

# 2014

## INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

LE DÉFI DE LA FAIM INVISIBLE



ACTED



CONCERN  
worldwide

# 2014

## L'INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

### LE DÉFI DE LA FAIM INVISIBLE

Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires :

Klaus von Grebmer, Amy Saltzman, Ekin Birol,

Doris Wiesmann, Nilam Prasai, Sandra Yin,

Yisehac Yohannes, Purnima Menon

Concern Worldwide :

Jennifer Thompson

Welthungerhilfe :

Andrea Sonntag

Bonn/Washington, DC/Dublin

Octobre 2014

Les chapitres 1, 2, 3 et 5 de ce rapport ont été revus par des pairs.

Le chapitre 4 est basé sur les projets menés sur le terrain.



# AVANT-PROPOS

Depuis des décennies, la faim et la sous-alimentation peinent à trouver une place au sein des priorités des programmes politiques et de développement mondiaux. Ces dernières années ont vu naître davantage d'efforts et de mesures ambitieuses, toutefois, la tragédie de la faim continue d'être une terrible réalité pour plus de 805 millions de personnes dans le monde. Cette souffrance – qui fait partie du quotidien de nombreuses personnes – ne peut plus durer. A l'heure où l'agenda de développement post-2015 commence à prendre forme, la communauté internationale doit collaborer étroitement pour s'assurer que l'alimentation et la sécurité alimentaire soient au cœur du nouveau cadre pour le développement. Nous pouvons combattre avec succès la pauvreté à condition de parvenir à enrayer la faim.

C'est la neuvième année consécutive que l'IFPRI calcule l'Indice de la faim dans le monde, ou le Global Hunger Index (GHI), et livre ainsi un suivi et une analyse pluridimensionnels de la faim au niveau mondial, mais également pays par pays, mettant en évidence les pays et les régions où la situation est alarmante et nécessite une action immédiate.

L'Indice de la faim dans le monde 2014 montre que des progrès ont été réalisés dans la réduction de la proportion des personnes souffrant de la faim dans le monde. En dépit de ces progrès, les niveaux de faim demeurent "alarmants" ou "extrêmement alarmants" dans 16 pays. Le rapport de cette année se penche sur un aspect crucial, mais souvent négligé, de la faim. La faim invisible – parfois appelée carence en micronutriments – touche plus de 2 milliards de personnes dans le monde. Les répercussions de ces carences en vitamines et en minéraux peuvent être à la fois graves et durables.

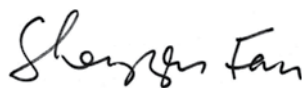
Les conséquences de la faim invisible incluent la mortalité maternelle et infantile, les handicaps physiques, l'affaiblissement du système immunitaire et des facultés intellectuelles amoindries. Là où la faim invisible sévit, elle compromet les chances de survie des personnes, les empêchant de prospérer en tant que membres productifs de la société. La faim invisible maintient également les pays dans un cycle de pauvreté, de mauvaise nutrition, entraînant des problèmes de santé, de pertes de productivité et ainsi une croissance économique amputée. Ce constat explique pourquoi le droit à l'alimentation, mais également l'accessibilité à tout moment à une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante, sont essentiels tant pour le bien-être des individus que pour le bon fonctionnement des pays.

Concern Worldwide et Welthungerhilfe offrent des perspectives importantes, tirées de leur travail sur le terrain, et notamment de leurs programmes de lutte contre la faim invisible et de promotion d'une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable. Ce rapport se base sur ces expériences, ainsi que sur les conclusions des recherches de l'IFPRI, pour présenter des recommandations politiques dans le but d'aider à réduire la prévalence des carences en vitamines et en minéraux.

Le moment est venu pour la communauté internationale de se mobiliser afin d'éradiquer la faim invisible. Nous espérons que ce rapport permettra non seulement de stimuler le débat, mais servira également de catalyseur au déploiement de davantage d'efforts concertés afin de vaincre la faim et de réduire l'insécurité nutritionnelle à travers le monde.



**Dr. Wolfgang Jamann**  
Président et Secrétaire général  
Welthungerhilfe



**Dr. Shenggen Fan**  
Directeur général  
Institut International de  
Recherche sur les Politiques  
Alimentaires



**Dominic MacSorley**  
Directeur exécutif  
Concern Worldwide

# SOMMAIRE



<b>RÉSUMÉ</b>	5
<b>CHAPITRES</b>	
01	Le concept du Global Hunger Index / Indice de la faim dans le monde ..... 6
02	Tendances mondiales, régionales et nationales..... 10
03	Répondre au défi de la faim invisible..... 20
04	Approches intégrées pour de meilleurs résultats en termes de nutrition..... 28
05	Recommandations..... 36
<b>ANNEXES</b>	
A	Sources des données et mode de calcul des scores GHI de 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014..... 40
B	Données brutes pour le calcul des indices de la faim dans le monde (GHI) 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014..... 41
C	Tendances par pays pour les indices de la faim dans le monde (GHI) 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014..... 43
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	47
<b>PARTENAIRES</b>	51



# RÉSUMÉ

Alors qu'il ne reste plus qu'une année avant la date d'échéance de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, l'*Indice de la faim dans le monde 2014* (GHI) offre une analyse multidimensionnelle de la faim et présente de nouvelles données permettant d'alimenter le débat mondial sur la question de savoir où concentrer les efforts dans la lutte contre la faim et la malnutrition.

Selon le GHI 2014, les niveaux de faim dans les pays en développement pris dans leur ensemble se sont améliorés depuis 1990, diminuant de 39%. Malgré les progrès enregistrés, le niveau de la faim dans le monde demeure « grave » avec 805 millions de personnes qui continuent de souffrir de la faim, selon des estimations de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

La moyenne mondiale masque des disparités importantes entre pays et régions. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud sont les régions ayant les scores GHI les plus élevés, mais ce sont aussi les régions ayant connu les plus grandes améliorations depuis 2005. L'Asie du Sud a enregistré les baisses de score GHI les plus fortes en termes absolus depuis 1990. Les avancées dans la réduction de l'insuffisance pondérale infantile ont été la raison principale de l'amélioration du score GHI de la région depuis 1990.

Entre le GHI de 1990 et celui de 2014, 26 pays sont parvenus à réduire leurs scores GHI de 50% voire plus. Si l'on compare les scores GHI de 1990 et 2014, les dix pays ayant connu les meilleures améliorations de leur score en termes absolus sont l'Angola, le Bangladesh, le Cambodge, le Ghana, le Malawi, le Niger, le Rwanda, le Tchad, la Thaïlande et le Vietnam.

Les niveaux de faim sont encore « extrêmement alarmants » ou « alarmants » dans 16 pays, tant le Burundi que l'Erythrée figurent dans la catégorie « extrêmement alarmant » selon le GHI 2014. La plupart des pays présentant un score GHI « alarmant » se situent en Afrique subsaharienne. Le Swaziland constitue une exception, car à la différence de beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, où la faim a régressé, le score GHI y a connu sa plus forte augmentation entre le GHI 1990 et le GHI 2014. Cependant, des données fiables pour la République Démocratique du Congo et la Somalie manquent cruellement.

La faim peut prendre une forme souvent méconnue ou négligée au profit de la faim calculée en termes de déficits énergétiques. Il s'agit de la faim invisible, ou carences en micronutriments, qui touche environ deux milliards de personnes dans le monde. Ces déficiences en vitamines essentielles et en minéraux peuvent avoir des effets à long terme et irréversibles sur la santé ainsi que des répercussions socioéconomiques qui peuvent éroder le bien-être des personnes et freiner leur développement. En nuisant à la productivité des populations, la faim invisible affecte lourdement les économies des pays.

En outre, cette forme de faim peut coexister avec une consommation adéquate, voire excessive, de macronutriments, tels que des lipides

et glucides, et par conséquent, avec des cas de surpoids et obésité touchant des personnes ou des communautés entières.

Les facteurs responsables de la faim invisible sont multiples : mauvaise alimentation, maladies, mauvaise assimilation des nutriments ou encore des besoins accrus en micronutriments pendant des périodes de la vie comme la grossesse ou l'allaitement ; réunis, ils peuvent affecter de façon « invisible » la santé et le développement d'une population.

Des solutions possibles à la faim invisible incluent des stratégies fondées sur l'alimentation : la diversification des régimes alimentaires ; la diversification des variétés cultivées dans les potagers domestiques ; la fortification des aliments commerciaux ; la biofortification, c'est-à-dire la production d'aliments enrichis en micronutriments. Certaines de ces stratégies nécessitent des efforts coordonnés, soutenus et sur le long terme afin d'entraîner des changements durables. A court terme, la supplémentation en vitamines et minéraux peut aider les personnes les plus vulnérables à lutter contre la faim invisible.

Parallèlement à la mise en place des solutions s'attaquant à la faible teneur en vitamines et minéraux ou à la faible densité nutritionnelle des aliments, il est indispensable de lancer des campagnes axées sur les changements de comportements, sensibiliser les populations sur l'importance d'accorder plus d'autonomie aux femmes à tous les niveaux et opérer des changements dans l'utilisation des services de santé, d'assainissement, d'hygiène et des soins prodigués est également crucial.

Afin d'éliminer la faim invisible, les gouvernements doivent montrer leur détermination politique en rendant ce problème prioritaire. Les gouvernements et les institutions multilatérales doivent investir et développer les ressources humaines et financières nécessaires, renforcer la coordination et garantir la transparence du suivi et de l'évaluation, pour développer des capacités dans le domaine de la nutrition.

Les gouvernements doivent également créer un environnement réglementaire qui valorise une alimentation équilibrée. Cela pourrait être réalisé au moyen de mesures incitatives pour encourager les entreprises du secteur privé à développer des gammes de semences ou de produits alimentaires plus nutritifs.

Des systèmes de responsabilisation transparents sont nécessaires afin de s'assurer que les investissements contribuent directement à la santé publique. La collecte normalisée de données sur les carences en micronutriments peut, de son côté, fournir la preuve de l'efficacité et de la rentabilité des solutions fondées sur l'alimentation.

Ces recommandations, ainsi que d'autres présentées dans ce rapport, constituent quelques mesures nécessaires pour en finir avec la faim invisible. Éliminer la faim sous toutes ses formes est possible. Ensemble, faisons en sorte que le possible devienne maintenant réalité.

# LE CONCEPT DU GLOBAL HUNGER INDEX

## INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

Le Global Hunger Index (GHI), ou Indice de la faim dans le monde, est un outil statistique permettant de mesurer et de suivre de manière détaillée l'évolution de la faim dans le monde, pays par pays et région par région<sup>1</sup>. Calculé chaque année par l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI), il vise à promouvoir la mise en place d'actions concrètes de lutte contre la faim, en suscitant une prise de conscience et en favorisant une meilleure compréhension des différences régionales et nationales par rapport à la faim.

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la faim (Encadré 1.1). Afin de refléter la nature multidimensionnelle de la faim, le GHI prend en compte trois indicateurs, également pondérés, en un seul indice :

### ENCADRÉ 1.1 LES CONCEPTS DE LA FAIM

La terminologie utilisée pour parler des divers aspects de la faim peut être source de confusion. Le mot **faim** désigne le plus souvent la sensation douloureuse ressentie après un certain temps sans manger. Pour la FAO, la privation alimentaire ou « sous-alimentation » correspond à une consommation inférieure à 1800 calories par jour – le minimum requis par la plupart des personnes pour être en bonne santé et mener une vie active.\*

Le terme **sous-alimentation** va au-delà du nombre de calories et renvoie aux carences énergétiques, protéiques, en vitamines et/ou en minéraux essentiels. La sous-alimentation est le résultat d'une alimentation insuffisante – tant en quantité qu'en qualité – ou d'une mauvaise assimilation des nutriments due à des infections et/ou à d'autres maladies, ou à une combinaison de ces facteurs, eux-mêmes résultant de l'insécurité alimentaire du ménage, de l'insuffisance des soins de santé infantile et maternelle, et de l'accès inadéquat aux services de santé, à l'eau potable et à l'assainissement.

La **malnutrition** désigne dans un sens large aussi bien la sous-alimentation (carence alimentaire) que la suralimentation (régime alimentaire déséquilibré avec un apport calorique excessif par rapport aux besoins énergétiques avec ou sans un apport suffisant d'aliments riches en nutriments). Dans ce rapport, le terme « faim » désigne l'indice calculé à partir des trois indicateurs décrits dans cette page.

\* La FAO prend en compte la structure démographique de la population (âge et sexe) pour calculer les moyennes nationales des besoins énergétiques minimums pour un individu ayant une activité physique faible. Celles-ci varient en fonction des pays (d'environ 1650 kilocalories/personne/jour à plus de 2000 kilocalories/personne/jour dans les pays en développement en 2011-2013 selon la FAO, 2014). La moyenne des besoins énergétiques minimums pour une faible activité physique par pays est utilisée pour estimer la sous-alimentation (FAO, IFAD et PAM, 2013). En 2012, la FAO a commencé à calculer la moyenne des besoins énergétiques minimums pour un individu ayant une activité physique normale et à utiliser ce seuil supérieur pour estimer la prévalence de l'insuffisance alimentaire dans chaque pays. Cet indicateur mesure les carences alimentaires d'une population de manière moins prudentielle que l'indicateur de la sous-alimentation (FAO, 2014).

1. **La sous-alimentation** : proportion de la population sous-alimentée par rapport à l'ensemble de la population (reflète la part de la population ayant un apport calorique insuffisant) ;
2. **L'insuffisance pondérale infantile** : proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un poids insuffisant pour leur âge (indique la proportion d'enfants atteints d'émaciation et/ou de retard de croissance) ;
3. **La mortalité infantile** : taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (reflète partiellement la synergie fatale entre l'insuffisance en quantité et en qualité de l'apport nutritionnel et un environnement insalubre)<sup>2</sup>.

L'approche pluridimensionnelle du GHI présente plusieurs avantages. Le GHI prend en compte la situation nutritionnelle de la population dans son ensemble et reflète également celle des enfants, un des groupes les plus vulnérables et pour lequel les carences nutritionnelles (apport insuffisant en énergie, en protéines, en vitamines et en minéraux) peuvent engendrer des maladies, des retards de croissance, des retards sur le plan cognitif, voire la mort. En outre, l'association par le GHI de plusieurs indicateurs calculés de manière indépendante réduit les erreurs dues aux techniques d'échantillonnage<sup>3</sup>.

Le GHI 2014 a été calculé pour 120 pays pour lesquels il existe des données pour les trois indicateurs et pour lesquels mesurer la faim est une démarche pertinente (Encadré 1.2). Certains pays à revenu élevé ont été exclus de fait du calcul du GHI en raison d'une prévalence de la faim très faible.

La précision et l'actualité des données du GHI dépendent de celles de ces trois indicateurs. Le GHI de cette année a été calculé à partir de données recueillies entre 2009 et 2013, en retenant les données les plus récentes disponibles pour chacun des trois indicateurs au niveau de chaque pays. Par conséquent, le GHI 2014 ne décrit pas la situation actuelle, mais offre un aperçu du passé récent. Pour certains pays comme l'Afghanistan, la République Démocratique du Congo, la Géorgie, le Myanmar, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Somalie, le GHI n'a pas pu être calculé en raison de l'absence de données sur la sous-alimentation<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Pour plus d'informations sur ce concept, cf. Wiesmann (2004) et Wiesmann, von Braun et Feldbrügge (2000).

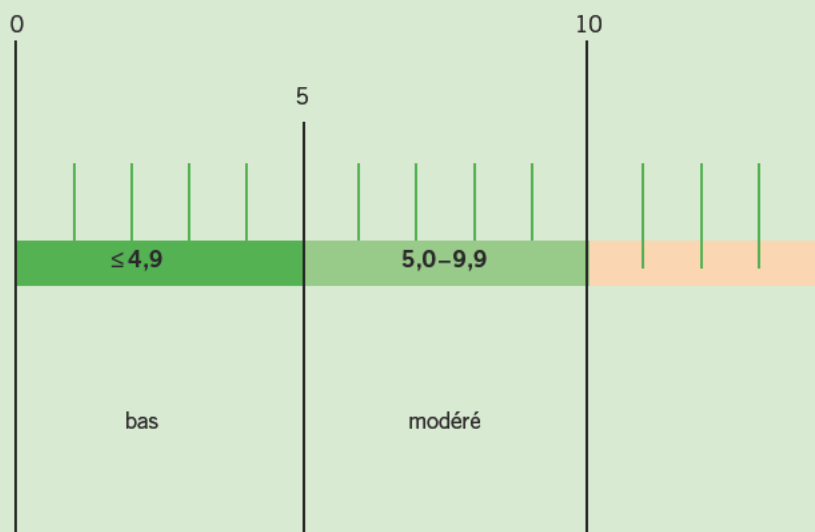
<sup>2</sup> Selon des estimations récentes, la sous-alimentation est responsable de 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans (Black et al. 2013).

<sup>3</sup> Pour une mesure pluridimensionnelle de la pauvreté, cf. l'indice développé par l'Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) pour le Programme des Nations Unies pour le développement (Alkire et Santos, 2010).

