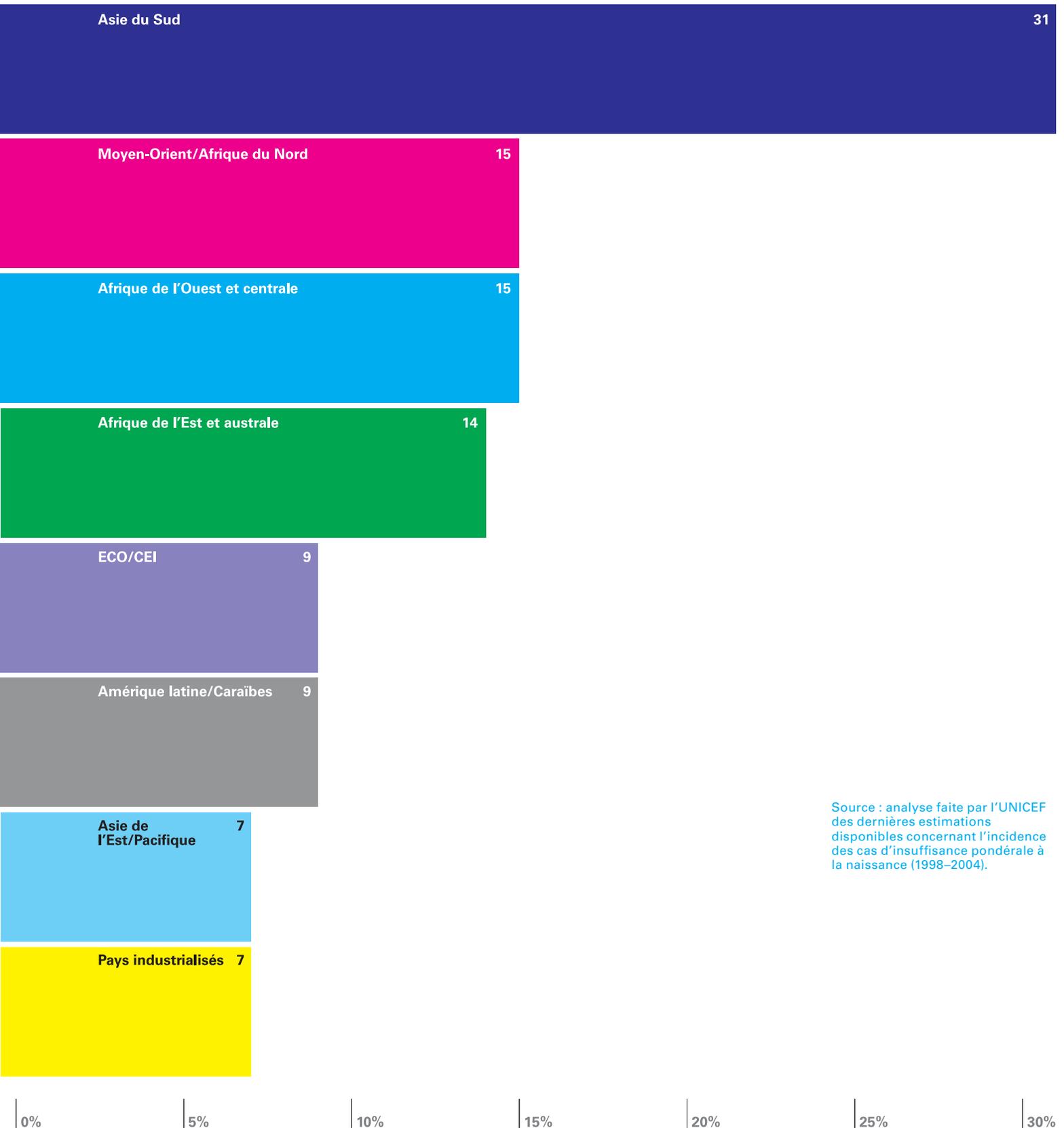
Les données concernant l'iodation du sel dans le monde industrialisé sont insuffisantes, mais il semble que les taux soient en baisse en Europe où la durabilité des programmes de lutte contre les troubles dus à la carence en iode est compromise par le relâchement de la vigilance⁴⁶. L'iodation universelle du sel devrait pourtant constituer une priorité autant pour ces pays que pour les pays en développement.

appelle le « double fardeau de la maladie », l'obésité et les maladies non transmissibles se rencontrant dans les communautés, voire dans les familles, où la dénutrition des enfants est répandue.

L'obésité comporte des risques accrus pour l'état général de santé, notamment une plus forte incidence de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète non insulino-dépendant, de certains cancers, de cholécystopathie, d'anomalies de la menstruation et de complications de l'arthrite et de la goutte. Dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, le pourcentage d'enfants atteints de surnutrition, et notamment d'enfants obèses, est passé d'environ 10 % au début des années 80 à environ 20 % à la fin des années 90. Dans plusieurs régions d'Europe du Sud, un enfant sur trois présente une surcharge pondérale⁴⁹.

L'incidence la plus faible des cas d'insuffisance pondérale à la naissance est constatée dans les pays industrialisés et dans la région de l'Asie de l'Est/Pacifique. L'Asie du Sud a l'incidence la plus forte.

Indicateur : pourcentage de nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes).



Source : analyse faite par l'UNICEF des dernières estimations disponibles concernant l'incidence des cas d'insuffisance pondérale à la naissance (1998–2004).

L'amélioration de la nutrition a des répercussions considérables sur la survie des enfants, en aidant à prévenir des décès pour cause de diarrhée, de pneumonie, de paludisme et de rougeole, ainsi que des décès survenant pendant la période néonatale. De plus, elle peut contribuer puissamment à la réalisation de tous les OMD, qu'il s'agisse de réduire l'extrême pauvreté ou de faire en sorte que tous les enfants aillent à l'école, puissent y étudier et profiter au maximum des investissements consentis dans le secteur de l'éducation, de réduire la mortalité maternelle ou de combattre les principales maladies. Une nutrition de qualité non seulement aide les enfants à grandir, mais sauve des vies et favorise le développement humain, la croissance économique et la dépaupérisation, partout.