<sup>4</sup> La FAO a cessé de publier des estimations sur la sous-alimentation pour la République Démocratique du Congo et le Myanmar en 2011 (FAO, IFAD et PAM, 2011). Dans des rapports antérieurs du GHI, le score GHI de la République Démocratique du Congo faisait partie de la catégorie « extrêmement alarmant » présentant des niveaux de faim les plus élevés. La FAO ne dispose pas encore d'estimations distinctes de la sous-alimentation (FAO, 2014) au Soudan du Sud - pays indépendant depuis 2011 - et au Soudan actuel ; par conséquent, les scores GHI calculés pour l'ancien Soudan concernent les populations des deux pays.

## ENCADRÉ 1.2 CALCUL DU SCORE GHI

Le score GHI d'un pays s'obtient en faisant la moyenne du pourcentage de personnes sous-alimentées, du pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale et du pourcentage d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans. Ce calcul aboutit à une échelle allant de 0 à 100 points, 0 étant le meilleur score (pas de faim) et 100 le pire, même si aucun de ces extrêmes n'est atteint en réalité. Un score égal à 100 ne serait atteint que si tous les enfants décédaient avant l'âge de cinq ans, l'ensemble de la population était sous-alimentée et tous les enfants de moins de cinq ans souffraient d'insuffisance pondérale. Un score égal à 0 correspondrait à un pays où personne ne serait sous-alimenté, aucun enfant de moins de cinq ans ne souffrirait d'insuffisance pondérale et aucun enfant ne décéderait avant son cinquième anniversaire. L'échelle à droite montre la sévérité du niveau de faim — de « bas » à « extrêmement alarmant » — associée aux différents scores GHI.



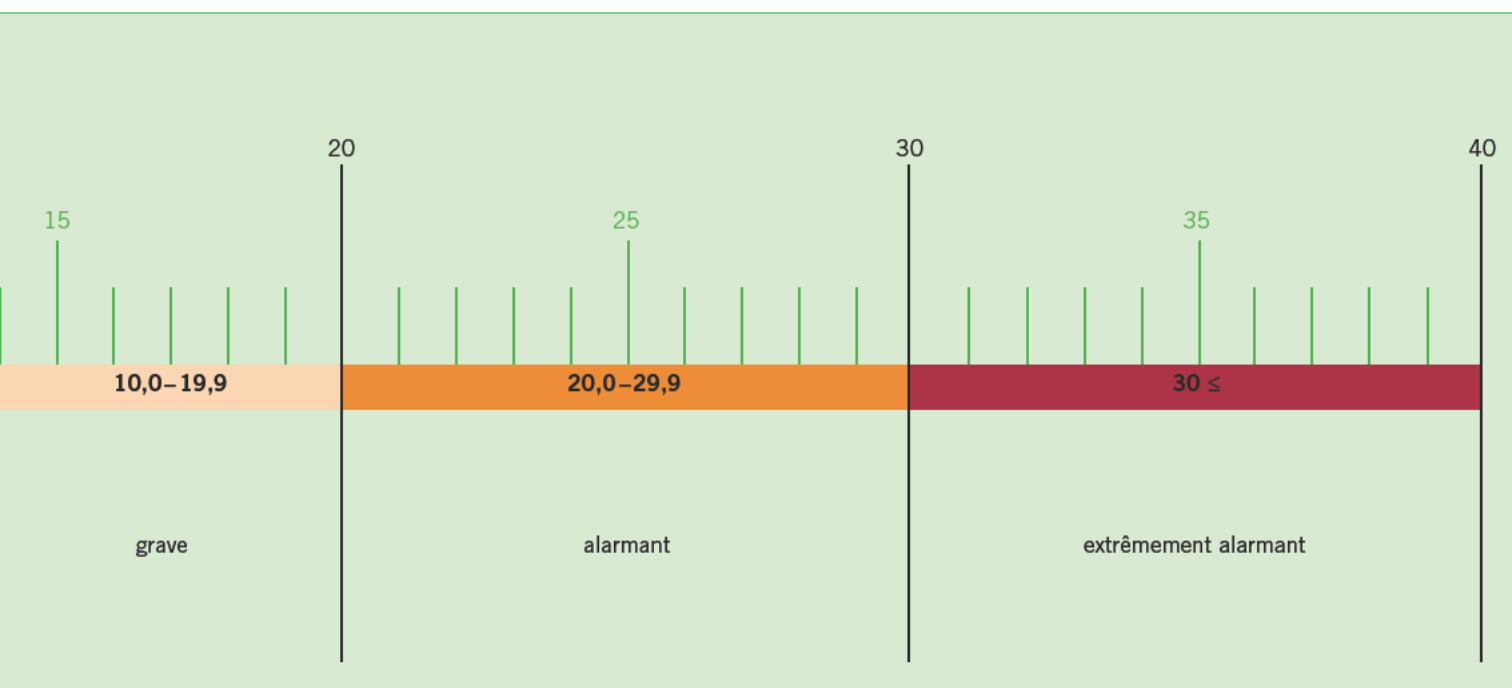
Les données sources utilisées pour calculer le GHI sont révisées continuellement par les agences des Nations Unies chargées de leur collecte, et chaque année le rapport GHI prend en compte ces révisions. Celles-ci permettent d'améliorer la fiabilité des données ; cependant cela implique aussi que les scores GHI calculés les années précédentes ne sont pas directement comparables entre eux. Le rapport de cette année présente les données les plus récentes ainsi que celles de quatre autres périodes de référence —1990, 1995, 2000 et 2005—.

Les scores GHI de 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014 présentés dans ce rapport reflètent les dernières données révisées disponibles pour les trois indicateurs du GHI<sup>5</sup>. En l'absence de données originales pour l'un des indicateurs du GHI, des estimations ont été réalisées à partir des dernières données connues (voir Annexe A pour des informations détaillées sur les sources des données et les modes de calcul des scores GHI 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014).

Les trois indicateurs utilisés pour calculer le score GHI se basent sur les données tirées des sources suivantes :

1. **Sous-alimentation** : des données actualisées de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ont été utilisées pour les scores GHI 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014. Les données pour l'indicateur « sous-alimentation » du GHI 2014 couvrent la période 2011–2013 (FAO, 2014 ; estimations des auteurs).
2. **Insuffisance pondérale infantile** : l'indicateur « insuffisance pondérale infantile » des scores GHI de ce rapport a été calculé à partir de la base de données commune du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation Mondiale de la

<sup>5</sup> Pour les calculs antérieurs du GHI, voir von Grebmer et al. (2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008), IFPRI/Welthungerhilfe/Concern (2007), Wiesmann (2006a, b) et Wiesmann, Weingärtner et Schöninger (2006).



Santé (OMS) et la Banque mondiale, des dernières actualisations de la base de données sur la croissance et la malnutrition de l'enfant de l'OMS, des derniers résultats des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples ainsi que des tableaux statistiques de l'UNICEF et des résultats de la dernière enquête nationale en Inde effectuée par UNICEF Inde<sup>6</sup>. Les données sur l'insuffisance pondérale infantile du GHI 2014 sont celles de la dernière année de la période 2009–2013 (UNICEF/OMS/Banque mondiale, 2013, OMS, 2014b, UNICEF, 2014a ; MEASURE DHS 2014 ; Inde, Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant et UNICEF 2014 ; estimations des auteurs).

- Mortalité infantile** : des données actualisées provenant du Groupe inter-institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME) ont été utilisées pour les scores GHI 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014. Pour le GHI 2014, les données

sur la mortalité infantile correspondent à celles de l'année 2012 (IGME, 2013).

Bien qu'il existe une multitude d'outils techniques permettant la collecte et le traitement quasi instantané des données, des délais importants persistent encore dans la transmission de statistiques vitales concernant la faim, la sous-alimentation et, plus particulièrement, les carences en micronutriments. Malgré certaines améliorations récentes, le besoin de données approfondies par pays, plus actualisées et fiables, demeure urgent. De nouvelles améliorations dans la collecte de données de qualité sur la faim permettront d'obtenir une analyse plus fine et actualisée de la situation de la faim dans le monde et, à partir de là, de décider et mettre en œuvre des initiatives plus efficaces pour réduire la faim.

<sup>6</sup> Les données concernant l'insuffisance pondérale en Inde sont provisoires.





A l'instar de la sous-alimentation, les carences en micronutriments ou **faim invisible** constituent une violation du droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique et mental.



# TENDANCES MONDIALES, RÉGIONALES ET NATIONALES

Des progrès considérables ont été réalisés dans la lutte contre la faim depuis 1990. Cette année là, le GHI s'élevait à 20,6 pour les pays en développement<sup>1</sup>. Le GHI 2014 est passé à 12,5 en 2014, ce qui représente une diminution de 39% (Graphique 2.1). En dépit de ces avancées, le nombre de personnes dans le monde souffrant de la faim demeure inacceptable. Au cours de la période 2011-2013, environ 805 millions de personnes souffraient de sous-alimentation chronique (FAO, IFAD et PAM, 2013).

Chacun des trois indicateurs du GHI (sous-alimentation, insuffisance pondérale infantile et mortalité infantile) a contribué différemment à la baisse du score GHI mondial depuis 1990. La baisse de la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile a permis de réduire le GHI mondial de 3,5 points, tandis que la diminution du nombre de personnes sous-alimentées et du taux de mortalité infantile ont fait baisser le GHI mondial respectivement de 3,1 et 1,5 points.

## Écarts importants au niveau national et régional

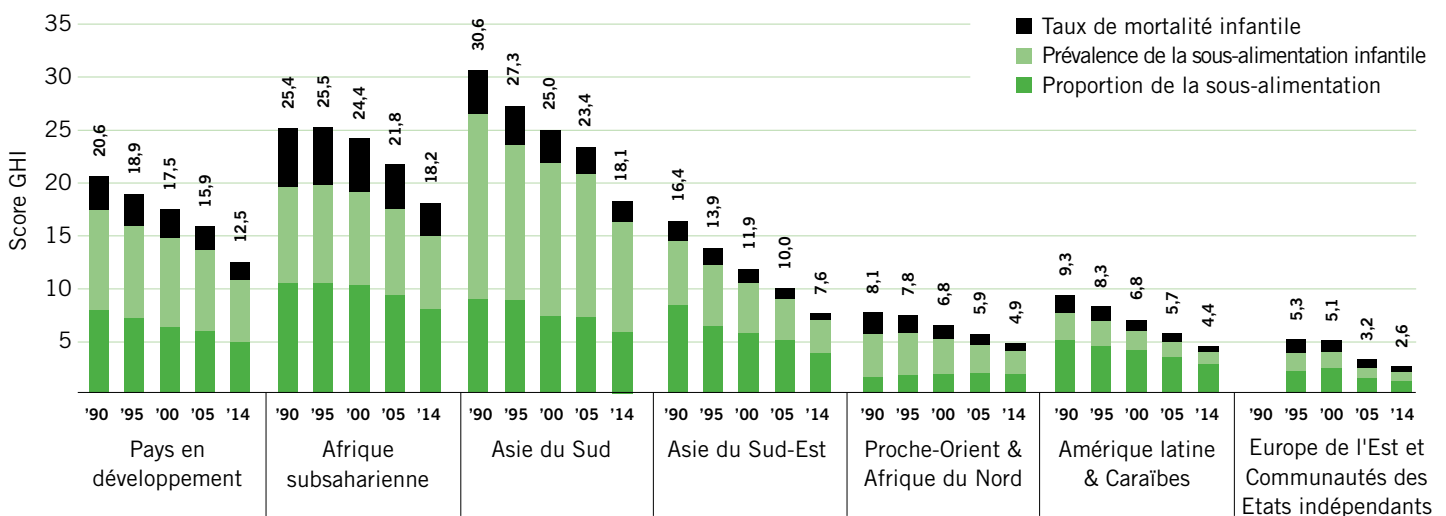
La dernière décennie a été marquée par les plus grandes avancées, avec un recul du GHI de 3,4 points dans les pays en développement depuis 2005. Au cours des trois quinquennats entre 1990 et 2005, les baisses ont oscillé entre 1,4 et 1,7 points. La sous-alimentation a enregistré un fort recul entre 1990 et 1995, l'insuffisance pondérale infantile a connu une nette amélioration à compter de 2005, et les

progrès en matière de réduction de la mortalité infantile se sont accélérés depuis 2000. Toutefois, même avec ces améliorations, le GHI mondial 2014 demeure « grave ».

Les différentes moyennes mondiales masquent des disparités importantes entre régions et pays. Le score GHI 2014 a diminué de 28% en Afrique subsaharienne par rapport au score de 1990, de 41% en Asie du Sud et de 40% au Proche-Orient et en Afrique du Nord (Graphique 2.1). Les progrès enregistrés en Asie du Sud-Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes ont été encore plus notables, avec des diminutions des scores GHI de 54% et de 53% respectivement (même si le score GHI de 1990 était déjà bas en Amérique Latine et dans les Caraïbes). En Europe de l'Est et pour la Communauté des

<sup>1</sup> Le GHI pour les pays en développement, ou « GHI mondial », inclut l'ensemble des pays en développement pour lesquels le GHI a été calculé. Il inclut également l'Afghanistan, la République Démocratique du Congo, le Myanmar, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Somalie. Les scores GHI nationaux de ces pays n'ont pas été calculés car la plupart des données les concernant sont des estimations ou des données provisoires. Ces données ont toutefois été prises en compte dans le calcul du GHI 2014 pour les pays en développement et dans les scores régionaux. En effet, les données sur l'insuffisance pondérale infantile et la mortalité infantile étaient disponibles ou pouvaient être estimées, et la FAO a produit des estimations provisoires sur la sous-alimentation dans le cadre d'agrégation de données au niveau régional et mondial (y compris des estimations provisoires pour la Géorgie, qui ont été intégrées dans le calcul des scores GHI régionaux pour l'Europe de l'Est et la Communauté des États Indépendants). Par ailleurs, la FAO a fourni une estimation de la sous-alimentation en Éthiopie pour la période 1990-1992. Celle-ci a été prise en compte dans le calcul du GHI mondial 1990 et dans le GHI 1990 de l'Afrique subsaharienne. Comme mentionné précédemment, les données pour certains pays ne sont pas disponibles et la plupart des pays à haut revenu ont été exclus du calcul du GHI.

GRAPHIQUE 2.1 CONTRIBUTION DES INDICATEURS DU GHI 1990, 1995, 2000, 2005 ET 2014 PAR RÉGION



Notes : pour le GHI 1990, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de la période 1990-1992 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de l'année la plus proche de 1990 dans la période 1988-1992 pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 1990. Pour le GHI 1995, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de la période 1994-1996 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de l'année la plus proche de 1995 dans la période 1993-1997 pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 1995. Pour le GHI 2000, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de la période 1999-2001 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de l'année la plus proche de 2000 dans la période 1998-2002 pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 2000. Pour le GHI 2005, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de la période 2004-2006 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de l'année la plus proche de 2005 dans la période 2003-2007 pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 2005. Pour le GHI 2014, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de la période 2011-2013 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 2009-2013, pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 2012.

États Indépendants, le score GHI 2014 a diminué de 51% par rapport au score de 1995<sup>2</sup>.

L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne ont les scores régionaux les plus élevés avec 18,1 et 18,2 respectivement. En termes absolus, l'Asie du Sud-Est et l'Asie du Sud ont connu les plus grandes améliorations. L'Asie du Sud a connu la baisse du score GHI la plus marquée, totalisant plus de 12 points depuis 1990. La région a réduit son GHI de 3 points entre 1990 et 1995 — principalement grâce à un recul d'environ 9% de l'insuffisance pondérale infantile — et, après un ralentissement pendant une dizaine d'années, des progrès notables ont été accomplis à nouveau à partir de 2005. Le recul de plus de 5 points du GHI de l'Asie du Sud depuis 2005 s'explique en grande partie par

les récents succès obtenus dans la lutte contre la sous-alimentation infantile.

Selon les données les plus récentes concernant l'Inde, où vit la grande majorité de la population de l'Asie du Sud, l'insuffisance pondérale infantile a diminué d'environ 13 points de pourcentage entre 2005-2006 et 2013-2014 (Inde, Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant, et UNICEF 2014)<sup>3</sup>. Les différents programmes et initiatives lancés par le gouvernement central de l'Inde et les gouvernements des États indiens au cours des dix dernières années semblent

<sup>2</sup> Pour l'Europe de l'Est et la Communauté des États Indépendants, le score GHI de 1995 a servi de base de comparaison car la plupart des pays dans la région sont devenus indépendants en 1990 et aucun score GHI n'a été calculé cette année.

<sup>3</sup> Les données portant sur les taux d'insuffisance pondérale infantile en Inde en 2013-2014 sont provisoires.

## ENCADRÉ 2.1 COMPRENDRE L'AMÉLIORATION DU SCORE GHI EN INDE

Cette année marque la fin d'une « pénurie de données ». Les premières estimations nationales provisoires de l'Inde en termes d'insuffisance pondérale depuis huit ans. Les progrès sont au rendez-vous : le taux estimé est passé de 43,5% en 2005-2006 à 30,7% actuellement (IIPS et Macro International, 2007 ; Inde, Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant et UNICEF, Inde, 2014)<sup>1</sup>.