La vie de millions d'enfants sera transformée si la cible 2 de l'OMD 1, concernant la réduction de moitié de la proportion de la population qui souffre de la faim, est atteinte d'ici à 2015. Il ne s'agit aucunement d'un scénario irréaliste : les mesures susceptibles de faire bouger les choses dans le domaine de la nutrition de l'enfant sont bien connues. Ce n'est pas seulement une question d'alimentation : la bonne santé et les soins, en particulier pendant la petite enfance, sont tout aussi importants.

Les interventions en matière d'aliments et de nutriments qui ont fait leurs preuves sont notamment l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie, l'allaitement

Il est clair également que les interventions nutritionnelles doivent cibler en priorité les enfants de moins de deux ans. En effet, la dénutrition survenant pendant la petite enfance a des conséquences désastreuses sur la survie et le développement de l'enfant car c'est la période pendant laquelle les enfants sont les plus vulnérables face à la maladie et à la mortalité. Par ailleurs, la petite enfance offre l'occasion d'agir. Les interventions nutritionnelles lancées au cours de cette période ont les retombées les plus importantes.

De plus, les efforts doivent porter sur les femmes -- avant leur grossesse, pendant celle-ci et pendant la lactation -- par le biais des soins prénatals et autres interventions favorables, car les mères privées d'une bonne alimentation risquent de donner naissance à des bébés présentant une insuffisance pondérale. Pour une femme, la meilleure situation consiste à être déjà bien nourrie lorsqu'elle est enceinte pour la première fois.

Les besoins sanitaires et nutritionnels des enfants pris dans des situations d'urgence complexes doivent demeurer une priorité de la communauté internationale. Mais il s'impose aussi d'urgence de se concentrer sur les principales causes de décès et de dénutrition dans les urgences « silencieuses » -- en dehors des camps, dans des environnements stables et dans les communautés touchées par le VIH/SIDA, en particulier en Afrique australe.

NOTE FINALE : C'EST MAINTENANT QU'IL FAUT AGIR

et l'alimentation complémentaire au-delà des six premiers mois, la supplémentation en vitamine A, l'iodation du sel et l'enrichissement des aliments de base.

La campagne en faveur de la nutrition consistera également à mener une action simultanée dans plusieurs secteurs, compte tenu du fait que l'eau, l'assainissement et le VIH/SIDA, par exemple, sont inextricablement liés à la santé et à la nutrition de l'enfant. Cette action se proposera :

- Au niveau **micro**, de renforcer l'autonomie des familles en leur donnant accès aux informations, aux ressources et aux services dont elles ont besoin pour améliorer leurs pratiques dans les domaines de la santé, de l'alimentation et de la prise en charge des enfants.
- Au niveau **intermédiaire**, de renforcer les systèmes sanitaires et nutritionnels de district et de proximité et de garantir l'accès à l'eau et à l'assainissement.
- Au niveau **macro**, d'intégrer les besoins sanitaires et nutritionnels des enfants aux politiques, plans et budgets nationaux.
- Au niveau **mondial**, de garantir l'approvisionnement durable en produits sanitaires et nutritionnels abordables, ainsi que la distribution de ressources financières accrues déjà promises pour permettre de réaliser les OMD.

Il ressort de nouveaux éléments d'information⁵⁰ que si l'on multiplie ces interventions à fort impact -- allaitement au sein, alimentation complémentaire, supplémentation de vitamine A et de zinc -- elles auront des répercussions sur la croissance et le développement ainsi que sur la survie. Même des pays à faible revenu par habitant peuvent accomplir des progrès importants si les politiques appropriées sont complétées par la volonté politique, ce que des pays tels que le Costa Rica, Cuba et Sri Lanka démontrent depuis des années.

Comme tous les éléments d'information dont on dispose tendent à montrer qu'une nutrition de qualité favorise le développement non seulement humain, mais économique, les responsables politiques manqueraient à leur devoir s'ils ne mettaient pas tout en œuvre pour la promouvoir. L'amélioration de la nutrition peut changer la destinée d'une nation. Mais cela ne peut arriver que si la dénutrition des enfants est considérée comme un problème et une priorité et si l'on en tient compte dans le cadre d'une politique nationale globale. Les services nutritionnels en faveur des enfants doivent faire partie intégrante des stratégies nationales de dépaupérisation et des plans de dépenses correspondants. Beaucoup de pays ne l'ont pas encore compris.

Par ailleurs, l'amélioration de la nutrition ne peut intervenir que si chaque strate de la société collabore à cette fin. Les particuliers et les communautés, les gouvernements et le secteur privé, les organisations humanitaires et les professionnels de la santé doivent tous œuvrer de concert pour que le droit des enfants à la nutrition soit réalisé et pour que les dispensateurs de soins et les familles aient les moyens d'en faire une réalité.

À cet égard, une nouvelle Initiative tendant à mettre fin à la faim et à la dénutrition chez l'enfant, lancée par le Programme alimentaire mondial et l'UNICEF, associera un grand nombre de partenaires pour créer une dynamique au cours des 10 années restantes avant l'échéance fixée pour la réalisation des OMD. Elle engagera les gouvernements des pays en développement à prendre des mesures pour améliorer les politiques à mettre en œuvre pour s'acquitter de l'engagement qu'ils ont pris de faire reculer la faim et la dénutrition parmi les enfants, et invitera les gouvernements des pays donateurs à fournir les ressources matérielles et financières qui seront nécessaires pour atteindre cet objectif.

Comme le demande la Banque mondiale dans une publication récente, il faut replacer la nutrition en tête des programmes de développement nationaux pour atteindre les OMD⁵¹.

C'est maintenant qu'il faut agir. Pour commencer, les OMD ont été adoptés par les États Membres de l'ONU et ils traduisent leur volonté : c'est en soi un grand pas en avant au service des enfants et de l'humanité. Et dans le cadre de l'offensive menée pour réaliser les OMD, la bataille contre la pauvreté occupe à présent le devant de la scène. Le monde est assurément capable de se mettre sur les rails et de progresser sur la voie de la réalisation des OMD relatifs à la nutrition et à la santé des enfants. Il serait inexcusable d'abandonner à son sort une autre génération d'enfants.

Pour atteindre la cible de l'OMD – diminuer de moitié le nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale entre 1990 et 2015 – il faudra déployer des efforts aux niveaux micro, intermédiaire, macro et mondial et forger des partenariats entre tous les secteurs de la société.

micro
donner aux familles les moyens d'améliorer leurs pratiques dans les domaines de la santé, de l'alimentation et de la prise en charge des enfants

intermédiaire
renforcer les systèmes sanitaires et nutritionnels de district et de proximité et garantir l'accès à l'eau et à l'assainissement

macro
intégrer les besoins sanitaires et nutritionnels des enfants aux politiques, plans et budgets nationaux

mondial
garantir l'approvisionnement durable en produits sanitaires et nutritionnels abordables, ainsi que la distribution de ressources financières accrues

**Date butoir
OMD :
2015**

NUTRITION DE L'ENFANT

| Pays et territoires | TMM5 2004 | % de moins de cinq ans (1996–2005) souffrant de : | | | | Autres indicateurs : | | | | |
|--|--------------|---|--|-----------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|------|
| | | Insuffisance pondérale* | Taux annuel moyen de régression (TAMR) 1990-2004 | Progrès vers l'OMD | Retard de croissance* Cachexie* | % de nourrissons présentant une insuffisance pondérale 1998-2004* | % d'enfants nourris exclusivement au sein (<6 mois) 1996-2004* | Supplémenta- tion en vitamine A (6-59 mois) 2003 | % de ménages consommant du sel iodé 1998-2004* | |
| ASIE DU SUD | | | | | | | | | | |
| Bhoutan | 80 | 19 | 6,4 | en bonne voie | 40 | 3 | 15 | – | – | 95 |
| Maldives | 46 | 30 | 4,3 | en bonne voie | 25 | 13 | 22 | 10 | – | 44 |
| Afghanistan | 257 | 39 | 3,1 | en bonne voie | 54 | 7 | – | – | 86 t | 28 |
| Sri Lanka | 14 | 29 | 2,9 | en bonne voie | 14 | 14 | 22 | 84 | – | 88 |
| Bangladesh | 77 | 48 | 2,8 | en bonne voie | 43 | 13 | 36 | 36 | 87 t | 70 |
| Pakistan | 101 | 38 | 1,7 | insuffisant | 37 | 13 | 19 x | 16 x, k | 95 t | 17 |
| Inde | 85 | 47 | 1,6 | insuffisant | 46 | 16 | 30 | 37 k | 45 w | 50 |
| Népal | 76 | 48 | -0,5 | pas de progrès | 51 | 10 | 21 | 68 | 96 t | 63 |
| AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE | | | | | | | | | | |
| Botswana | 116 | 13 | 7,8 | en bonne voie | 23 | 5 | 10 | 34 | – | 66 |
| Malawi | 175 | 22 | 2,3 | insuffisant | 48 | 5 | 16 | 44 | 92 | 49 |
| République-Unie de Tanzanie | 126 | 22 | 2,2 | insuffisant | 38 | 3 | 13 | 41 | 91 t | 43 |
| Kenya | 120 | 20 | 1,1 | insuffisant | 30 | 6 | 10 | 13 | 33 | 91 |
| Namibie | 63 | 24 | 1,1 | insuffisant | 24 | 9 | 14 | 19 | 93 | 63 |
| Mozambique | 152 | 24 | 1,1 | insuffisant | 41 | 4 | 15 | 30 | 50 | 54 |
| Rwanda | 203 | 27 | 1,0 | insuffisant | 41 | 6 | 9 | 84 | 86 | 90 |
| Erythrée | 82 | 40 | 0,7 | insuffisant | 38 | 13 | 21 x | 52 | 52 | 68 |
| Ouganda | 138 | 23 | 0,1 | pas de progrès | 39 | 4 | 12 | 63 | – | 95 |
| Zambie | 182 | 23 | 0,0 | pas de progrès | 49 | 5 | 12 | 40 | 73 t | 77 |
| Ethiopie | 166 | 47 | -0,1 | pas de progrès | 52 | 11 | 15 | 55 | 65 | 28 |
| Lesotho | 82 | 18 | -0,3 | pas de progrès | 46 | 5 | 14 | 15 | 75 t | 69 |
| Madagascar | 123 | 42 | -0,4 | pas de progrès | 48 | 13 | 17 | 67 | 91 t | 75 |
| Burundi | 190 | 45 | -1,0 | pas de progrès | 57 | 8 | 16 | 62 | 95 | 96 |
| Zimbabwe | 129 | 13 | -1,6 | pas de progrès | 27 | 6 | 11 | 33 | 46 | 93 |
| Comores | 70 | 25 | -3,7 | pas de progrès | 42 | 12 | 25 | 21 | – | 82 |
| Afrique du Sud | 67 | 12 | -5,6 | pas de progrès | 25 | 3 | 15 | 7 | – | 62 |
| Swaziland | 156 | 10 | – | – | 30 | 1 | 9 | 24 | 80 | 59 |
| Maurice | 15 | 15 x | – | – | 10 x | 14 x | 14 | 21 k | – | 0 x |
| Somalie | 225 | 26 | – | – | 23 | 17 | – | 9 | – | – |
| Angola | 260 | 31 | – | – | 45 | 6 | 12 | 11 | 68 | 35 |
| Seychelles | 14 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE | | | | | | | | | | |
| Gambie | 122 | 17 | 10,8 | en bonne voie | 19 | 8 | 17 | 26 | 91 | 8 |
| Congo | 108 | 14 | 4,4 | en bonne voie | 19 | 4 | – | 4 k | 89 | – |
| Bénin | 152 | 23 | 4,1 | en bonne voie | 31 | 8 | 16 | 38 | 98 t | 72 |
| Mauritanie | 125 | 32 | 4,0 | en bonne voie | 35 | 13 | – | 20 | – | 2 |
| Côte d'Ivoire | 194 | 17 | 3,2 | en bonne voie | 21 | 7 | 17 | 5 | – | 31 |
| Nigéria | 197 | 29 | 2,2 | insuffisant | 38 | 9 | 14 | 17 | 27 | 97 |
| Mali | 219 | 33 | 2,2 | insuffisant | 38 | 11 | 23 | 25 | 61 | 74 |
| République démocratique du Congo | 205 | 31 | 1,7 | insuffisant | 38 | 13 | 12 | 24 | 80 t | 72 |
| Ghana | 112 | 22 | 1,4 | insuffisant | 30 | 7 | 16 | 53 | 78 t | 28 |
| Sénégal | 137 | 17 | 1,1 | insuffisant | 16 | 8 | 18 | 24 k | – | 16 |
| Togo | 140 | 25 | 0,8 | insuffisant | 22 | 12 | 18 | 18 | 84 t | 67 |
| Guinée | 155 | 26 | 0,6 | insuffisant | 35 | 9 | 16 | 23 | 98 t | 68 |
| Sierra Léone | 283 | 27 | 0,5 | pas de progrès | 34 | 10 | 23 | 4 | 84 t | 23 |
| Niger | 259 | 40 | 0,2 | pas de progrès | 40 | 14 | 13 | 1 | 95 | 15 |
| République centrafricaine | 193 | 24 | -0,6 | pas de progrès | 39 | 9 | 14 | 17 | 84 | 86 |
| Burkina Faso | 192 | 38 | -1,4 | pas de progrès | 39 | 19 | 19 | 19 | 95 t | 45 |
| Cameroun | 149 | 18 | -2,3 | pas de progrès | 32 | 5 | 11 | 21 | 86 | 61 |
| Gabon | 91 | 12 | – | – | 21 | 3 | 14 | 6 | 30 | 36 |
| Sao Tomé-et-Principe | 118 | 13 | – | – | 29 | 4 | 20 | 56 | – | 74 |
| Guinée équatoriale | 204 | 19 | – | – | 39 | 7 | 13 | 24 | – | 20 x |
| Guinée-Bissau | 203 | 25 | – | – | 30 | 10 | 22 | 37 | – | 2 |
| Libéria | 235 | 26 | – | – | 39 | 6 | – | 35 | – | – |
| Tchad | 200 | 28 | – | – | 29 | 11 | 10 | 2 | – | 58 |
| Cap-Vert | 36 | – | – | – | – | – | 13 | 57 k | – | 0 x |
| MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD | | | | | | | | | | |
| République arabe de Syrie | 16 | 7 | 8,9 | en bonne voie | 18 | 4 | 6 | 81 k | – | 79 |
| Tunisie | 25 | 4 | 8,4 | en bonne voie | 12 | 2 | 7 | 47 | – | 97 |
| Territoire palestinien occupé | 24 | 4 | 5,3 | en bonne voie | 9 | 3 | 9 | 29 k | – | 65 |
| Jordanie | 27 | 4 | 4,7 | en bonne voie | 9 | 2 | 10 x | 27 | – | 88 |
| Oman | 13 | 18 | 4,2 | en bonne voie | 10 | 7 | 8 | – | – | 61 |
| Djibouti | 126 | 18 | 3,8 | en bonne voie | 26 | 13 | – | – | 75 | – |
| Maroc | 43 | 10 | 1,8 | insuffisant | 18 | 9 | 11 x | 31 | – | 41 |
| Égypte | 36 | 9 | 0,8 | insuffisant | 16 | 4 | 12 | 30 | – | 56 |
| Algérie | 40 | 10 | 0,8 | insuffisant | 19 | 8 | 7 | 13 | – | 69 |
| Soudan | 91 | 41 | -2,4 | pas de progrès | 43 | 16 | 31 | 16 | 34 | 1 |