En conséquence, l'Inde ne se situe plus à l'avant-dernier rang en matière d'insuffisance pondérale infantile, mais se classe au 120<sup>ème</sup> rang parmi 128 pays disposant de données sur la sous-alimentation infantile pour la période 2009-2013. Les progrès accomplis dans ce domaine ont permis au GHI 2014 de l'Inde de tomber à 17,8. Entre 2005 et 2014, le score indien a baissé de 26% - soit 6,4 points - surpassant de loin les baisses enregistrées dans les autres pays d'Asie du Sud au cours de la même période. L'Inde se situe au 55<sup>ème</sup> rang parmi 76 pays, avant le Bangladesh et le Pakistan, mais encore loin derrière le Népal voisin (rang 44) et le Sri Lanka (rang 39), (Tableau 2.1, page 16). Même si le pays ne figure plus dans la catégorie « alarmant » selon le classement du GHI, le niveau de la faim y reste « grave ».

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette amélioration. Depuis la publication des dernières données sur la sous-alimentation, le gouvernement indien a mis en place et élargi plusieurs programmes s'attaquant à un éventail de causes directes et indirectes de la sous-alimentation. Des interventions ciblées sur la nutrition ont été renforcées après 2006 à travers (1) un dernier effort pour élargir le Système de services intégrés pour le développement de l'enfant, un programme qui vise à améliorer la santé, la nutrition et le développement des enfants indiens et qui compte 1,4 million de centres dans le pays, et (2) le lancement de la Mission nationale pour la santé rurale, une initiative communautaire visant à renforcer le système public, comprenant des actions de sensibilisation et des établissements de santé afin d'offrir des services sanitaires essentiels aux habitants des zones rurales (Avula et al. 2013).

Parmi les facteurs indirects possibles figurent des initiatives dans plusieurs États comprenant le programme national de garantie de l'emploi rural, un dispositif d'emploi en milieu rural, et un ensemble de réformes du Système public de distribution – chargé de distribuer l'aide alimentaire aux pauvres. Même si la mise en œuvre de ces programmes sociaux a été assez inégale à l'échelle du pays, il est probable qu'ils aient contribué à améliorer les conditions nécessaires à la croissance des enfants étant donné leur envergure nationale et leur enveloppe budgétaire.

Des efforts ont en outre été déployés pour créer un environnement favorable à la nutrition. Dans le cadre de la décentralisation du pouvoir en Inde, les gouvernements des États se sont emparés des questions relatives à la nutrition et ont redoublé d'efforts pour améliorer le statut nutritionnel de la population. L'État de Maharashtra a été le premier à exercer un leadership politique et bureaucratique de haut niveau dans le domaine de la nutrition à travers la Nutrition Mission, un programme doté d'une plus grande liberté et flexibilité que d'habitude (Gillespie et al. 2013). La création d'un groupe de commissaires pour le droit à l'alimentation pour tous mandatés par la Cour Suprême a été un autre facteur clef dans l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle ; l'objectif de ce groupe est d'appuyer la mise en place d'un suivi indépendant de l'exécution des programmes alimentaires tels que le Système de services intégrés pour le développement de l'enfant et le Système public de distribution.

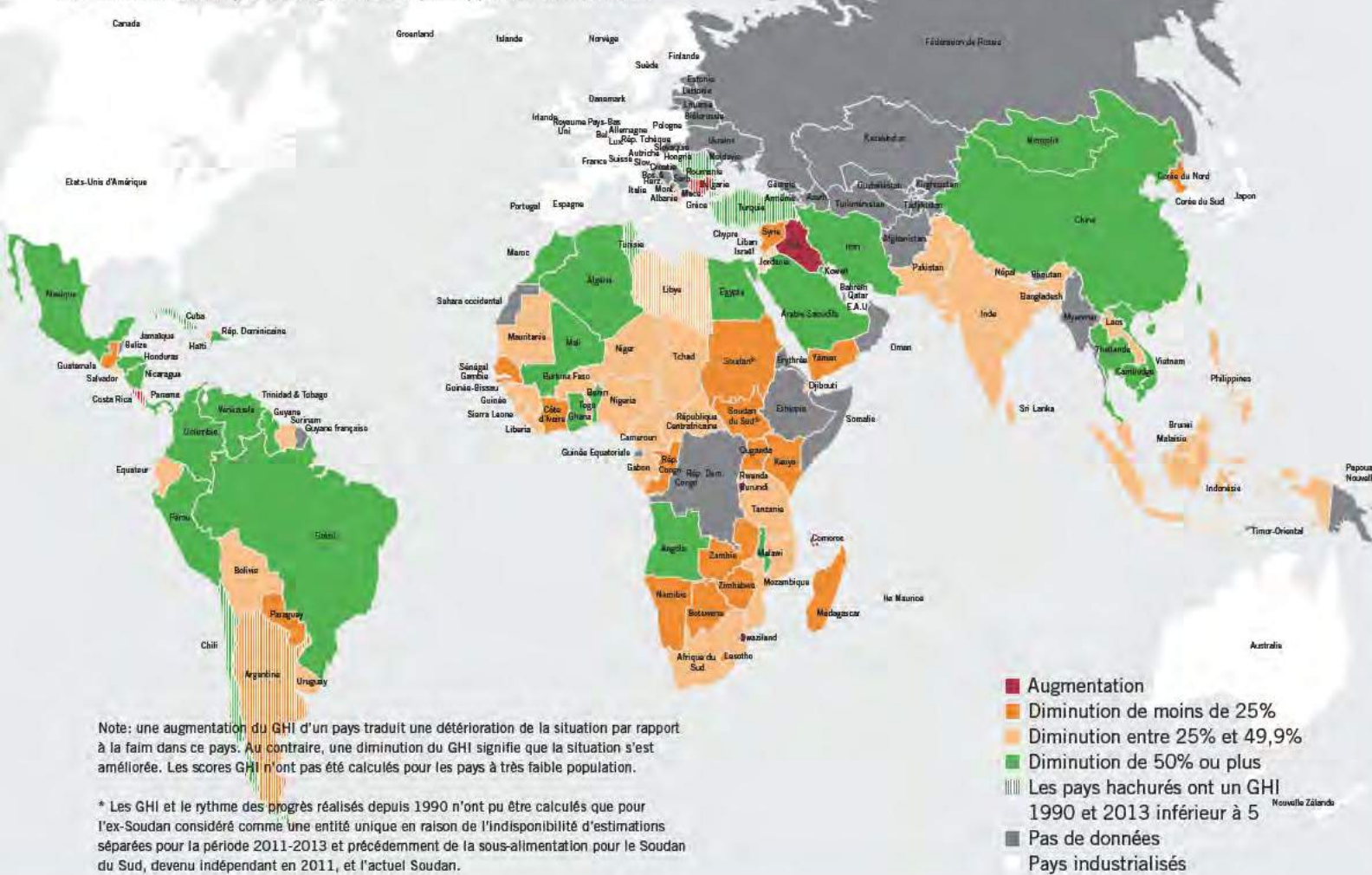
Même si l'Inde a accompli des progrès notables dans la réduction de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans au cours des dernières années, il reste beaucoup à faire au niveau national et des États afin qu'une plus grande proportion de la population jouisse de la sécurité alimentaire.

<sup>1</sup> Les estimations provisoires de l'insuffisance pondérale infantile en Inde sont basées sur une enquête effectuée par le Ministère indien de la promotion de la femme et de l'enfant avec l'appui de l'UNICEF en 2013-2014.



## CARTE 2.1 PROGRÈS DANS LA RÉDUCTION DU SCORE GHI PAR PAYS

Evolution du GHI en pourcentage de 2014 par rapport au GHI de 1990



enfin avoir eu un effet positif sur la nutrition infantile (Encadré 2.1).

L'Afrique subsaharienne détient le score GHI régional le plus élevé, suivi de près par l'Asie du Sud. En 1990, le GHI de cette région était inférieur à celui de l'Asie du Sud mais les améliorations globales y ont été moins importantes. Entre 1990 et 1995, le GHI de l'Afrique subsaharienne a légèrement augmenté, puis a faiblement diminué jusqu'en 2000. Le recul du GHI a été plus soutenu par la suite, représentant plus de 6 points au total.

Les conflits internes à grande échelle des années 1990 et 2000 ont pris fin et la stabilité politique s'est améliorée dans ces pays anciennement en proie aux guerres. La croissance économique a repris sur le continent et les avancées réalisées dans la lutte contre le VIH/Sida ont contribué à réduire la mortalité infantile dans les pays les plus touchés par l'épidémie. Depuis 2000, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont diminué en Afrique subsaharienne. Le recul de la prévalence du paludisme semble avoir joué un rôle clef dans l'amélioration des taux de mortalité. Ce recul a été favorisé par un usage plus répandu des moustiquaires imprégnées d'insecticide et par les campagnes de lutte contre le paludisme (Demombynes et Trommlerová, 2012). La hausse des taux de vaccination et d'accouchement dans des centres médicaux, des soins prénatals améliorés, un meilleur accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement, ainsi que des revenus plus élevés donnant lieu à une meilleure nutrition et à un accès

adéquat aux soins médicaux, sont également des facteurs à l'origine de la baisse des taux de mortalité infantile.

Toutefois, la situation dans le Sahel demeure précaire. La fréquence et l'intensité croissantes des chocs climatiques continue d'éroder les capacités d'adaptation des foyers vulnérables. La demande croissante d'aide humanitaire reflète la détérioration de la résilience dans la région et souligne la nécessité de reconstruire la résilience grâce à des efforts s'inscrivant dans le long terme (ONU OCHA, 2014 ; von Grebmer et al. 2013). La situation en matière de sécurité au nord du Mali s'est améliorée grâce aux efforts de la communauté internationale, mais la violence s'intensifie dans le nord du Nigeria. L'exode des populations de cette région, de la République centrafricaine et du Darfour mettent à rude épreuve les capacités d'absorber les réfugiés du Tchad, du Cameroun et du Mali. Les populations déplacées et leurs communautés d'accueil sont exposées à un risque élevé d'insécurité alimentaire, de malnutrition et d'épidémies. D'importants programmes d'aide humanitaire destinés à la région du Sahel – y compris des interventions en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle, de protection contre la violence, de renforcement des capacités d'adaptation des ménages et des communautés et de soutien aux déplacés internes et aux réfugiés – resteront nécessaires (ONU OCHA, 2014).

### Les meilleurs et les moins bons résultats par pays

Entre le GHI de 1990 et celui de 2014, 26 pays ont réussi à réduire leur score de 50% ou plus (Carte 2.1), 39 pays ont connu des progrès modestes, diminuant leur score GHI de 25% à 49,9%, et 17 pays ont diminué leur score de moins de 25%<sup>4</sup>. Un seul pays d'Afrique Subsaharienne, le Ghana, fait partie des 10 meilleurs résultats concernant l'amélioration du score GHI depuis 1990 (Graphique 2.2). Les progrès du Koweït dans la lutte contre la faim sont dus en grande partie au niveau exceptionnellement élevé de la faim en 1990, lorsque l'Irak a envahi le pays : le score GHI du Koweït a diminué de plus de 10 points (ou de deux tiers) en 1995, de 3,6 points entre 1995 et 2000, et seulement de 0,1 point après 2000 (voir les tendances par pays dans l'Annexe C).

La Thaïlande a fait des progrès impressionnants en termes de réduction de la faim depuis 1990 (voir Annexe C). Ces vingt dernières années, la Thaïlande a connu une croissance économique soutenue et une diminution de la pauvreté (Banque mondiale, 2014) malgré certains reculs passagers liés à la crise financière asiatique. Dès les années 1980, le gouvernement a fait preuve d'un engagement ferme dans la lutte contre la sous-alimentation infantile en intégrant la nutrition dans son Plan National de Développement Économique et Social et en menant avec succès des programmes de nutrition portés par les communautés (Tontisirin et Winichagoon, 1999).

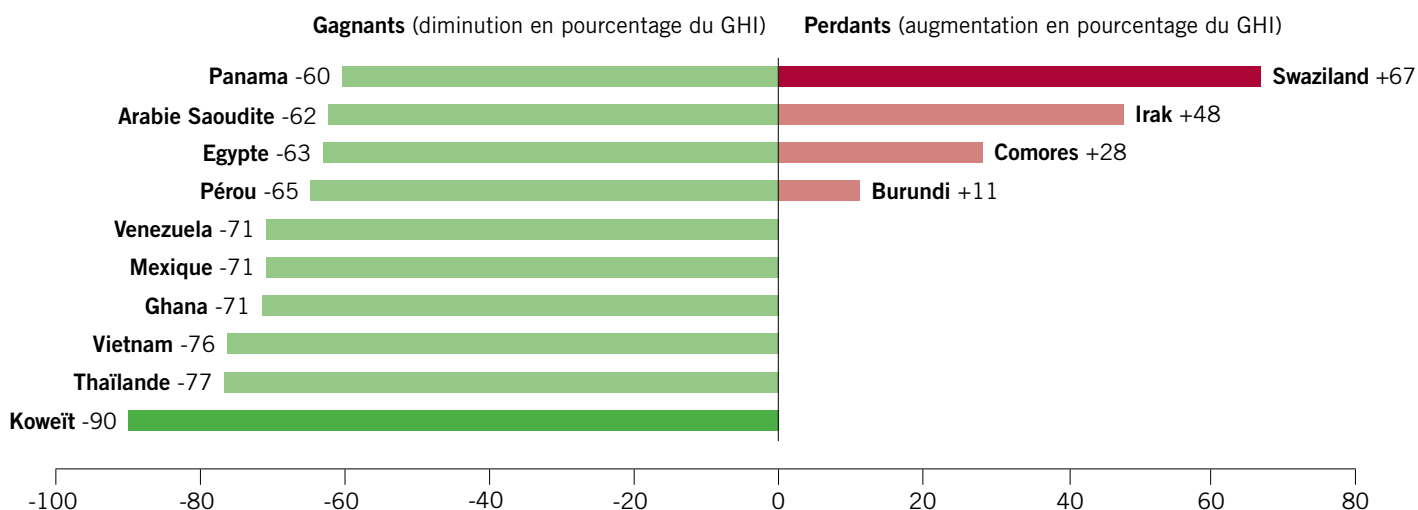
Le Vietnam, un autre pays de l'Asie du Sud-Est, est également parvenu à diminuer son score GHI de plus de 75%. Ce pays a réussi à réduire la proportion de personnes sous-alimentées de 48% à seule-

ment 8%, à diminuer l'insuffisance pondérale infantile de 41% à 12% entre 1990 et 2011, et à faire chuter de plus de moitié le taux de mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans. Alors qu'une femme enceinte sur deux était anémique en 1995, seulement une femme enceinte sur trois souffrait d'anémie six ans plus tard (Banque mondiale, 2014). Le PIB par habitant a plus que triplé au Vietnam depuis 1990, et cette forte croissance économique généralisée s'est traduite par une diminution de la proportion des personnes vivant avec moins de 1,25 dollar américain par jour de 64% en 1993 à 17% en 2008 (Banque mondiale, 2014). Le pays a mis la nutrition en tête de ses priorités, développant et mettant en place de manière efficace un programme de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique des enfants, atteignant des taux élevés de couverture pour la vaccination et l'accès aux services de soins de santé primaires, octroyant des subventions de santé ciblées aux pauvres, et gérant avec succès des programmes de sécurité sociale (von Braun, Ruel et Gulati, 2008, Huong et Nga, 2013).

Le Ghana a fortement diminué ses scores GHI depuis 1990 : insuffisance pondérale et mortalité infantiles ont baissé de plus de 40%, pendant que la proportion de personnes sous-alimentées a été réduite de manière radicale, passant de 44% en 1990-1992 à moins de 5% en 2011-2013. Le Ghana est considéré comme l'un des pays de l'Afrique subsaharienne les plus stables politiquement ; le pays a investi massivement dans les secteurs de l'agriculture, du développe-

<sup>4</sup> Les chiffres dans cette phrase concernent les 86 pays pour lesquels les données pour les scores GHI 1990 et 2014 sont disponibles et le GHI 1990 et/ou le GHI 2014 sont supérieurs à 5.

GRAPHIQUE 2.2 PAYS « GAGNANTS » ET PAYS « PERDANTS » ENTRE LE GHI DE 1990 ET LE GHI DE 2014



Note : Les pays dont les scores GHI de 1990 et de 2014 sont inférieurs à 5 n'ont pas été inclus.