| Pays et territoires | TMM5 2004 | % de moins de cinq ans (1996-2005) souffrant de : | | | | % de Autres indicateurs : | | | | |
|--|--------------|---|--|-----------------------|---------------------------------------|--|---|---|--|-----|
| | | Insuffisance pondérale* | Taux annuel moyen de régression (TAMR) 1990-2004 | Progrès vers l'OMD | Retard de croissance* Cachexie* | % de nourissons présentant une insuffisance pondérale 1998-2004* | % d'enfants nourris exclusivement au sein (<6 mois) 1996-2004* | Supplément en vitamine A (6-59 mois) 2003 | % de ménages consommant du sel iodé 1998-2004* | |
| MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD (suite de la page précédente) | | | | | | | | | | |
| Iraq | 125 | 16 | -3,6 | pas de progrès | 22 | 6 | 15 | 12 | - | 40 |
| Yémen | 111 | 46 | -3,6 | pas de progrès | 53 | 12 | 32x | 12 | 36 | 30 |
| Liban | 31 | 3 | - | - | 12 | 3 | 6 | 27k | - | 87 |
| Jamahiriyah arabe libyenne | 20 | 5x | - | - | 15x | 3x | 7x | - | - | 90x |
| Qatar | 21 | 6x | - | - | 8x | 2x | 10 | 12k | - | - |
| Bahreïn | 11 | 9x | - | - | 10x | 5x | 8 | 34x,k | - | - |
| Koweït | 12 | 10 | - | - | 24 | 11 | 7 | 12k | - | - |
| Iran, République islamique d' | 38 | 11 | - | - | 15 | 5 | 7x | 44 | - | 94 |
| Emirats arabes unis | 8 | 14x | - | - | 17x | 15x | 15x | 34x,k | - | - |
| Arabie saoudite | 27 | 14 | - | - | 20 | 11 | 11x | 31k | - | - |
| ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE | | | | | | | | | | |
| Singapour | 3 | 3 | - | en bonne voie | 2 | 2 | 8 | - | - | - |
| Malaisie | 12 | 11 | 7,1 | en bonne voie | - | - | 9 | 29k | - | - |
| Chine | 31 | 8 | 6,7 | en bonne voie | 14 | - | 4 | 51 | - | 93 |
| Viet Nam | 23 | 28 | 3,5 | en bonne voie | 32 | 7 | 9 | 15 | 99t,w | 83 |
| Indonésie | 38 | 28 | 2,7 | en bonne voie | - | - | 9 | 40 | 62 | 73 |
| Myanmar | 106 | 32 | 1,2 | insuffisant | 32 | 9 | 15 | 15k | 87t | 60 |
| Philippines | 34 | 28 | 0,9 | insuffisant | 30 | 6 | 20 | 34 | 76t | 56 |
| Rép. dém. pop. lao | 83 | 40 | 0,8 | insuffisant | 42 | 15 | 14 | 23 | 64 | 75 |
| Mongolie | 52 | 13 | -0,3 | pas de progrès | 25 | 6 | 7 | 51 | 87t | 75 |
| Cambodge | 141 | 45 | -1,3 | pas de progrès | 45 | 15 | 11 | 12 | 47 | 14 |
| Thaïlande | 21 | 18x | - | - | 13x | 5x | 9 | 4x,k | - | 63 |
| Corée, Rép. pop. dém. de | 55 | 23 | - | - | 37 | 7 | 7 | 65 | 95t | 40 |
| Timor-Leste | 80 | 46 | - | - | 49 | 12 | 12 | 31 | 95 | 72 |
| République de Corée | 6 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Brunei Darussalam | 9 | - | - | - | - | - | 10 | - | - | - |
| Fiji | 20 | - | - | - | - | - | 10 | 47x,k | - | 31x |
| Iles Cook | 21 | - | - | - | - | - | 3 | 19k | - | - |
| Etats fédérés de Micronésie | 23 | - | - | - | - | - | 18 | 60k | 95t | - |
| Tonga | 25 | - | - | - | - | - | 0 | 62k | - | - |
| Palaos | 27 | - | - | - | - | - | 9 | 59x,k | - | - |
| Nauru | 30 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Samoa | 30 | - | - | - | - | - | 4x | - | - | - |
| Vanuatu | 40 | - | - | - | - | - | 6 | 50k | - | - |
| Tuvalu | 51 | - | - | - | - | - | 5 | - | - | - |
| Iles Salomon | 56 | - | - | - | - | - | 13x | 65k | - | - |
| Iles Marshall | 59 | - | - | - | - | - | 12 | 63x,k | 23 | - |
| Kiribati | 65 | - | - | - | - | - | 5 | 80x,k | 45 | - |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée | 93 | - | - | - | - | - | 11x | 59 | 1 | - |
| Nioué | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - | - |
| AMÉRIQUE LATINE ET CARAIBES | | | | | | | | | | |
| Cuba | 7 | 4 | 20,3 | en bonne voie | 5 | 2 | 6 | 41 | - | 88 |
| République dominicaine | 32 | 5 | 6,7 | en bonne voie | 9 | 2 | 11 | 10 | 40 | 18 |
| Jamaïque | 20 | 4 | 5,8 | en bonne voie | 5 | 2 | 10 | - | - | 100 |
| Mexique | 28 | 8 | 5,6 | en bonne voie | 18 | 2 | 8 | 38x,k | - | 91 |
| Pérou | 29 | 7 | 5,2 | en bonne voie | 25 | 1 | 11x | 67 | - | 93x |
| Guyana | 64 | 14 | 4,6 | en bonne voie | 11 | 11 | 12 | 11 | - | - |
| Haiti | 117 | 17 | 4,4 | en bonne voie | 23 | 5 | 21 | 24 | 25 | 11 |
| Colombie | 21 | 7 | 3,7 | en bonne voie | 14 | 1 | 9 | 26 | - | 92x |
| Bolivie | 69 | 8 | 3,6 | en bonne voie | 27 | 1 | 7 | 54 | 38 | 90 |
| République bolivarienne du Venezuela | 19 | 4 | 3,2 | en bonne voie | 13 | 3 | 9 | 7k | - | 90 |
| Brésil | 34 | 6 | 2,9 | en bonne voie | 11 | 2 | 10x | - | - | 88 |
| Guatemala | 45 | 23 | 2,7 | en bonne voie | 49 | 2 | 12 | 51 | - | 67 |
| Chili | 8 | 1 | 2,6 | en bonne voie | 2 | 0 | 5 | 63 | - | 100 |
| El Salvador | 28 | 10 | 2,6 | en bonne voie | 19 | 1 | 7 | 24 | - | 91x |
| Nicaragua | 38 | 10 | 2,4 | insuffisant | 20 | 2 | 12 | 31 | 91 | 97 |
| Equateur | 26 | 12 | 2,0 | insuffisant | 26 | - | 16 | 35 | - | 99 |
| Honduras | 41 | 17 | 1,5 | insuffisant | 29 | 1 | 14 | 35 | 35 | 80 |
| Trinité-et-Tobago | 20 | 6 | 1,3 | insuffisant | 4 | 4 | 23 | 2 | - | 1 |
| Panama | 24 | 8 | -1,2 | pas de progrès | 18 | 1 | 10 | 25x | - | 95 |
| Paraguay | 24 | 5 | -2,3 | en bonne voie | 14 | 1 | 9x | 22 | - | 88 |
| Costa Rica | 13 | 5 | - | - | 6 | 2 | 7 | 35x,k | - | 97x |
| Uruguay | 17 | 5x | - | - | 8x | 1x | 8 | - | - | - |
| Argentine | 18 | 5 | - | - | 12 | 3 | 8 | - | - | 90x |
| Suriname | 39 | 13 | - | - | 10 | 7 | 13 | 9 | - | - |
| Antigua-et-Barbuda | 12 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Barbade | 12 | - | - | - | - | - | 10x | - | - | - |
| Bahamas | 13 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Dominique | 14 | - | - | - | - | - | 10 | - | - | - |
| Sainte-Lucie | 14 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Grenade | 21 | - | - | - | - | - | 9 | 39k | - | - |
| Saint-Kitts-et-Nevis | 21 | - | - | - | - | - | 9 | 56k | - | 100 |
| Saint-Vincent-et-Grenadines | 22 | - | - | - | - | - | 10 | - | - | - |
| Belize | 39 | - | - | - | - | - | 6 | 24k | - | 90x |