## ENCADRÉ 2.2 LE LIEN ENTRE LE GHI ET LA FAIM INVISIBLE

L'indice de la faim dans le monde (GHI) présente une corrélation positive avec une série de données mesurant la faim invisible, à savoir les indicateurs de la carence en vitamine A et de prévalence de l'anémie, et un indicateur indirect de la qualité du régime alimentaire des enfants (voir notes et graphique ci-dessous)<sup>1</sup>. L'intensité de cette corrélation varie de modérée à forte. La corrélation est modérée dans le cas de : 1/ l'héméralopie (cécité nocturne) chez les enfants d'âge préscolaire et les femmes enceintes, 2/ les niveaux de rétinol sérique insuffisants chez les enfants en âge préscolaire et 3/ l'anémie frappant les enfants d'âge préscolaire et les femmes enceintes (coefficients de corrélation compris entre 0,40 et 0,60)<sup>2,3</sup>. En revanche, il existe une forte corrélation entre le score GHI et la pauvre qualité nutritionnelle de l'alimentation complémentaire des nourrissons et des jeunes enfants (coefficient de corrélation > 0,70)<sup>4</sup>. L'absence de lien entre le GHI, ses trois indicateurs, et la faible concentration de rétinol sérique chez les femmes enceintes peut être attribué à un manque de données ; en effet, l'Organisation mondiale de la Santé ne dispose de statistiques sur cette carence que pour 17 pays ayant un score GHI (2009).

Le graphique ci-dessous montre que la corrélation entre le GHI et l'indicateur de la sous-alimentation de la FAO est moins forte qu'avec les autres indicateurs et ce, dans chacun des histogrammes. La proportion de personnes sous-alimentées cherche à déterminer la consommation calorifique dans la population, sans prendre en considération l'adéquation de l'apport en micronutriments des groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants. La mortalité et l'insuffisance pondérale infantiles constituent les deux composants du GHI

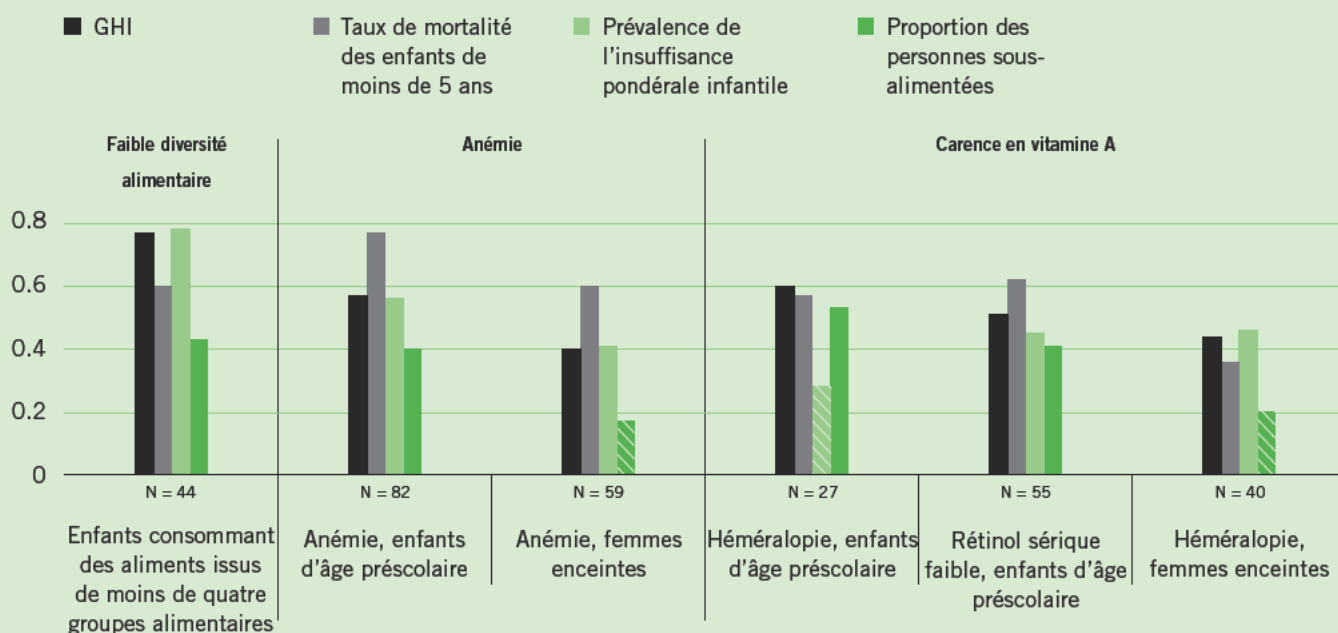
qui font que l'indice est sensible aux variations des carences en micronutriments et à la diversité du régime alimentaire des enfants.

Les corrélations observées sont plus fortes avec la mortalité infantile qu'avec l'insuffisance pondérale infantile dans les cas suivants : 1/ l'anémie chez les enfants en âge préscolaire et les femmes enceintes, 2/ la cécité nocturne et 3/ la faible concentration de rétinol sérique chez les enfants en âge préscolaire. A contrario, l'intensité des corrélations est plus forte avec l'insuffisance pondérale infantile qu'avec la mortalité infantile pour : 1/ la faible diversité alimentaire chez les nourrissons et les jeunes enfants et 2/ la cécité nocturne chez les femmes enceintes.

La corrélation entre le GHI, ses indicateurs, et la concentration d'iode dans les urines des enfants en âge préscolaire – indicateur le plus répandu de la carence en iode – est faible et non significative (coefficients de corrélation < 0,20 – source : données sur la carence en iode représentatives à l'échelle nationale pour 61 pays ; Andersson, Karumbunathan, et Zimmermann, 2012). Cela n'est pas surprenant puisque aucune des principales causes de la carence en iode (faible teneur en iode des sols et par conséquent des cultures qui y sont cultivées, et couverture absente ou insuffisante des programmes d'iodation du sel), ni de ses conséquences les plus graves, y compris la fausse couche, le goitre et le retard mental, ne sont prises en considération par les trois indicateurs réunis dans le GHI (de Benoist et al. 2004 ; Andersson, Karumbunathan, and Zimmermann, 2012).

1 Pour une définition des carences en micronutriments et plus d'informations sur les carences les plus courantes voir le chapitre 3.  
2 Les coefficients de corrélation mesurent le lien existant entre deux variables. La valeur 1 représente une parfaite corrélation.  
3 Les faibles concentrations sériques en rétinol sont un indicateur de la carence en vitamine A.  
4 La diversité alimentaire minimum pour les nourrissons et les enfants en bas âge comprend la consommation de quatre ou plus des sept groupes d'aliments et constitue un indicateur indirect de la densité en micronutriments des aliments complémentaires (Indicateurs du Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants 2006, 2007). Aucune donnée représentative à l'échelle nationale sur la qualité de l'alimentation des adultes dans les pays en développement n'est encore disponible ; toutefois, un indicateur de la diversité alimentaire minimum des femmes en âge de procréer a été développé récemment et sert d'indicateur indirect de l'adéquation de l'apport en micronutriments (FAO et IRD, 2104).

### CORRÉLATION ENTRE L'INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE – GHI – ET LES INDICATEURS DE LA FAIM INVISIBLE



Notes : Les rangs des coefficients de corrélation de Spearman peuvent prendre des valeurs comprises entre 0 (aucune association) et 1 (association parfaite). Les corrélations avec le GHI sont statistiquement significatives à  $p < 0,01$  ; pour les indicateurs du GHI. Les bordures noires épaisses témoignent d'une signification à  $p < 0,05$ . Les données des enquêtes représentatives au niveau national ont été utilisées comme indicateurs des carences en micronutriments et qualité du régime alimentaire. Les dernières données disponibles ont été mises en correspondance avec le GHI et ses trois indicateurs, en prenant l'année de l'enquête ainsi que les périodes de référence du GHI. N indique le nombre de pays pour lesquels le coefficient de corrélation a pu être calculé.

Définitions et sources des données : **Faible diversité alimentaire** : Proportion des enfants de 6–23 mois consommant des aliments issus de moins de quatre groupes parmi les sept groupes alimentaires (céréales, racines et tubercules ; légumineuses et oléagineux ; produits laitiers ; viandes ; œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A ; autres fruits et légumes) (OMS, 2010 ; Kothari et Abderrahim, 2010) **Anémie** : Proportion d'enfants en âge préscolaire dont le niveau d'hémoglobine est inférieur à 110 grammes par litre, et proportion de femmes enceintes dont le niveau d'hémoglobine est inférieur à 110 grammes par litre (Banque mondiale 2014, MEASURE DHS 2014, de Benoist et al. 2008) **Carence en vitamine A** : Proportion d'enfants en âge préscolaire souffrant d'héméralopie, proportion de femmes enceintes souffrant d'héméralopie, et proportion d'enfants en âge préscolaire dont le niveau de rétinol sérique est inférieur à 0,70 micro-mole par litre (OMS, 2009)

TABLEAU 2.1 INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE (GHI), PAR PAYS : GHI 1990, GHI 1995, GHI 2000, GHI 2005, ET GHI 2014

Rang Pays	1990	1995	2000	2005	2014	Rang Pays	1990	1995	2000	2005	2014						
1 Ile Maurice	8,3	7,6	6,7	6,0	5,0	56 Rép.Démocratique du Congo	22,6	22,7	18,3	18,3	18,1						
1 Thaïlande	21,3	17,3	10,2	6,7	5,0	57 Bangladesh	36,6	34,4	24,0	19,8	19,1						
3 Albanie	9,1	6,3	7,9	6,2	5,3	57 Pakistan	26,7	23,3	22,1	21,0	19,1						
3 Colombie	10,9	8,2	6,8	7,0	5,3	59 Djibouti	34,1	29,4	28,5	25,6	19,5						
5 Chine	13,6	10,7	8,5	6,8	5,4	60 Burkina Faso	27,0	22,6	26,3	26,5	19,9						
5 Malaisie	9,4	7,0	6,9	5,7	5,4	61 Laos	34,5	31,4	29,4	25,0	20,1						
7 Pérou	16,1	12,4	10,6	10,0	5,7	62 Mozambique	35,2	32,3	28,2	24,8	20,5						
8 Syrie	7,8	6,1	<5	5,1	5,9	63 Niger	36,4	36,1	31,2	26,4	21,1						
9 Honduras	14,6	13,9	11,2	9,0	6,0	64 République Centrafricaine,	30,3	30,3	28,1	28,9	21,5						
9 Surinam	11,3	10,1	10,9	9,0	6,0	65 Madagascar	25,3	24,9	27,4	25,2	21,9						
11 Gabon	10,0	8,6	7,8	7,4	6,1	66 Sierra Leone	31,2	29,0	29,8	29,1	22,5						
12 Salvador	10,8	8,8	7,9	6,4	6,2	67 Haïti	33,6	32,9	25,3	27,9	23,0						
13 Guyane	14,5	10,9	8,1	7,9	6,5	68 Zambie	24,7	24,0	26,5	24,7	23,2						
14 République Dominicaine	15,6	11,5	9,9	9,6	7,0	69 Yemen	30,1	27,8	27,8	28,0	23,4						
15 Vietnam	31,4	25,4	17,3	13,1	7,5	70 Ethiopie	-	42,6	37,4	30,8	24,4						
16 Ghana	27,2	20,2	16,1	11,3	7,8	71 Tchad	39,7	35,4	30,0	29,8	24,9						
17 Equateur	14,9	11,9	12,0	10,3	7,9	72 Soudan/Soudan du Sud*	30,7	25,9	26,7	24,1	26,0						
18 Paraguay	9,2	7,4	6,8	6,3	8,8	73 Comores	23,0	26,7	34,0	30,0	29,5						
19 Mongolie	20,3	23,1	18,5	14,1	9,6	74 Timor-Oriental	-	-	-	25,7	29,8						
19 Nicaragua	24,0	19,7	15,4	11,4	9,6	75 Erythrée	-	41,2	40,0	38,8	33,8						
21 Bolivie	18,6	16,8	14,5	13,9	9,9	76 Burundi	32,0	36,9	38,7	39,0	35,6						
22 Indonésie	20,5	17,8	16,1	15,2	10,3	<b>PAYS AVEC UN SCORE GHI 2014 INFÉRIEUR À 5</b>											
23 Moldavie	-	7,9	9,0	7,4	10,8	Pays	'90	'95	'00	'05	'14	Pays	'90	'95	'00	'05	'14
24 Bénin	22,5	20,5	18,0	15,3	11,2	Algérie	6,6	7,3	5,1	<5	<5	Liban	<5	<5	<5	<5	<5
25 Mauritanie	23,0	18,7	17,1	14,4	11,9	Argentine	<5	<5	<5	<5	<5	Libye	<5	<5	<5	<5	<5
26 Cameroun	23,3	24,6	21,3	16,6	12,6	Arménie	-	10,5	9,0	<5	<5	Lituanie	-	<5	<5	<5	<5
27 Irak	8,6	11,9	12,8	11,6	12,7	Azerbaïdjan	-	14,8	12,0	5,2	<5	Macédoine	-	5,6	<5	<5	<5
28 Mali	27,2	27,2	24,8	20,7	13,0	Biélorussie	-	<5	<5	<5	<5	Mexique	5,8	5,6	<5	<5	<5
29 Lesotho	13,1	15,4	14,6	15,0	13,1	Bosnie-Herzégovine	-	<5	<5	<5	<5	Monténégro	-	-	-	-	<5
29 Philippines	20,1	17,5	17,9	14,7	13,1	Brésil	8,8	7,7	6,5	<5	<5	Maroc	7,6	7,1	6,1	6,4	<5
31 Botswana	15,6	16,5	18,1	16,8	13,4	Bulgarie	<5	<5	<5	<5	<5	Panama	11,6	10,7	11,8	9,5	<5
32 Gambie	18,7	20,4	15,5	15,1	13,6	Chili	<5	<5	<5	<5	<5	Roumanie	<5	<5	<5	<5	<5
32 Malawi	31,3	28,8	21,9	18,9	13,6	Costa Rica	<5	<5	<5	<5	<5	Russie	-	<5	<5	<5	<5
34 Guinée-Bissau	22,6	20,4	20,5	17,3	13,7	Croatie	-	5,4	<5	<5	<5	Arabie Saoudite	6,6	6,5	<5	<5	<5
35 Togo	23,6	19,4	20,8	18,0	13,9	Cuba	<5	8,4	<5	<5	<5	Serbie	-	-	-	-	<5
36 Guinée	22,0	20,9	22,4	18,0	14,3	Egypte	7,0	6,3	5,3	<5	<5	Slovaquie	-	<5	<5	<5	<5
37 Sénégal	18,9	19,6	19,5	14,3	14,4	Estonie	-	<5	<5	<5	<5	Arique du Sud	7,5	6,4	7,4	7,8	<5
38 Nigeria	25,9	23,0	17,9	16,7	14,7	Fidji	6,2	5,3	<5	<5	<5	Trinidad & Tobago	6,7	7,6	6,8	6,7	<5
39 Sri Lanka	22,2	20,2	17,6	16,8	15,1	Iran	8,5	7,3	5,8	<5	<5	Tunisie	<5	<5	<5	<5	<5
40 Guatemala	15,6	16,0	17,3	17,0	15,6	Jamaïque	6,1	<5	<5	<5	<5	Turquie	<5	5,0	<5	<5	<5
40 Rwanda	30,6	35,1	30,6	24,1	15,6	Jordanie	<5	5,5	<5	<5	<5	Turkménistan	-	10,5	9,1	6,9	<5
42 Côte d'Ivoire	16,4	16,6	17,6	16,5	15,7	Kazakhstan	-	<5	7,8	<5	<5	Ukraine	-	<5	<5	<5	<5
43 Cambodge	32,9	30,8	28,1	20,8	16,1	Koweït	15,6	5,3	<5	<5	<5	Uruguay	5,0	<5	<5	<5	<5
44 Népal	28,4	26,8	25,2	22,2	16,4	Kirghizistan	-	11,2	9,0	5,4	<5	Ouzbékistan	-	7,7	8,9	6,9	<5
44 Corée du Nord	17,9	22,4	22,8	19,3	16,4	Lettonie	-	<5	<5	<5	<5	Vénézuela	7,5	7,3	6,8	5,8	<5
44 Tadjikistan	-	21,5	22,3	18,8	16,4	*Le score GHI 2014 n'a pu être calculé que pour l'ex-Soudan considéré comme une entité unique en raison de l'indisponibilité d'estimations de la sous-alimentation séparées pour la période 2011-2013 pour le Soudan du Sud, devenu indépendant en 2011, et l'actuel Soudan.											
47 Kenya	21,5	21,0	20,2	19,5	16,5	- = Données non présentées. Certains pays, comme les pays post-soviétiques avant 1991, n'avaient pas les frontières actuelles de l'année choisie ou de la période de référence.											
47 Swaziland	9,9	12,3	13,5	11,8	16,5	Note: Classement effectué selon les scores du GHI 2014. Les pays affichant un score GHI 2014 inférieur à 5% n'ont pas été inclus dans ce classement, les différences entre leurs scores étant minimales. Les pays ayant des scores identiques occupent le même rang (à titre d'exemple, l'Ile Maurice et la Thaïlande occupent tous les deux le premier rang). Les pays suivants n'ont pas pu être inclus dans ce classement, faute de données : Afghanistan, Bahrein, Bhoutan, RDC, Myanmar, Oman, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Qatar et Somalie.											
47 Zimbabwe	19,7	22,5	22,0	21,3	16,5												
50 Liberia	24,5	28,9	25,1	20,7	16,8												
51 Namibie	21,7	22,0	18,4	16,5	16,9												
52 Ouganda	21,5	22,7	20,2	18,4	17,0												
53 Tanzanie	23,5	26,8	26,3	20,8	17,3												
54 Angola	40,8	38,9	32,3	24,1	17,4												
55 Inde	31,2	26,9	25,5	24,2	17,8												

ment rural, de l'éducation et de la santé. Les taux de couverture vaccinale contre les maladies infantiles les plus répandues ont été améliorés au cours des 30 dernières années (Banque mondiale, 2014), et le gouvernement a fourni aux agriculteurs des séances d'information, des intrants agricoles et des infrastructures telles que des routes et des entrepôts de stockage. L'agriculture employant 50% des actifs au Ghana, les investissements dans ce secteur ont aidé à améliorer tous les autres secteurs. Le gouvernement a également lancé un ambitieux programme visant à offrir quotidiennement un repas chaud et nutritif – préparé à base d'aliments produits localement – à tous les élèves de maternelle et de primaire (von Grebmer et al. 2011). Toutefois, en 1998, environ deux tiers des femmes enceintes au Ghana souffraient d'anémie ; ce taux était pratiquement identique en 2003. La prévalence de l'anémie parmi les enfants d'âge préscolaire n'a diminué que légèrement au cours de la même période (Banque mondiale, 2014).

Les scores GHI ont augmenté depuis 1990 dans quatre pays. L'Irak affiche le deuxième moins bon résultat, les trois autres pays ayant une évolution négative se situent tous en Afrique Subsaharienne (Graphique 2.3). L'accroissement du niveau de la faim depuis 1990 aux Comores peut être attribué à un conflit prolongé et à l'instabilité politique. Dans ce pays, le score GHI a connu un pic en 2000, puis a diminué de 4 points pendant 5 ans et ne diminue que très faiblement depuis 2005. Entre 1990 et 2005, le score GHI du Burundi a enregistré une hausse constante, d'environ 7 points au total, pour avoisiner le score de 40. Depuis, la faim a diminué au Burundi et la tendance semble s'être inversée (voir Annexe C). Avec la transition vers la paix et le retour de la stabilité politique en 2003, le pays a amorcé une lente reprise après des décennies de déclin économique. Toutefois, l'insécurité alimentaire persistante, un taux de pauvreté très élevé, l'inflation galopante et le manque d'éducation sont autant de facteurs qui menacent le développement futur du pays (FAO, 2014 ; Banque mondiale, 2014).

En Irak, les scores GHI ont considérablement augmenté depuis 1990. Le pays souffre d'une détérioration de l'accessibilité et de la qualité des services basiques depuis des décennies ainsi que de longues années d'instabilité. La violence continue, le nombre important de déplacés internes et l'afflux de réfugiés en provenance de la Syrie exacerbent les problèmes du pays (PAM, 2014a ; UCDP, 2013). La faim s'est aggravée jusqu'en 2000 avant de diminuer légèrement jusqu'en 2005, puis de repartir à la hausse (voir Annexe C). La mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué depuis 1990, mais dans une moindre mesure que dans les autres pays du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord. Les progrès en matière de réduction de la sous-alimentation infantile ont aussi été lents, même si la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile a reculé après un pic en 2000, tandis que la proportion de personnes sous-alimentées a plus que doublé depuis 1990 (voir le tableau de données – Annexe B)<sup>5</sup>.

Au Swaziland, l'épidémie de VIH/Sida ainsi que l'importante disparité des revenus, un chômage élevé et la sécheresse ont profondément porté atteinte à la sécurité alimentaire (Banque mondiale, 2014 ; PAM, 2014b). Estimée à 26,5% en 2012, la prévalence du VIH chez les adultes au Swaziland est la plus élevée au monde (ONUSIDA, 2013). Le score GHI de ce pays a empiré jusqu'en 2000, puis a diminué légèrement jusqu'en 2005, mais il augmente à nouveau depuis (voir Annexe C). Le Swaziland et plusieurs autres pays africains ont fait de grands progrès dans la prévention de la transmission mère-enfant

du VIH et les taux de mortalité infantile diminuent à nouveau après avoir connu un pic entre 2003 et 2004 (ONUSIDA, 2013 ; IGME, 2013). Cependant, la proportion de personnes sous-alimentées au Swaziland a plus que doublé depuis la période 2004-2006 (voir le tableau de données – Annexe B). Depuis 1990, l'espérance de vie a diminué de dix ans, ne s'élevant qu'à 49 ans en 2012 malgré une légère amélioration ces dernières années (Banque mondiale, 2014).

Certains pays ont réalisé des progrès remarquables dans l'amélioration de leur GHI. L'Angola, le Bangladesh, le Cambodge, le Ghana, le Malawi, le Niger, le Rwanda, le Tchad, la Thaïlande et le Vietnam ont connu les améliorations les plus nettes entre le score GHI de 1990 et celui de 2014 – avec des diminutions allant de 14 à 24 points (Graphique 2.1). L'Angola et le Cambodge sont en train de se relever de conflits dévastateurs : en Angola, 2002 a marqué la fin d'une guerre civile de 27 ans, et au Cambodge, en 1991, des accords ont mis fin à 13 ans de conflit. Le Bangladesh a connu une amélioration générale des indicateurs sociaux et, grâce à un réseau d'ONG très actives et à des programmes de transferts sociaux, la sous-alimentation infantile a diminué parmi les populations les plus pauvres (Banque mondiale, 2014, 2005). Le pays s'est aussi engagé à assurer un suivi régulier du statut nutritionnel des enfants et a fortement fait reculer l'insuffisance pondérale infantile ; celle-ci est passée d'un taux faramineux de 62% en 1990 à seulement 37% en 2011 (OMS, 2014b).

16 pays continuent d'afficher un niveau de faim « extrêmement alarmant » ou « alarmant » (Carte 2.2). La plupart des pays présentant un GHI « alarmant » se situent en Afrique subsaharienne, les seules exceptions étant Haïti, le Laos, le Timor-Oriental et le Yémen. Les deux pays ayant un score GHI 2014 « extrêmement alarmant » – le Burundi et l'Érythrée – se situent également en Afrique subsaharienne.

La République Démocratique du Congo, avec une population proche des 70 millions d'habitants en 2014 (ONU, 2013), apparaît encore en gris sur la carte (Carte 2.2) en raison de l'absence de données fiables sur la sous-alimentation et l'impossibilité d'évaluer le niveau de faim. Face à l'indisponibilité des données, il est difficile de savoir si le score GHI de ce pays demeure dans la catégorie « extrêmement alarmant », comme dans les éditions précédentes de ce rapport jusqu'en 2011. Il devient impératif de pouvoir disposer de données de bonne qualité pour la République Démocratique du Congo, ainsi que pour d'autres « points chauds de la faim » comme l'Afghanistan et la Somalie.

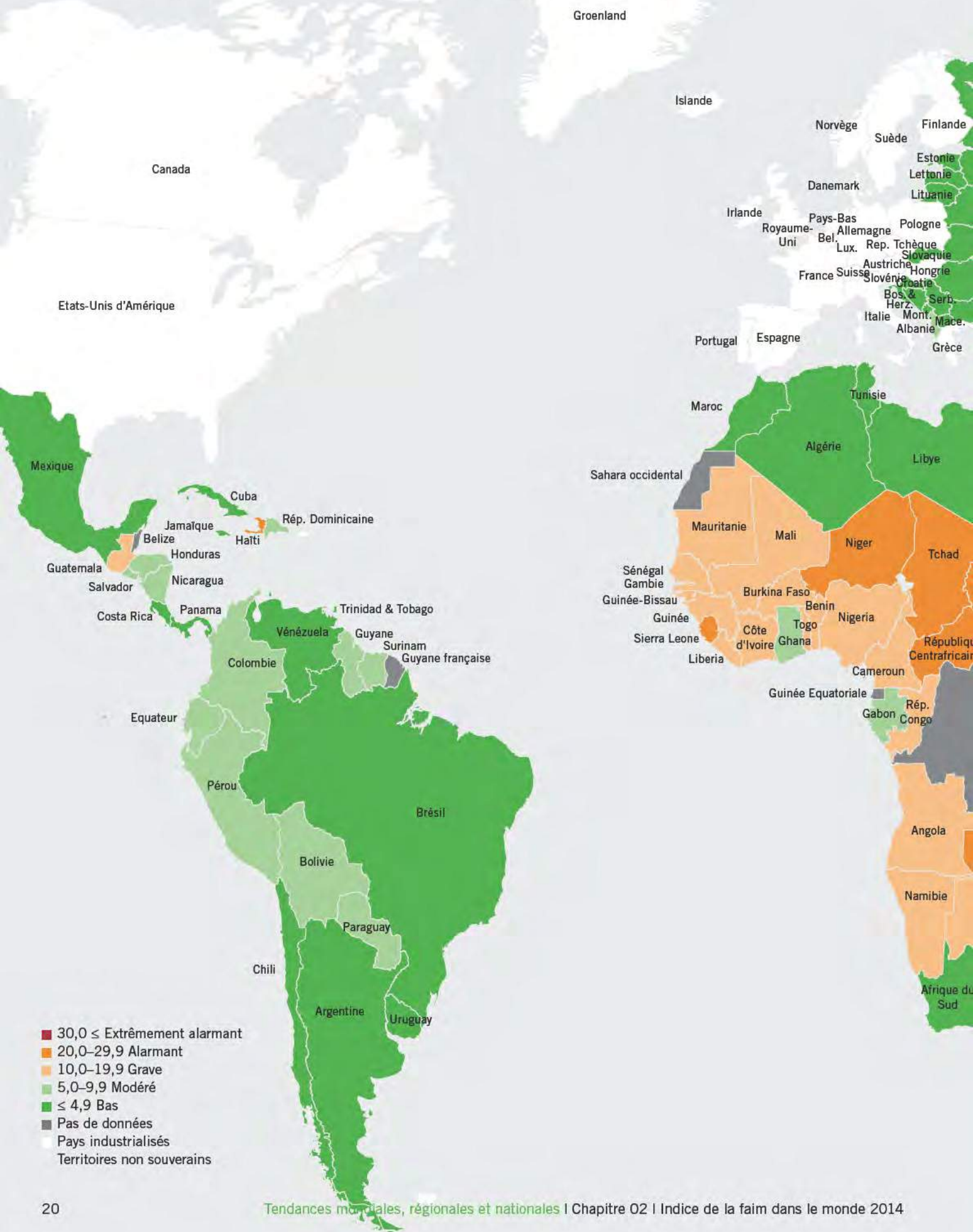
Si l'on raisonne en fonction des indicateurs qui composent le GHI, ce sont le Burundi, les Comores et l'Érythrée qui ont à ce jour la plus grande proportion de personnes sous-alimentées (plus de 60% de leur population)<sup>6</sup>. Le Bangladesh, le Niger, le Timor-Oriental et le Yémen ont la plus grande prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (plus de 35% dans chaque pays). L'Angola, le Tchad et le Sierra Leone ont les plus grands taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (allant d'environ 15% à plus de 18%).

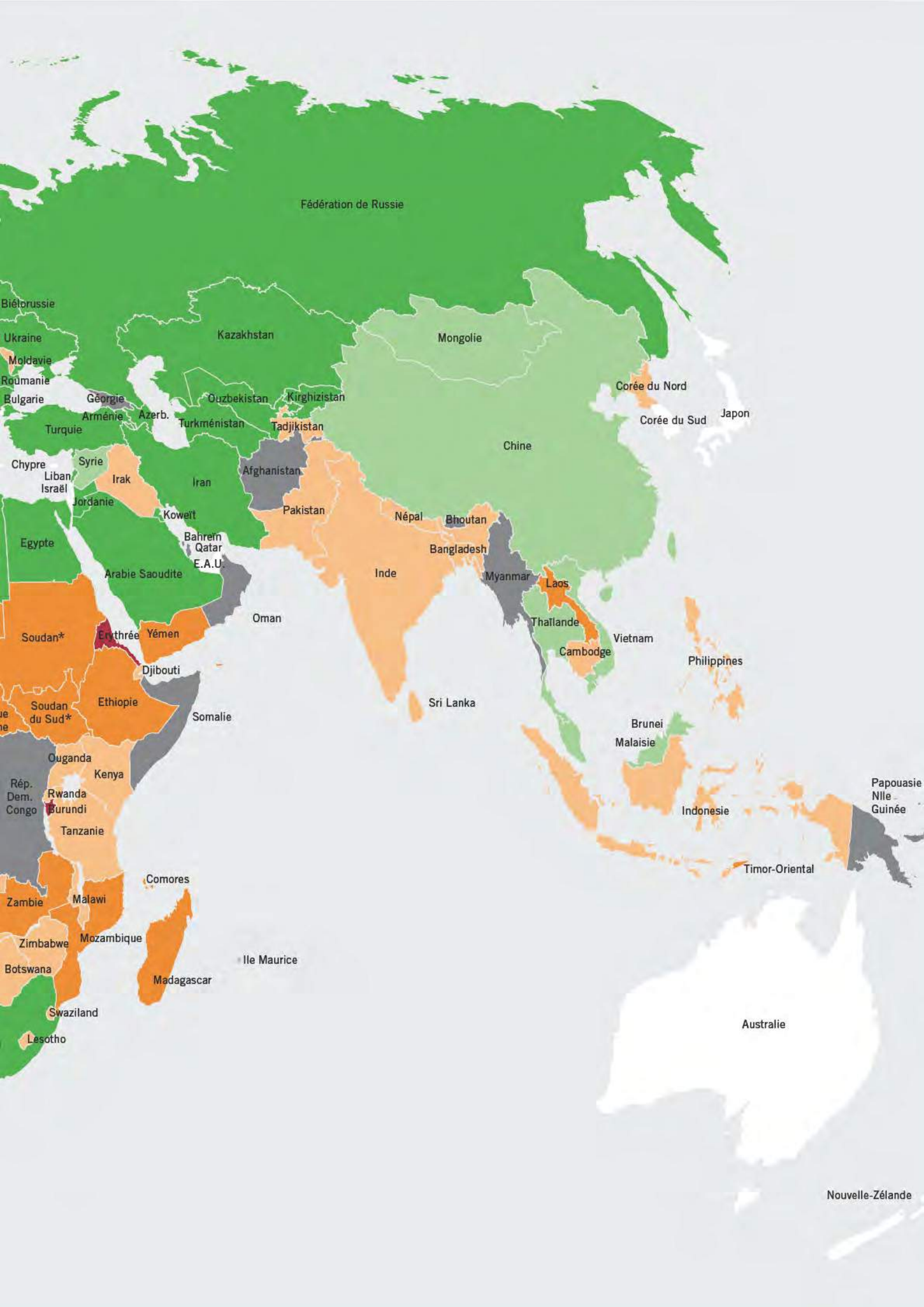
<sup>5</sup> L'escalade de la violence dans de nombreuses régions d'Irak en 2014 n'est pas encore reflétée dans cette édition du GHI, qui comprend des données correspondant à la période 2009-2013.

<sup>6</sup> La République Démocratique du Congo et la Somalie, deux pays susceptibles d'avoir également de proportions élevées de personnes sous-alimentées, n'ont pas pu être inclus dans cette comparaison en raison de l'absence de données fiables




# CARTE 2.2 SCORES GHI 2014 PAR SÉVÉRITÉ







03

A woman wearing a light blue dress and a straw hat is milking a cow. She is holding a large, clear plastic jug filled with milk. The background shows a hilly landscape under a cloudy sky.

La faim invisible due au manque de **micronutriments n'entraîne pas la faim que nous connaissons généralement**. Ce n'est pas une faim que l'on ressent au ventre, mais elle frappe en plein cœur votre santé et votre vitalité.

Kul Chandra Gautam, ancien Directeur exécutif adjoint de l'UNICEF

# RÉPONDRE AU DÉFI DE LA FAIM INVISIBLE

La faim invisible, ou carence en micronutriments, touche plus de deux milliards d'individus, soit une personne sur trois sur la planète (FAO, 2013). Ses effets peuvent être dévastateurs : déficiences mentales, problèmes de santé, productivité altérée, et peuvent aller jusqu'à la mort. Ces effets sont particulièrement préoccupants chez les enfants, dont la santé et la survie sont menacées : les carences intervenant au cours des 1 000 premiers jours de la vie, entre la grossesse et les deux ans de l'enfant, auront des conséquences physiques et cognitives graves. Des carences même légères ou modérées peuvent affecter le bien-être et le développement d'une personne. Outre son impact sur la santé humaine, la faim invisible peut entraver le développement socioéconomique, en particulier dans les pays à revenu faible ou modéré.

## Une faim qui ne dit pas son nom

La faim invisible est une forme de sous-alimentation survenant lorsque l'apport ou l'absorption de vitamines et minéraux ou oligo-éléments (comme le zinc, l'iode ou le fer) ne suffisent pas à assurer une bonne santé et un bon développement (Encadré 3.1). Les facteurs contribuant à ces carences en micronutriments sont multiples : mauvaise alimentation, besoins accrus en micronutriments pendant certaines périodes de la vie comme la grossesse ou l'allaitement, ou encore problèmes de santé (maladies, infections, parasites).