| Pays et territoires | TMM5 2004 | % de moins de cinq ans (1996-2005) souffrant de : | | | | Autres indicateurs : | | | | |
|---------------------------------------|--------------|---|--|-----------------------|---------------------------------------|---|---|---|--|-----|
| | | Insuffisance pondérale* | Taux annuel moyen de régression (TAMR) 1990-2004 | Progrès vers l'OMD | Retard de croissance* Cachexie* | % de nourrissons présentant une insuffisance pondérale 1998-2004* | % d'enfants nourris exclusivement au sein (<6 mois) 1996-2004* | Supplément en vitamine A (6-59 mois) 2003 | % de ménages consommant du sel iodé 1998-2004* | |
| ECO/CEI | | | | | | | | | | |
| Ukraine | 18 | 1 | - | en bonne voie | 3 | 0 | 5 | 22 | - | 32 |
| Arménie | 32 | 3 | - | en bonne voie | 13 | 2 | 7 | 30 | - | 84 |
| Géorgie | 45 | 3 | - | en bonne voie | 12 | 2 | 7 | 18k | - | 68 |
| Bosnie-Herzégovine | 15 | 4 | - | en bonne voie | 10 | 6 | 4 | 6 | - | 77 |
| Kazakhstan | 73 | 4 | 15,2 | en bonne voie | 10 | 2 | 8 | 36 | - | 83 |
| Ouzbékistan | 69 | 8 | 12,8 | en bonne voie | 21 | 7 | 7 | 19 | 93t | 19 |
| Turquie | 32 | 4 | 10,2 | en bonne voie | 12 | 1 | 16 | 21 | - | 64 |
| Roumanie | 20 | 3 | 6,0 | en bonne voie | 10 | 2 | 9 | - | - | 53 |
| Azerbaïdjan | 90 | 7 | 2,0 | insuffisant | 13 | 2 | 11 | 7 | - | 26 |
| Serbie-et-Monténégro | 15 | 2 | -4,3 | en bonne voie | 5 | 4 | 4 | 11k | - | 73 |
| Croatie | 7 | 1 | - | - | 1 | 1 | 6 | 23 | - | 90 |
| Fédération de Russie | 21 | 3x | - | - | 13x | 4x | 6 | - | - | 35 |
| République de Moldova | 28 | 3 | - | - | 10 | 3 | 5 | - | - | 33 |
| Ex-République yougoslave de Macédoine | 14 | 6 | - | - | 7 | 4 | 6 | 37 | - | 80 |
| Kirghizistan | 68 | 11 | - | - | 25 | 3 | 7x | 24 | - | 42 |
| Turkménistan | 103 | 12 | - | - | 22 | 6 | 6 | 13 | - | 100 |
| Albanie | 19 | 14 | - | - | 34 | 11 | 3 | 6 | - | 62 |
| Bélarus | 11 | - | - | - | - | - | 5 | - | - | 55 |
| Bulgarie | 15 | - | - | - | - | - | 10 | - | - | 98 |
| Tadjikistan | 118 | - | - | - | 36 | 5 | 15 | 50 | - | 28 |