### ENCADRÉ 3.1 DÉFINITIONS

- **Faim** : détresse liée à un manque de nourriture.
- **Malnutrition** : état physiologique pathologique généralement dû à une consommation d'aliments inadéquats ou en quantité inadéquate, comprenant la sous-alimentation et la suralimentation et les maladies chroniques d'origine alimentaire.
- **Sous-alimentation** : carence en énergie, protéines et/ou micronutriments.
- **Carences en micronutriments (ou faim invisible)** : forme de sous-alimentation survenant lorsque l'apport ou l'absorption de vitamines et minéraux ne suffisent pas à assurer une bonne santé et un bon développement chez l'enfant et des fonctions physiques et mentales normales chez l'adulte. Parmi ses causes : une mauvaise alimentation, la maladie, ou encore des apports ne couvrant pas les besoins accrus en micronutriments en période de grossesse ou d'allaitement.
- **Dénutrition** : apport calorique insuffisant chronique.
- **Suralimentation** : apport énergétique ou apport en micronutriments excessif.

Sources : FAO (2013a) ; et von Grebmer et al. (2013).

Si les signes cliniques de faim invisible – comme l'héméralopie due à la carence en vitamine A ou le goitre résultant d'un apport insuffisant en iode – ne deviennent observables qu'en cas de carences sévères, la santé et le développement d'une part bien plus importante de la population est affectée par des effets moins évidents, dits « invisibles ». C'est pourquoi les carences en micronutriments sont fréquemment qualifiées de faim invisible.

## La faim invisible, une crise mondiale

Plus de deux milliards de personnes à travers le monde souffrent de faim invisible ; c'est plus du double des 805 millions de personnes dont les besoins caloriques ne sont pas satisfaits (FAO, IFAD et PAM, 2013). C'est en Afrique et en Asie que la part des populations souffrant de carences sévères en micronutriments est la plus importante (Graphique 3.1). Ces taux sont relativement faibles en Amérique latine et dans les Caraïbes, régions où les régimes reposent plus rarement sur des aliments de base uniques, et qui profitent davantage de vastes programmes d'apport de micronutriments, d'éducation à la nutrition et de services de santé de base (Weisstaub et Araya, 2008). Bien que la faim invisible pèse en majeure partie sur les pays en développement, les carences en micronutriments, en particulier les carences en fer et en iode, restent très répandues dans les pays développés (Graphique 3.1 et Carte 3.1)

La nature du problème de malnutrition pesant sur la planète est de plus en plus complexe. Les pays en développement abandonnent peu à peu leurs régimes alimentaires traditionnels à base d'aliments très peu transformés au profit d'aliments et boissons hautement transformés, à forte densité calorique mais pauvres en micronutriments, entraînant obésité et maladies chroniques d'origine alimentaire. Avec cette transition nutritionnelle, de nombreux pays en développement se trouvent confrontés au « triple fardeau de la malnutrition » : dénutrition, carences en micronutriments et obésité (Pinstrup-Andersen, 2007). Les pays à plus haut revenu et plus urbanisés ne sont pas en reste : la faim invisible peut y coexister avec le surpoids ou l'obésité causés par une consommation excessive de macronutriments, notamment de calories issues de lipides ou de glucides (Guralnik et al. 2004). Bien que cela paraisse paradoxal, un enfant obèse peut souffrir de faim invisible.

On estime que sur les 3,1 millions d'enfants qui meurent chaque année de sous-alimentation, 1,1 million résulte de carences en micronutriments (Black et al. 2013 ; Black et al. 2008). Les carences en vitamine A et en zinc affectent la santé et la survie infantile en affaiblissant le système immunitaire. La carence en zinc peut entraîner des retards ou des troubles de la croissance chez l'enfant. Les carences en iode et en fer empêchent les enfants d'atteindre leur plein potentiel physique et mental (Allen, 2001).

Les femmes et les enfants ont des besoins plus importants en micronutriments (Darnton-Hill et al. 2005). Le statut nutritionnel des

femmes durant la grossesse a des effets de long terme sur le développement et la croissance du fœtus. Près de 18 millions de nouveaux-nés naissent chaque année avec des lésions cérébrales causées par une carence en iode. L'anémie sévère est l'un des facteurs causant la mort en couches de 50 000 femmes chaque année. De plus, les carences en fer sapent l'énergie de 40% des femmes dans les pays en développement (UNSCN, 2005 ; Micronutriments Initiative, 2014). Les interventions pour améliorer la faim invisible et la nutrition résultent généralement d'une attention particulière sur les femmes, les enfants et les jeunes enfants. En ciblant ces populations, les actions permettent une amélioration de la santé, du statut nutritionnel et de la cognitivité tout au long de la vie (Hoddinott et al. 2013).

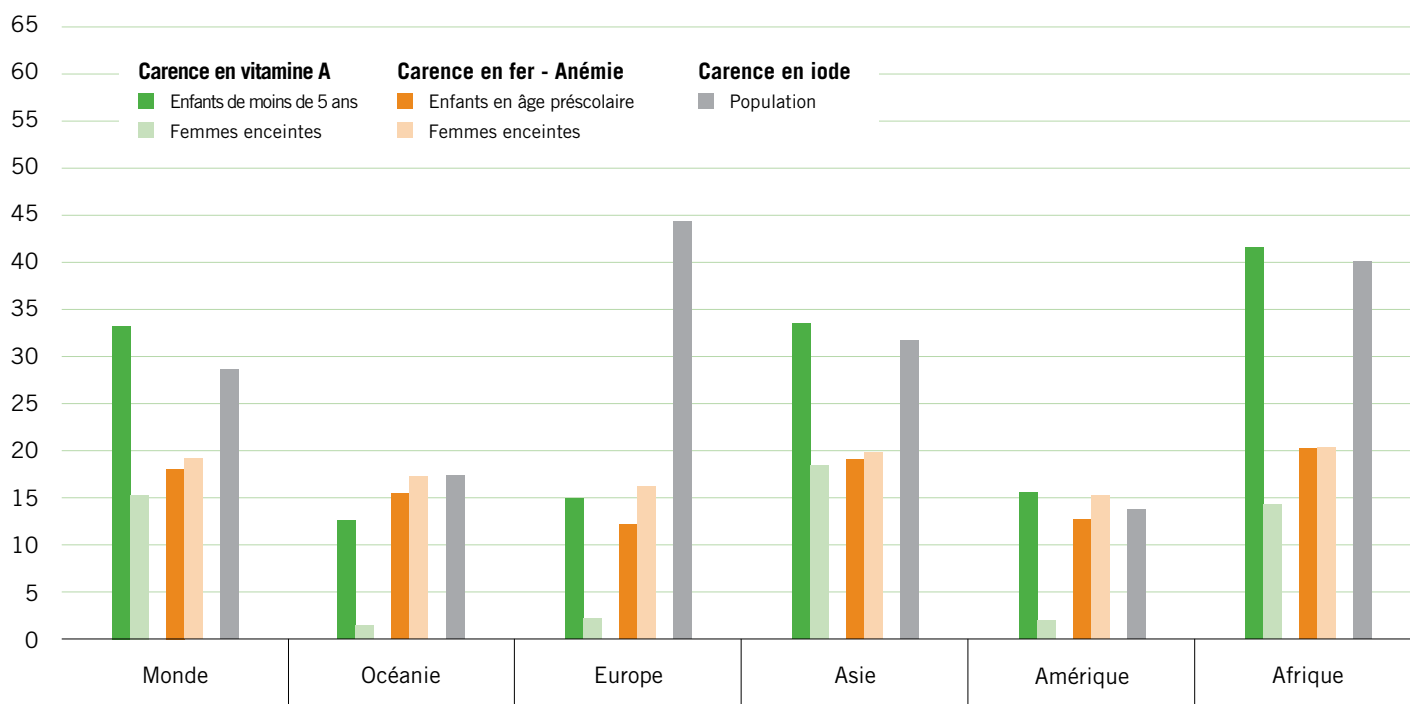
Par ordre de prévalence, les carences en micronutriments les plus courantes, tous âges confondus, sont celles causées par le manque d'iode, de fer puis de zinc (Graphique 3.1). Moins fréquente, la carence en vitamine A reste significative du point de vue de la santé publique, risquant d'affecter 190 millions d'enfants d'âge préscolaire et 19 millions de femmes enceintes (OMS, 2009). Les apports insuffisants en autres micronutriments essentiels, comme le calcium, les vitamines D, B comme les folates, sont également fréquents (Allen et al. 2006). Bien que les femmes enceintes, les enfants et les adolescents sont souvent les plus cités com-

me les populations les plus touchées par la faim invisible, celle-ci peut nuire à la santé des individus tout au long de leur vie (Graphique 3.2).

L'ampleur des carences concernant l'ensemble des micronutriments est difficile à évaluer. Pour nombre de ces carences, les données de prévalence sont rares. Pour plusieurs des 19 micronutriments ayant une influence directe sur le développement physique et mental et sur le système immunitaire, il n'existe pas de consensus scientifique quant à une norme d'apports recommandés (Biesalski, 2013). De plus, pour nombre de ces micronutriments, la relation entre apport et assimilation par l'organisme n'est pas pleinement comprise.

Obtenir des données exactes peut être une tâche ardue. Les décalages temporels, les lacunes dans les données et la non-ventilation des résultats sont des problèmes courants. Souvent, les indicateurs indirects choisis pour désigner des exemples courants de faim invisible sont imparfaits. Par exemple, l'anémie sert d'indicateur indirect pour une carence en fer, alors que la moitié seulement de tous les cas d'anémie est causée par cette carence (de Benoist et al. 2008). Si les critères d'évaluation physique classiques de la faim, comme le retard de croissance, l'émaciation ou l'insuffisance pondérale, peuvent être les signes de carences en micronutriments chez les populations touchées, ils en sont cependant des indicateurs inadéquats, ces carences étant rarement les

GRAPHIQUE 3.1 POURCENTAGE DE LA POPULATION CARENCÉE EN MICRONUTRIMENTS



Source : Black et al. (2013).



CARTE 3.1 POURCENTAGE DE LA POPULATION SOUFFRANT D'ANÉMIE PARMIS LES ENFANTS EN ÂGE PRÉSCOLAIRE



Source : de Benoist et al. (2008).

Note : L'anémie n'est pas un indicateur systématique d'une carence en fer, ses causes pouvant être multiples. Dans le monde, environ la moitié des cas d'anémie est due à une carence en fer  
 \*La couleur pour le Soudan du Sud et le Soudan est basée sur les données de 1994 et 1995, avant 2011 quand le Soudan du Sud est devenu indépendant. La couleur pour la Serbie et le Monténégro est basée sur les données de 2000, lorsque ces deux pays n'en formaient qu'un, bien avant 2006, date où le Monténégro est devenu indépendant.

Grave	40,0% ≤
Modéré	20,0–39,9%
Faible	5,0–19,9%
Normal	< 5,0%
Pas de données	

seuls facteurs impliqués. Des mesures exactes par le biais d'échantillons sanguins ou de diagnostics spécifiques – d'héméralopie, de béribéri ou de scorbut – sont des indicateurs plus fiables pour déterminer un stade avancé de la maladie.

Pour plusieurs micronutriments importants, les données de prévalence n'existent pas, les biomarqueurs de carence n'ayant pas encore été identifiés. Tant que persistent ces lacunes dans les données, il restera difficile de dresser un tableau complet de la faim invisible.

### Causes des carences en vitamines et minéraux

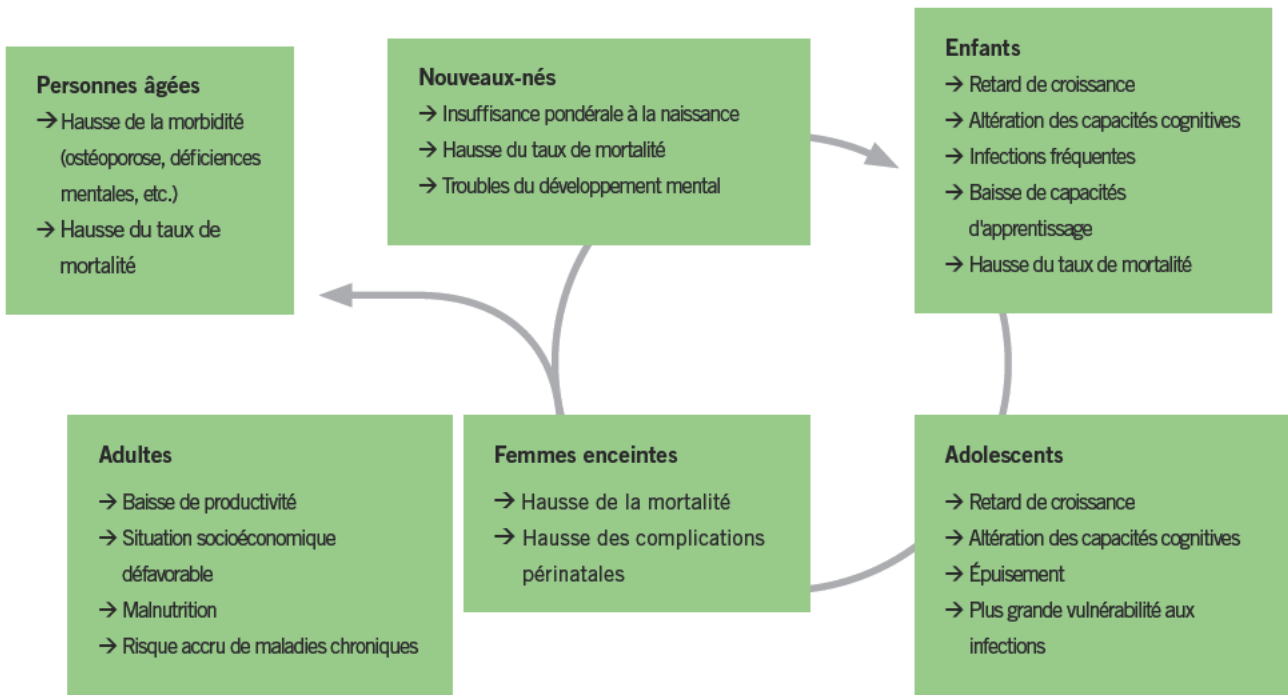
La mauvaise alimentation est une cause fréquente de faim invisible. Les régimes alimentaires qui s'appuient sur un aliment de base unique, comme le maïs, le blé, le riz ou le manioc, d'un bon apport énergétique mais relativement pauvres en vitamines et minéraux essentiels, ont souvent pour conséquence une faim invisible. L'alimentation des populations dépend de nombreux facteurs, notamment des prix relatifs des aliments (Encadré 3.2), des préférences liées à la culture, de la pression sociale ou encore des facteurs géographiques, écologiques et saisonniers. Les victimes de la faim invisible ne comprennent pas toujours l'importance d'une alimentation équilibrée et nutritive. Elles n'ont pas toujours les moyens, ni même l'accès à une gamme d'aliments nutritifs – aliments d'origine animale (viande, œufs, poisson et produits laitiers), fruits et légumes – en particulier dans les pays en développement. Hors situations d'urgence, la pauvreté

est un facteur majeur limitant l'accès à des aliments nutritifs adaptés. En période de hausse des prix alimentaires, les populations ont tendance à conserver la même consommation d'aliments de base tout en réduisant leur consommation d'autres aliments, souvent plus riches en micronutriments (Bouis, Eozenou, et Rahman, 2011).

Autre cause de carences en micronutriments, la mauvaise absorption ou le mauvais usage de ceux-ci, en effet, l'absorption peut être entravée par une infection ou un parasite, pouvant également causer une perte ou un besoin accru en plusieurs micronutriments. Infections et parasites se propagent facilement dans les environnements insalubres où les conditions d'accès à l'eau, aux installations sanitaires et à l'hygiène sont mauvaises. Le manque d'hygiène dans la manipulation des denrées et dans les pratiques alimentaires risque d'exacerber plus encore les pertes de nutriments.

Le régime alimentaire a également un effet sur l'absorption. Ainsi, les vitamines liposolubles comme la vitamine A doivent être consommées avec des graisses alimentaires pour une absorption optimale, tandis que la consommation de certains composés comme les tanins ou les phytates peut inhiber l'absorption du fer. La consommation d'alcool, peut interférer avec l'absorption des micronutriments.

GRAPHIQUE 3.2 CONSÉQUENCES DE CARENCES EN MICRONUTRIMENTS AU COURS DU CYCLE DE VIE



Source : Adapté de CAC-SCN (2000).

TABLEAU 3.1 CARENCES EN CERTAINS MICRONUTRIMENTS ET LEURS CONSÉQUENCES

Carence en micronutriments	Conséquences notables	Nombre de personnes touchées
Iode	Lésions cérébrales chez le nouveau-né, baisse des capacités mentales, goitre	~1,8 milliard
Fer	Anémie, troubles du développement moteur et cognitif, risque accru de mortalité maternelle, naissances prématurées, insuffisance pondérale à la naissance, manque d'énergie	~1,6 milliard
Vitamine A	Troubles graves de la vue, cécité, risque accru de maladies graves et de mort suite à des infections comme la diarrhée et la rougeole pour les enfants en âge préscolaire ; (pour les femmes enceintes) héméralopie, risque accru de décès	190 millions d'enfants en âge préscolaire ; 19 millions de femmes enceintes
Zinc	Affaiblissement du système immunitaire, infections plus fréquentes, retards de croissance	1,2 milliard

Sources : Allen (2001) ; Andersson, Karumbunathan, et Zimmermann (2012) ; de Benoist et al. (2008) ; Wessels and Brown (2012) ; et Micronutrient Initiative (2009) et OMS (2000, 2014a).