| PAYS INDUSTRIALISES | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|---|---|---|---|---|----|---|---|----|
| Etats-Unis | 8 | 2 | - | - | 1 | 6 | 8 | - | - | - |
| Islande | 3 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| République tchèque | 4 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Finlande | 4 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Japon | 4 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Norvège | 4 | - | - | - | - | - | 5 | - | - | - |
| Slovénie | 4 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Suède | 4 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Autriche | 5 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Belgique | 5 | - | - | - | - | - | 8x | - | - | - |
| Danemark | 5 | - | - | - | - | - | 5 | - | - | - |
| France | 5 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Allemagne | 5 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Grèce | 5 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Italie | 5 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Portugal | 5 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Espagne | 5 | - | - | - | - | - | 6x | - | - | - |
| Suisse | 5 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Australie | 6 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Canada | 6 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Irlande | 6 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Israël | 6 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Luxembourg | 6 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Malte | 6 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Nouvelle-Zélande | 6 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | 83 |
| Royaume-Uni | 6 | - | - | - | - | - | 8 | - | - | - |
| Estonie | 8 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Hongrie | 8 | - | - | - | - | - | 9 | - | - | - |
| Lituanie | 8 | - | - | - | - | - | 4 | - | - | - |
| Pologne | 8 | - | - | - | - | - | 6 | - | - | - |
| Slovaquie | 9 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Lettonie | 12 | - | - | - | - | - | 5 | - | - | - |

On ne dispose pas de données sur la nutrition dans les pays suivants : Andorre, Chypre, Liechtenstein, Monaco, Pays-Bas, Saint-Marin et le Saint-Siège.

| RESUMES REGIONAUX | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| Asie du Sud | 92 | 46 | 1,7 | insuffisant | 44 | 15 | 31 | 38 | 58 | 49 |
| Afrique subsaharienne | 171 | 28 | 0,8 | insuffisant | 38 | 9 | 14 | 30 | 64 | 64 |
| Afrique de l'Est et australe | 149 | 29 | 0,0 | pas de progrès | 41 | 7 | 14 | 41 | 60 | 60 |
| Afrique de l'Ouest et centrale | 191 | 28 | 1,6 | insuffisant | 35 | 10 | 15 | 20 | 60 | 68 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 56 | 17 | -1,6 | pas de progrès | 23 | 8 | 15 | 29 | - | 58 |
| Asie de l'Est/Pacifique | 36 | 15 | 3,6 | en bonne voie | 19 | - | 7 | 43 | 73** | 85 |
| Amérique latine et Caraïbes | 31 | 7 | 3,8 | en bonne voie | 16 | 2 | 9 | - | - | 86 |
| ECO/CEI | 38 | 5 | - | - | 14 | 3 | 9 | 22 | - | 47 |
| Pays industrialisés | 6 | - | - | - | - | - | 7 | - | - | - |
| Pays en développement | 87 | 27 | 1,7 | insuffisant | 31 | 10 | 17 | 36 | 61** | 69 |
| Pays les moins avancés | 155 | 36 | 1,1 | insuffisant | 42 | 10 | 19 | 34 | 76 | 53 |
| Monde | 79 | 26 | 1,7 | insuffisant | 30 | 10 | 16 | 36 | 61** | 68 |

Notes :

- Données pas disponibles ou insuffisantes pour une estimation des tendances.