### Les répercussions économiques

Outre leurs coûts en matière de santé, les carences en vitamines et minéraux font peser un lourd tribut sur les personnes et les sociétés touchées, se traduisant par des pertes en capital humain et une baisse de productivité économique. La faim invisible entrave la croissance physique et l'apprentissage et limite la productivité, ce qui a pour conséquence de perpétuer la pauvreté (Graphique 3.3, page 26) – un véritable cercle vicieux. Les pays dont la population souffre massivement de carences en vitamines et minéraux ne peuvent pas réaliser leur potentiel économique (Stein, 2013 ; Stein et Qaim, 2007). Les populations pauvres souffrent de carences en micronutriments de manière disproportionnée, et en subissent les effets négatifs à long terme qui entravent le développement socioéconomique (Darnton-Hill et al. 2005).

Le coût économique des carences en micronutriments peut être considérable : dans leur ensemble, elles amputent le produit intérieur brut (PIB) de la plupart des pays en développement de 0,7 à 2% (Micronutrient Initiative et UNICEF, 2004). On estime ainsi à 1% la perte de PIB en Inde, et à 2,3% en Afghanistan. À l'échelle mondiale, les pertes en productivité économique liées à des carences en macronutriments et en micronutriments se chiffrent à plus de 2 à 3 points de PIB (Banque mondiale, 2006) – un coût mondial de 1 400 à 2 100 milliards de dollars par an (FAO, 2013).

À l'inverse, mettre l'accent sur la nutrition peut offrir un excellent retour sur investissement. Les comités d'experts du Consensus de Copenhague soulignent régulièrement le bon rapport coût-bénéfice des interventions en matière de nutrition (Consensus de Copenhague 2004, 2008, 2012). En 2008, ils faisaient figurer la supplémentation destinée aux enfants (vitamine A et zinc), l'enrichissement des aliments (en fer et en iode) et la biofortification parmi les cinq meilleurs investissements pour stimuler le développement économique. Ainsi, selon des estimations préliminaires, chaque dollar investi dans l'iodation du sel génère un bénéfice pouvant aller jusqu'à 81 dollars (Hoddinott, Rosegrant et Torero, 2012).

## Solutions à la faim invisible

### Diversifier les régimes alimentaires

Augmenter la diversité alimentaire est l'un des moyens les plus efficaces de prévenir durablement la faim invisible (Thompson et Amoroso, 2010). La diversité alimentaire est corrélée à de meilleurs résultats en matière de nutrition des enfants, tous facteurs socioéconomiques confondus (Arimond et Ruel, 2004). À long terme, la diversité est le gage d'un régime alimentaire sain, assurant un apport équilibré et adéquat en macronutriments (glucides, lipides et protéines), en micronutriments essentiels, et en autres substances alimentaires comme les fibres. Un régime varié combinant céréales, légumineuses, fruits, légumes et aliments d'origine animale fournit un équilibre nutritionnel adéquat à la plupart des personnes – certaines populations, comme les femmes

enceintes, pouvant néanmoins avoir besoin de supplémentation (FAO, 2013). Parmi les méthodes les plus efficaces pour promouvoir la diversité alimentaire, on compte des stratégies basées sur l'alimentation comme les potagers domestiques, mais aussi des actions d'éducation des parents en matière de pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ou encore les conseils en préparation et en conservation des aliments pour prévenir la perte de nutriments.

### Enrichir les aliments du commerce

L'enrichissement des aliments destinés au commerce, consistant à ajouter aux aliments de base ou aux condiments des micronutriments en quantité infime au cours de la transformation, permet aux consommateurs d'absorber plus facilement la quantité recommandée de micronutriments. C'est une stratégie modulable, durable et d'un bon rapport coût-bénéfice, qui s'est montrée particulièrement efficace dans le cas du sel iodé : alors que 71% de la population mondiale a aujourd'hui accès au sel iodé, le nombre de personnes carencées en iode a chuté de 54 à 32% depuis 2003 (Andersson, Karumbunathan et Zimmermann, 2012).

Parmi les exemples courants d'enrichissement, on compte l'ajout de vitamine B, de fer et/ou de zinc à la farine, ou l'ajout de vitamine A à l'huile de cuisine et au sucre. L'enrichissement bénéficie beaucoup moins aux consommateurs ruraux, qui n'ont souvent pas accès aux aliments du commerce. Pour toucher ceux qui en ont le plus grand besoin, l'enrichissement doit être subventionné ou rendu obligatoire : les populations risqueraient autrement de privilégier des produits non enrichis car plus abordables.

L'enrichissement présente toutefois un certain nombre de défauts :

### ENCADRÉ 3.2 EFFETS DE LA RÉVOLUTION VERTE

Pendant plusieurs décennies, les politiques publiques de recherche et développement ont avant tout visé à augmenter la productivité des monocultures d'aliments de base afin de réduire la malnutrition. Or, l'intensification de la production de variétés céréalières à haut rendement au cours de la Révolution verte, des années 1970 au milieu des années 1990, semble avoir eu simultanément des effets bénéfiques et dommageables sur la nutrition. La hausse de la production totale d'aliments de base s'est traduite par une chute des prix de ces derniers – des féculents – par rapport aux autres aliments, plus riches en micronutriments, comme les légumes et les légumineuses. Alors que les céréales de base devenaient plus abordables, les prix des autres aliments ont grimpé dans certains pays, rendant les aliments riches en micronutriments moins attractifs pour les populations pauvres (Bouis, 2000 ; Kennedy et Bouis, 2003).

par exemple, plus de 30% de Pakistanais n'utilisent pas le sel iodé selon la Micronutrient Initiative à cause d'une croyance non-fondée liée au fait que l'iode provoquerait l'infertilité et affecterait alors la croissance de la population (Leiby, 2012). Les consommateurs peuvent aussi refuser d'utiliser la nourriture fortifiée en raison des propriétés à la cuisson ou de la saveur de ces aliments ; ou encore risque de mauvaise biodisponibilité (degré ou vitesse d'assimilation d'une substance par l'organisme). Malgré ces réserves, l'enrichissement à domicile semble de mieux en mieux accepté et de plus en plus efficace (Adu-Afarwuah et al. 2008 ; Dewey, Yang et Boy, 2009 ; De-Regil et al. 2013).

### Biofortification

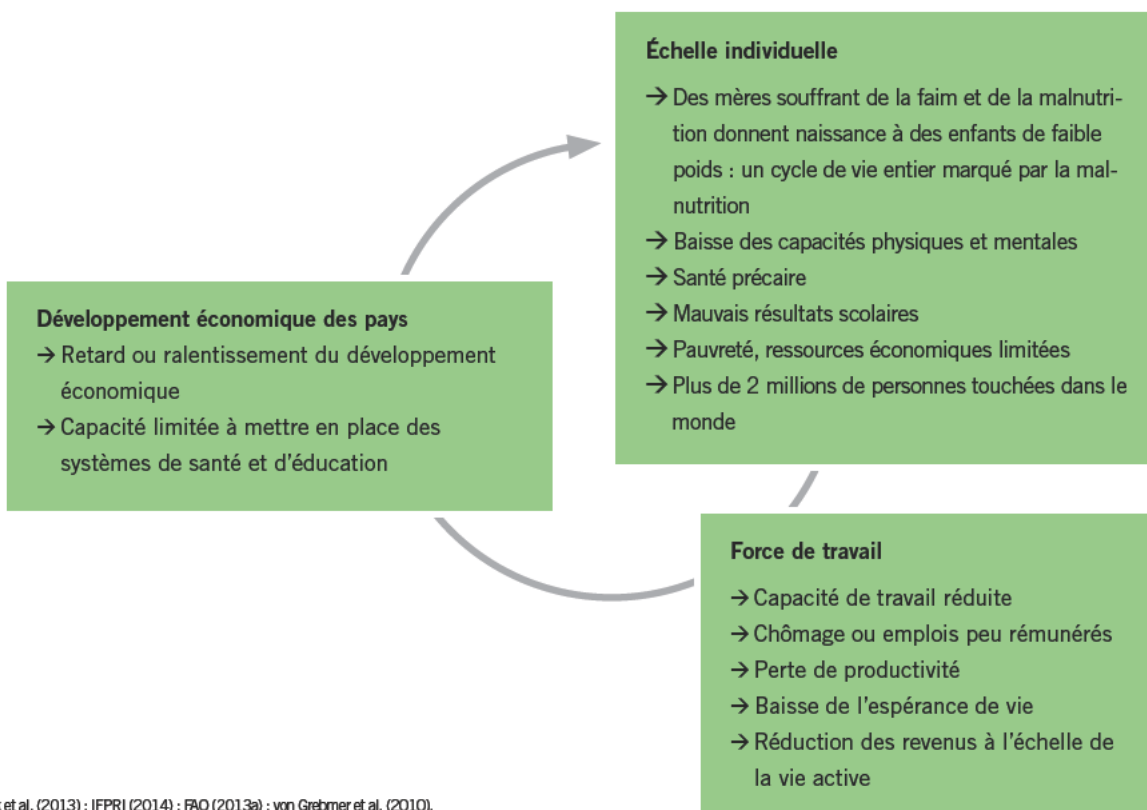
La biofortification, intervention relativement nouvelle, est une forme de sélection végétale – par méthodes conventionnelles ou génie génétique – destinée à augmenter le taux de micronutriments d'une variété de plante<sup>1</sup>. Les sélectionneurs améliorent également le rendement de la plante et sa résistance aux organismes nuisibles, ainsi que des qualités liées à la

consommation – comme le goût ou le temps de cuisson – dans le but d'égaliser ou de surpasser les variétés communes. À ce jour, seules des variétés biofortifiées par sélection conventionnelle ont été fournies aux agriculteurs. Parmi les variétés biofortifiées déjà cultivées, on compte la patate douce, le maïs et le manioc biofortifiés en vitamine A, les haricots et le millet perlé biofortifiés en fer, ou encore le riz et le blé biofortifiés en zinc. Si les variétés biofortifiées ne sont pas encore disponibles dans tous les pays en développement, la biofortification devrait connaître une croissance importante dans les cinq années à venir (Saltzman et al. 2013).

Pour les personnes que n'atteignent pas les autres formes d'interventions, les aliments biofortifiés pourraient représenter une source fiable et régulière de certains micronutriments. À la différence de l'enrichissement à grande échelle, qui parvient généralement à toucher

<sup>1</sup> La sélection de plantes conventionnelles impliquent des liens avec de hauts niveaux de vitamines et de minéraux qui traversent plusieurs générations pour produire des plantes avec les nutriments et les propriétés agronomiques souhaités. Les approches transgéniques, dans les cas de manipulations des gènes ou de l'introduction de nouveaux gènes, sont avantageuses quand le nutriment ne se trouve pas naturellement dans la plante (par exemple, pro-vitamine A dans le riz).

GRAPHIQUE 3.3 FAIM INVISIBLE, PAUVRETÉ ET RETARD DE DÉVELOPPEMENT : UN EFFET CYCLIQUE



Sources : Black et al. (2013) ; IFPRI (2014) ; FAO (2013a) ; von Grebmer et al. (2010).

Note : Le « cycle de vie marqué par la malnutrition » décrit le mécanisme par lequel les femmes ayant souffert de malnutrition dans l'enfance tendent à donner naissance à des enfants en insuffisance pondérale, perpétuant ainsi le cycle de sous-alimentation.

une plus grande part des populations urbaines que rurales, les surplus de récoltes des variétés biofortifiées peuvent être vendues dans les commerces de détail, atteignant d'abord les consommateurs des zones rurales puis ceux des zones urbaines.

Les aliments de base biofortifiés ne pouvant offrir un taux aussi élevé et une aussi grande diversité de minéraux et de vitamines que les suppléments ou les aliments enrichis industriellement, ils ne représentent pas la meilleure réponse aux carences. Ils contribuent néanmoins à combler l'écart observé, et à augmenter l'apport journalier en vitamines et minéraux à l'échelle d'une vie (Bouis et al. 2011). Bien que les effets de la biofortification soient encore à l'étude, plusieurs variétés (haricots, millet perlé et riz biofortifiés en fer, maïs, manioc et patate douce biofortifiés en vitamine A) ont produit des résultats prometteurs quant à l'amélioration de l'état micronutritif (Haas et al. 2005 ; 2011 ; 2013 ; 2014 ; Luna et al. 2012 ; Scott et al. 2012 ; Pompano et al. 2013 ; De Moura et al. 2014 ; Tanumihardjo et al. 2013 ; Talsma, 2013 ; van Jaarsveld et al. 2005). La patate douce biofortifiée a augmenté de manière significative l'apport en vitamine A chez les mères et jeunes enfants (Hotz et al. 2012a ; Hotz et al. 2012b).

### Supplémentation

La supplémentation en vitamine A est l'une des interventions ayant le meilleur rapport coût-bénéfice pour améliorer la survie infantile (Tan-Torres Edejer et al. 2005). De 1999 à 2005, la couverture a été multipliée par plus de quatre ; en 2012, le taux de couverture était estimé à près de 70% à l'échelle mondiale (UNICEF, 2014b). Son administration étant associée à une réduction du risque de mortalité, toutes causes confondues, et à une fréquence réduite de la diarrhée (Imdad et al. 2010), des programmes de supplémentation en vitamine A sont fréquemment intégrés dans les politiques de santé publique. Selon l'UNICEF, au moins 70% des jeunes enfants âgés de 6 à 59 mois devraient être supplémentés en vitamine A tous les six mois afin d'atteindre les résultats souhaités en termes de mortalité infantile. Pourtant, en raison des financements fluctuants, les taux de couverture varient largement d'une année sur l'autre dans plusieurs pays prioritaires. Il faut également noter que la supplémentation en vitamine A ne cible que les populations vulnérables de plus de six mois et moins de cinq ans.

La supplémentation pour pallier d'autres carences en micronutriments est moins fréquente. Dans de nombreux pays, on prescrit aux femmes enceintes des suppléments en fer et acide folique. Pour les enfants, l'enrichissement à domicile en divers micronutriments, comme le fer ou le zinc, est possible grâce à des poudres et suppléments nutritionnels à base de lipides ; ceux-ci restent cependant difficiles à introduire à grande échelle dans les foyers. La phase d'apprentissage peut également s'avérer ardue. Lors d'une expérimentation dans une région rurale de Chine, la moitié des parents et grands-parents avaient cessé

d'administrer à leurs enfants des suppléments nutritionnels à base de soja, fer, zinc, calcium et vitamines, de peur que ces suppléments gratuits ne soient dangereux ou factices. Ils craignaient également qu'on leur demande de payer par la suite (The Economist, 2014).

### Perspectives d'avenir

La faim invisible est un problème complexe nécessitant toute une gamme d'interventions. Pour s'attaquer de manière durable à ses causes sous-jacentes, une approche multisectorielle est indispensable. C'est un problème que les gouvernements nationaux doivent aborder de manière frontale et cohérente, sans quoi il ne recevra pas l'attention qu'il mérite. Il est impératif que l'ensemble des ministères – ministères de l'agriculture, de la santé, de la promotion de l'enfant, de l'éducation ainsi que les organes de réglementation – fassent front uni pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à défaut de quoi les chances de succès des États resteront minces. Le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition, « Renforcement de la nutrition ») propose un modèle de collaboration intersectorielle, réunissant les personnes et les ressources à l'échelle nationale pour améliorer la nutrition (SUN, 2014). Pour combattre la faim invisible, on compte plusieurs composantes indispensables :

- Des actions de communication axées sur les comportements, visant à améliorer l'usage et l'accès des femmes, des nourrissons et des jeunes enfants à des services de santé, à l'eau propre, à des installations sanitaires et à l'hygiène, afin de les protéger de maladies faisant obstacle à l'absorption des nutriments ;
- Des messages de promotion des bonnes pratiques, telles que l'allaitement maternel exclusif dès la première heure et pendant les 6 premiers mois, suivi d'une alternance entre allaitement et aliments complémentaires en quantité suffisante jusqu'à 24 mois, manière abordable et durable de prévenir la faim invisible chez l'enfant ;
- Une protection sociale offrant aux personnes les plus pauvres l'accès à une alimentation nutritive et les protégeant des flambées des prix ;
- Un accent mis sur l'autonomisation des femmes, en améliorant leur accès à l'éducation.

Éliminer la faim invisible ne sera pas chose facile, et les défis à relever restent nombreux. Ils peuvent pourtant être surmontés, à condition d'allouer les ressources suffisantes, d'élaborer des politiques adaptées et d'opérer les investissements adéquats (Fan et Polman, 2014). Beaucoup reste à faire pour garantir dans le monde entier l'accès aux aliments et aux nutriments indispensables pour qu'individus et communautés puissent combattre les maladies et atteindre leur potentiel de développement.