* Niveaux modéré et grave d'insuffisance pondérale, retard de croissance et cachexie. Les données se rapportent à l'année la plus récente de la période 1996-2005. Pour les autres indicateurs, les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TAMR Taux annuel moyen de régression (%) de la prévalence des cas d'insuffisance pondérale. Les régions sont classées en fonction des mêmes seuils que sur la carte des pages 4 et 5. A noter que le seuil présenté pour les pays et territoires en bonne voie pour atteindre la cible ne s'applique pas au niveau régional. Ainsi, l'ECO/CEI n'est pas dans le classement - la prévalence des cas d'insuffisance pondérale est de 5 pour cent mais les données sont insuffisantes pour calculer le TAMR.

** A l'exclusion de la Chine.

x Données se rapportant à des années ou périodes différentes de celles indiquées en tête de colonne, ou ne correspondent pas à la définition standard ou ne portent pas sur l'ensemble du pays.

k Les données se rapportent à l'allaitement exclusif au sein pendant moins de quatre mois.

t Le pays est parvenu à un taux de couverture de vitamine A égal ou supérieur à 70 % lors du deuxième cycle de la campagne.

w Pays dont le programme de distribution de suppléments de vitamine A ne cible pas les enfants âgés de moins de 59 mois.

RÉFÉRENCES

- ¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde (2005) : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005.
- ² La malnutrition est un terme général que l'on substitue souvent à celui de dénutrition, mais du point de vue technique, il désigne également la surnutrition – l'actuelle épidémie d'obésité et les maladies qu'elle cause, comme le diabète, dans le monde industrialisé comme dans le monde en développement.
- ³ Les estimations de pourcentage diffèrent légèrement des estimations basées sur l'étude des tendances, car le pourcentage actuel a été estimé à partir des données concernant 110 pays et l'étude des tendances a été réalisée sur la base d'un sous-ensemble de 73 pays pour lesquels on disposait de données pour la période allant de 1990 à 2004.
- ⁴ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2006*, UNICEF, New York, 2005, p. 5.
- ⁵ Analyse UNICEF du taux d'insuffisance pondérale selon le lieu de résidence effectuée dans 89 pays et couvrant 90 % de la population des moins de cinq ans du monde en développement.
- ⁶ Analyse UNICEF du taux d'insuffisance pondérale selon le cinquième des ménages effectuée dans 68 pays.
- ⁷ Analyse UNICEF du taux d'insuffisance pondérale selon le sexe effectuée dans 105 pays et couvrant 90 % de la population des moins de cinq ans du monde en développement.
- ⁸ L'incidence du faible poids à la naissance est basée sur les estimations les plus récentes dont on dispose pour la période 1998-2004.
- ⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*, UNICEF et OMS, New York et Genève, 2004, pp. 2-3.
- ¹⁰ *Ibid.*, p. 9.
- ¹¹ Les estimations de tendances du faible poids de naissance sont basées sur des enquêtes réalisées dans 20 pays en développement et couvrant environ la moitié de la population du monde en développement (à l'exclusion de la Chine). Voir également *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*.
- ¹² Les taux d'allaitement au sein sont basés des données les plus récentes dont on dispose pour 111 pays pour la période 1996-2004.
- ¹³ Les estimations de la tendance concernant l'allaitement au sein sont basées sur un sous-ensemble de 37 pays pour lesquels on disposait de données tendanciennes et portent sur environ 60 % des naissances se produisant dans le monde en développement (à l'exclusion de la Chine). L'analyse concernant l'Afrique subsaharienne couvre 59 % du nombre total des naissances dans la région; l'analyse concernant l'Afrique de l'Ouest et centrale en couvre 68 %; et l'analyse concernant l'Afrique de l'Est et australe environ la moitié. Les estimations de tendances sont légèrement différentes des estimations des taux d'allaitement au sein actuels car l'étude des tendances a été basée sur les données concernant 37 pays et les taux d'allaitement au sein actuels ont été estimés à partir des données concernant 111 pays. Il en va de même pour toutes les autres régions.
- ¹⁴ Les calculs sont basés sur les estimations les plus récentes pour la consommation de sel iodé dont on dispose pour la période 1998-2004 pour 97 pays et qui concernent 95 % de la population du monde en développement.
- ¹⁵ Beaton, et al., *Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries*, ACC/SCN State of the Art Series, Nutrition Policy Paper No. 13, 1993.
- ¹⁶ Les taux de supplémentation en vitamine A sont basés sur les estimations les plus récentes dont on dispose pour la période 1998-2004.
- ¹⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Vitamin A Supplementation: Progress for child survival', Document de travail établi par la Section nutrition, UNICEF, New York, 2005.
- ¹⁸ Aguayo, Victor M. et Shawn K. Baker, 'Vitamin A Deficiency and Child Survival in sub-Saharan Africa: A reappraisal of challenges and opportunities', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 26, n° 4, 2005, pp. 348 à 355.
- ¹⁹ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Focusing on Anaemia: Towards a joint approach for effective anaemia control', OMS, Genève, 2004.
- ²⁰ Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (CPN), *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for improved development outcomes*, CPN, mars 2004, p. 14.
- ²¹ Mason, J., J. Rivers et C. Helwig, 'Recent Trends in Malnutrition in Developing Regions: Vitamin A deficiency, anemia, iodine deficiency, and child underweight', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 26, 2005, pp. 28 à 34.
- ²² Gross, Rainer et Patrick Webb 'Wasting Time for Wasted Children: Severe child undernutrition must be resolved in non emergency settings' *The Lancet* (à paraître en 2006).
- ²³ International Institute for Population Sciences (IIPS) et ORC Macro, *National Family Health Survey (NFHS-2)*, 1998-99, IIPS, Mumbai, 2000, p. 245.
- ²⁴ On considère que l'iodation universelle du sel est réalisée lorsqu'au moins 90 % des ménages consomment du sel iodé.
- ²⁵ Enquêtes sur l'anémie et les micronutriments effectuées en Afghanistan, au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, au Népal et à Sri Lanka, analysées par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud.
- ²⁶ Banque asiatique de développement, 'Investing in Child Nutrition in Asia', *Asian Development Review*, vol. 17, n° 1, p. 11, 1999.
- ²⁷ 'Health & Nutrition Survey in Earthquake Affected Areas, Pakistan', Enquête conjointe UNICEF/PAM/OMS en collaboration avec le Ministère de la santé et les Instituts nationaux de la santé, Islamabad, janvier 2006 (document à usage interne).
- ²⁸ UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2006*, p. 110.
- ²⁹ UNICEF, *Drought, HIV/AIDS and Child Malnutrition in Southern Africa, Part 1: Preliminary analysis of nutritional data on the humanitarian crisis*, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et australe, Nairobi, 2003.
- ³⁰ EDS pour le Burkina Faso (2003), le Cameroun (2004), le Ghana (2003), le Mali (2001) et le Sénégal (2005), et Enquête nationale sur l'anémie (Guinée, 2000), analysées par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale.
- ³¹ Back, Lucien, Danielle Fabre et Joaquin Gonzalez-Aleman, 'Évaluation en temps réel de la réponse de l'UNICEF à la crise alimentaire et nutritionnelle au Niger en 2005', Avant-projet, janvier 2006 (document à usage interne).
- ³² UNICEF, *The Situation of Children in Iraq: An assessment based on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Réimprimé en mars 2003 avec des informations mises à jour sur la malnutrition, consultable à l'adresse <www.unicef.org/publications/index_4439.html>.
- ³³ Analyse du taux d'insuffisance pondérale selon le lieu de résidence et le cinquième le plus pauvre ou le plus riche des ménages, basée sur des données d'enquête.
- ³⁴ Programme alimentaire mondial et UNICEF, 'Emergency Food Security and Nutrition Assessment in Darfur, Sudan, 2005, rapport provisoire, PAM, Rome, décembre 2005.
- ³⁵ Données d'enquête récentes analysées par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie de l'Est et le Pacifique.
- ³⁶ Gouvernement indonésien, 'A Comprehensive Assessment of Nutrition and its Determinants in Tsunami-Affected Districts in Nanggroe Aceh Darussalam, Indonesia: February-March 2005'.
- ³⁷ Kamatsuchi, Mahoko, 'Disparities in LAC: Rapid Nutritional Assessment', Bureau régional de l'UNICEF pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Panama, 2000.
- ³⁸ Analyse UNICEF du taux d'insuffisance pondérale selon le lieu de résidence, basée sur les données d'enquête.
- ³⁹ Analyse UNICEF du taux d'insuffisance pondérale selon le sexe et le cinquième le plus pauvre ou le plus riche des ménages, basée sur des données d'enquête.
- ⁴⁰ 'Eliminating Iodine Deficiency Disorders through Regional Salt Iodization in CEE/CIS', Note de stratégie régionale, Bureau régional de l'UNICEF pour la région de l'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants, Genève, nov. 2005 (document à usage interne).
- ⁴¹ Enquêtes réalisées par l'Académie kazakhe de nutrition (2002-2003) pour le Kazakhstan et le Tadjikistan, et EDS pour l'Ouzbékistan (2002), analysées par le Bureau régional de l'UNICEF pour la région de l'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants.
- ⁴² Organisation de la coopération et du développement économiques OCDE, *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*, p. 32.
- ⁴³ Organisation mondiale de la Santé, *European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 2005.
- ⁴⁴ Australia Institute of Health and Welfare, *A Picture of Australia's Children*, AIHW, Canberra, 2005, pp. 37 à 39.
- ⁴⁵ B. Polhamus et al., *Pediatric Nutrition Surveillance 2003 Report*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2004, tableau 18D, consultable à l'adresse <http://www.cdc.gov/pednss/pednss_tables/pdf/national_table18.pdf>.
- ⁴⁶ Andersson, M., et al., *Iodine Deficiency in Europe: A continuing public health problem*, *A WHO/UNICEF Report*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.
- ⁴⁷ Banque de données mondiales de l'OMS sur l'allaitement au sein et l'alimentation complémentaire, consultable à l'adresse <<http://www.who.int/research/iyf/bfct/bfct.asp?menu=00>>.
- ⁴⁸ Darnton-Hill, Ian, C. Nishida et W.P.T. James, 'A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases', *Public Health Nutrition*, vol. 7, n° 1A, 2004, pp. 101 à 121.
- ⁴⁹ OMS, *European Health Report*, op. cit. p. 64.
- ⁵⁰ Voir, par exemple, la série d'études consacrées par *The Lancet* à la survie de l'enfant (2003) et à la survie néonatale (2005); la Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde, 2004 : mettre les services de base à la portée des pauvres*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2003; Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde (2005) : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005; rapports de 2004 du Consensus de Copenhague consultables à l'adresse <<http://www.copenhagenconsensus.com>>; Projet des Nations Unies Objectif du Millénaire 2005, *Investir dans le développement : plan pratique de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement*, PNUD, New York, 2005, et les autres rapports sur le Projet des Nations Unies Objectif du Millénaire à l'adresse <<http://www.unmillenniumproject.org/reports/index.htm>>.
- ⁵¹ Banque mondiale, *Repositioning Nutrition as central to Development : A strategy for large-scale action*, Directions in Development, The International Bank for Reconstruction and Development/Banque mondiale, Washington, D.C., 2006.

Pour de plus amples informations :
Section de l'information stratégique de l'UNICEF
Division des politiques et de la planification

Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, États-Unis

Site Internet : www.unicef.org/french
Courriel : pubdoc@unicef.org

ISBN-13: 978-92-806-3989-6
ISBN-10: 92-806-3989-7
10 dollars, 8,30 euros
No. de vente : F.06.XX.8

©Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF), New York
Mai 2006