04



**Augmenter la diversité du régime alimentaire** constitue une des façons les plus efficaces de prévenir de manière durable la faim invisible.

Thompson et Amoroso, 2010



# APPROCHES INTÉGRÉES POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS EN TERMES DE NUTRITION

Concern Worldwide et Welthungerhilfe partagent un fort engagement pour l'élimination de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle à l'échelle mondiale. En s'appuyant sur leur expérience et sur les leçons tirées de leurs programmes, ces deux organisations développent des modèles de lutte contre la faim adaptés à divers pays et contextes à travers le monde. Elles s'attaquent à ce problème sur plusieurs fronts, par le biais d'interventions promouvant la diversité alimentaire et renforçant les systèmes alimentaires locaux. L'autonomisation des femmes, la diversification de l'agriculture, les interventions en matière de santé publique et les pratiques familiales visant à maximiser les apports en micronutriments ne sont que quelques exemples des stratégies mises en place, au sein des programmes, pour s'attaquer à la sous-alimentation à l'échelle des communautés dans les pays en développement.

Ce chapitre propose des aperçus des programmes menés par Concern et Welthungerhilfe dans les régions rurales de Zambie, d'Inde et du Cambodge. Il souligne un fait indéniable : la faim et la malnutrition affectent en premier lieu les populations pauvres des campagnes, qui dépendent pour vivre des petites exploitations agricoles (FAO, 2013 ; Olinto et al., 2013). Ces présentations d'interventions, complétées d'exemples de leurs effets directs sur les populations, mettent en évidence non seulement le défi que représente la fourniture régulière d'aliments riches en micronutriments, mais aussi les actions possibles pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des foyers.

## ENCADRÉ 4.1 QUELQUES DONNÉES SUR LE PROGRAMME RAIN

- Il cible plus de 4 490 foyers où vivent des femmes enceintes et/ou des enfants de moins de deux ans.
- Il a permis la création d'un système de formation à destination de groupes de femmes, encadré par des agents de santé communautaires et des petits fermiers issus de la communauté
- Il a tissé des partenariats : le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, le ministère de la Santé, l'agence de Mumbwa pour le développement de l'enfant, ainsi que l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI).

Note : Pour plus d'informations sur ce projet, rendez-vous sur [www.concern.net/rain](http://www.concern.net/rain).

## Le projet RAIN (Realigning Agriculture to Improve Nutrition – Réorienter l'agriculture pour améliorer la nutrition) en Zambie

Le projet RAIN de l'association Concern Worldwide vise à s'attaquer au problème que représente la sous-alimentation chronique, en fournissant aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables de Zambie des solutions intersectorielles durables et modulables afin de transformer leur quotidien.

Sur une population totale de 13 millions de personnes, plus de 60% des Zambiens vivent dans des zones rurales et dépendent de l'agriculture pour leur subsistance (Zambie, 2012). En 2014, la Zambie figurait en 68ème position de l'Indice de la faim dans le monde (GHI), avec un score témoignant d'un niveau de famine alarmant. On estime que 45% des enfants zambiens de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance et de malnutrition chronique (UNICEF, 2014b). De faibles scores en termes de diversité alimentaire reflètent des apports insuffisants en nutriments. D'après une étude menée en 2011, un quart seulement des enfants examinés remplissaient le critère minimum de diversité alimentaire, c'est-à-dire avoir consommé des produits d'au moins quatre groupes d'aliments différents le jour précédent (Disha et al., 2012).

En 2010, Concern Worldwide Zambie et l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI) ont entamé ensemble la conception d'un projet de recherche sur cinq ans, visant à produire et diffuser des connaissances sur l'optimisation de l'agriculture dans une optique de nutrition. Le projet, mis en œuvre dès le milieu de l'année 2011, vise trois objectifs :

1. Réduire la prévalence de la malnutrition chronique chez les jeunes enfants et améliorer l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes du district de Mumbwa, par le biais d'interventions ciblées pendant la période cruciale séparant la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant (les 1 000 premiers jours de vie) ;
2. Réorienter et intégrer des activités et mécanismes au sein du ministère de l'Agriculture et de l'Élevage et du ministère de la Santé, en particulier à l'échelle du district, afin d'obtenir des résultats durables en termes de nutrition – et ce de manière plus concrète et plus efficace ;

Note : Ce chapitre a été préparé par Welthungerhilfe et Concern Worldwide et reflète le point de vue et les analyses de ces organisations. Cela n'a pas été examiné par le Comité de revue des publications de l'IFPRI et ne peut pas être attribué à l'IFPRI. Toutes les citations extraites de ce chapitre doivent prendre la forme suivante : Welthungerhilfe et Concern Worldwide. 2014. "Approches intégrées pour de meilleurs résultats en termes de nutrition" Ch. 4 in von Grebmer et al. (eds.), Global Hunger Index. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.



3. Exploiter et diffuser des données générées à l'échelle du district pour influencer les politiques locales, nationales et internationales, de manière à prévenir les retards de croissance infantiles.

Un des aspects clefs du projet consiste à explorer des nouvelles façons de promouvoir la coordination entre des officiels de l'agriculture, la santé et des acteurs du développement communautaire. La malnutrition est un problème multidimensionnel avec plusieurs causes directes sous-jacentes. Les efforts pour y faire face doivent être multisectoriels puisque une coordination et un alignement plus importants entre secteurs et ministères sont essentiels pour un impact durable sur les résultats nutritionnels. Les changements commencent au niveau des districts à Mumbwa et se répercutent en cascade au niveau communautaire. A Mumbwa, un Comité du District de la Coordination de la Nutrition a été mis en place pour rassembler des représentants de ministères de l'agriculture et du bétail, de la santé, du développement



Un poster du programme RAIN qui favorise l'égalité des genres et l'importance de travailler ensemble.



#### ZONES D'IMPLANTATION DE CONCERN WORLDWIDE EN ZAMBIE

- Capitale
- Zones d'implantation de Concern Worldwide
- Zones où le programme RAIN est mis en oeuvre

Source : Concern, basé sur des cartes officielles.

communautaire, de la santé infantile et maternelle, ainsi que des représentants de la société civile.

Ce modèle de coordination est considéré comme innovateur et efficace en matière de soutien à la collaboration interministérielle. Il sera répliqué dans les 14 districts qui reçoivent un soutien du fond 'Mise à l'échelle de la nutrition' (SUN) pour mettre en place le projet "les 1000 premières journées les plus critiques".

## Les approches dans le contexte du projet de réaligement de l'agriculture pour améliorer la nutrition

### Systèmes alimentaires

**DES JARDINS POTAGERS ET L'ÉLEVAGE DE PETITS ANIMAUX.** Comme pour la plupart de la Zambie, le maïs est la culture principale et le produit principal consommé dans le district de Mumbwa. Puisqu'une priorité principale du projet est d'augmenter la consommation des foyers d'aliments cultivés, les activités agricoles se focalisent principalement sur les jardins potagers et l'élevage de petits animaux. Le projet promeut les cultures sur la base de leur valeur nutritionnelle, dont des légumineuses (le niébé, les arachides, et les haricots enrichis de fer) ; des légumes (l'amarante, les carottes, les haricots verts, la paprika, la citrouille, ses feuilles, le colza, les tomates) ; des fruits (la banane, la passiflore, les fruits de la passion, et la pastèque) ; et les patates douces à chair orange. Puisque les haricots enrichis en fer mûrissent tôt, se cuisinent rapidement et ont bon goût, ils sont appréciés par les fermiers. D'autant plus que les gens en mangent les feuilles<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Les haricots de Mbereshi sont riches en fer (102ppm) et en zinc (35 ppm).



Des agents de santé communautaires bénévoles ainsi que des petits exploitants agricoles offrent une formation permanente en agriculture et en nutrition à des groupes de 15 à 20 femmes, enceintes ou mères d'enfants de moins de deux ans. Elles y apprennent des pratiques stimulant les rendements, comme l'usage d'engrais biologiques, les bonnes pratiques en matière de gestion intégrée des organismes nuisibles, et l'élevage de petits animaux (Encadré 4.2).

Un plan de « transmission » des animaux facilite la répartition des bêtes. Au début du projet, chaque petit paysan reçoit un bouc et une chèvre. Un tiers des femmes du groupe reçoit une chèvre, pour donner ensuite à une autre femme du groupe la première femelle née. Chaque femme reçoit également une poule. Le lait, les œufs et à l'occasion la viande de ces animaux permettent d'augmenter l'apport des familles en micronutriments et en protéines, tandis que le fumier produit peut servir à améliorer la fertilité de leurs jardins potagers. L'accès à l'eau d'irrigation étant un défi majeur, le projet a également réhabilité les puits déjà forés dans ce but.

**TRANSFORMATION ET CONSERVATION DES ALIMENTS.** Les activités domestiques mises en place visent à améliorer la préparation et la conservation des aliments, mais aussi à explorer les techniques permettant un gain de temps et d'effort, afin de maximiser le temps dédié au soin des enfants. De plus, chaque groupe de femmes s'est vu attribuer un déshydrateur alimentaire solaire pour la préservation de fruits et légumes, permettant un meilleur accès tout au long de l'année à des aliments riches en micronutriments, comme les feuilles de niébé ou de citrouille, les tomates et le gombo. Sécher les légumes au soleil est une pratique traditionnelle. Les déshydrateurs solaires ont amélioré ce processus en l'accéléralant, réduisant ainsi les risques de contamination et minimisant la perte de micronutriments.

#### Changements sociaux et comportementaux

Le projet RAIN cherche à optimiser l'absorption des aliments – autrement dit, la manière dont le corps utilise les divers nutriments contenus dans la nourriture (FAO, 2008). Les messages clés en termes de changements sociaux et comportementaux visent à faire évoluer les comportements liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que les comportements liés au genre. Ces messages abordent l'importance de diversifier son régime alimentaire, la nutrition au cours de la grossesse, l'allaitement précoce et exclusif, l'alimentation complémentaire la plus adéquate (en quantité et en qualité), ainsi que les services de santé préventifs tels que les vaccinations et les soins prénatals. Les programmes définis par l'État ainsi que des fiches de conseil servent de support pour l'éducation des femmes en matière de pratiques nutritionnelles des nourrissons et des jeunes enfants, et détaillent les activités nutritionnelles inhérentes au projet.

Les questions de genre sont également partie intégrante des informations liées à la diversification agricole, la nutrition et la santé. En effet, les femmes représentent plus de 40% de la force de travail dans les pays en développement, et plus de 50% en Afrique (FAO, 2011). Pourtant, il n'est pas rare que les interventions destinées à promouvoir la sécurité alimentaire des communautés négligent de prendre en compte les nombreuses tâches dévolues aux femmes, la

#### ENCADRÉ 4.2 DES SEMENCES, DES BÊTES ET UNE FORMATION : LES CLEFS D'UNE ALIMENTATION PLUS VARIÉE ET D'UNE MEILLEURE NUTRITION

Esnart Shibleki est mère de cinq enfants, qu'elle élève seule. Avant de rejoindre le projet RAIN en 2011, elle et sa famille ne mangeaient que deux repas par jour, et cultivaient deux variétés de plantes : le maïs et le coton.

Grâce au projet, qui a fourni des semences de variétés denses en micronutriments, comme l'amarante, la tomate, la carotte, le soja, le niébé et l'arachide, Esnart cultive aujourd'hui 14 variétés dans son jardin. Elle utilise également un déshydrateur solaire pour sécher ses légumes en vue d'une consommation ultérieure.

« Ces nouvelles variétés me permettent de mieux nourrir ma famille, dit-elle. Maintenant, ils peuvent manger cinq fois par jour – trois repas principaux et deux en-cas. Ils boivent du lait de chèvre et bénéficient d'une alimentation plus variée et plus nutritive. »

Après avoir reçu des poules et une chèvre, Esnart a pu ajouter des protéines d'origine animale à l'alimentation de sa famille, tandis que le fumier des animaux enrichit la terre de son jardin et en améliore la fertilité. Pour assurer des rendements suffisants, Esnart reçoit l'aide d'Ely, petit exploitant agricole qui suit l'avancée de ses travaux et s'assure que les plantations poussent correctement.



Esnart Shibleki fait maintenant pousser 14 sortes de cultures différentes dans son champ.



pression sur leur emploi du temps et les contraintes spécifiques auxquelles elles font face. Ce programme cherche à pallier ce manque, en premier lieu en s'assurant du soutien des époux, qui eux aussi travailleront à l'amélioration de l'agriculture et de la nutrition à l'échelle du foyer.

Des supports dédiés axés sur le genre transmettent des messages visant à faire évoluer le comportement des personnes bénéficiaires, mais aussi de la communauté toute entière, en changeant leur perception des traditions et croyances liés aux rôles prescrits par la société selon le genre. Ces messages promeuvent une plus grande participation des femmes aux prises de décision, et un partage plus équitable des travaux agricoles et du soin aux enfants. Reconnaisant le rôle important que peuvent jouer les hommes et les garçons, le programme souligne l'importance de les encourager à prêter main forte aux femmes dans leurs activités de production et de soins aux enfants. Les messages clés sont transmis de manière ludique, notamment par des jeux et des démonstrations de cuisine. Les divers acteurs du changement, comme les agents de santé communautaires et les agents de vulgarisation agricole, contribuent à renforcer ces messages.

#### Interventions en matière de santé publique

Le projet vise à renforcer et à étendre la capacité des structures existantes, tout en accroissant la demande globale de services de santé. Des équipes issues de la fonction publique et d'organismes partenaires fournissent à tous les agents de santé communautaires bénévoles une formation à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Les bénévoles sont également formés par des personnels d'établissements de santé, qui dispensent des cours mensuels sur divers sujets, comme la santé maternelle, l'animation de démonstrations de cuisine et le traitement des carences en micronutriments. Les agents de santé communautaires travaillent aussi à mobiliser la communauté pour la « Child Health Week » (Semaine de la santé de l'enfant) biannuelle, et pour d'autres journées nationales consacrées à la santé publique.

#### Supplémentation

Le projet promeut la supplémentation en micronutriments, notamment une supplémentation en fer/acide folique chez les femmes enceintes et l'administration de vitamine A aux enfants deux fois par an, le tout complété d'un déparasitage des enfants et des femmes enceintes. Ces interventions sont mises en avant comme partie intégrante du message sur les changements sociaux et comportementaux. Le projet a une vision à long terme, impliquant de travailler au plus près des populations pour s'assurer que la majeure partie de leurs besoins nutritionnels puisse être couverte de manière durable au moyen d'un système alimentaire diversifié.

## Premières données d'impact

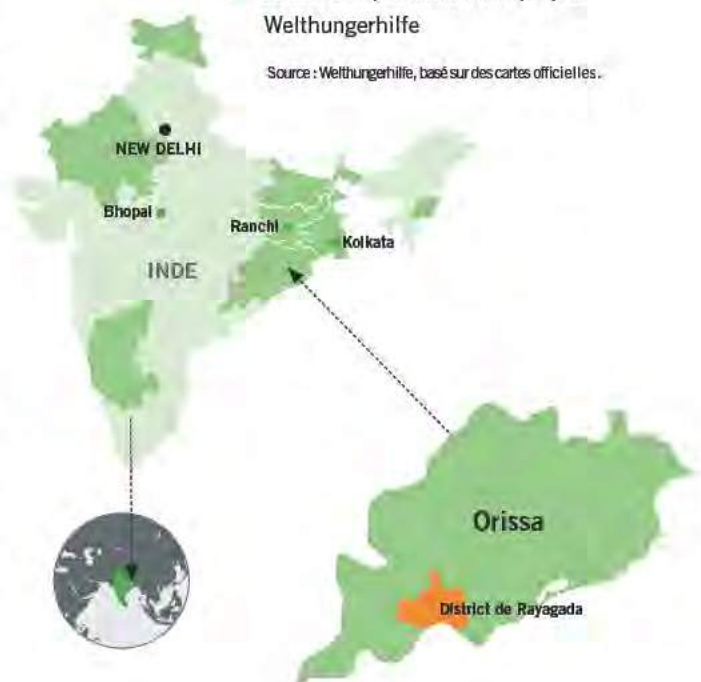
Les résultats préliminaires semblent prometteurs. En moins de trois ans, la production de divers aliments riches en micronutriments a considérablement augmenté, et la diversité alimentaire infantile et maternelle – un indicateur indirect de la qualité du régime alimentaire – s'est améliorée, selon les premiers rapports d'avancement. De plus, on a vu augmenter le pourcentage de femmes partageant les prises de décision avec leur époux ou prenant seules les décisions concernant la production alimentaire et les dépenses.

Des données issues de l'analyse de l'enquête initiale du programme, réalisée par l'IFPRI, démontrent que les femmes ayant un score d'autonomie élevé sont plus nombreuses à avoir atteint l'objectif minimum de diversité alimentaire pour leurs enfants de 6 à 23 mois, et à s'être rendues dans une clinique au cours des six derniers mois. Le pourcentage de femmes participant aux décisions concernant les

#### ZONES D'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE WELTHUNGERHILFE EN INDE

- Capitale/Bureau régional/Bureau national
- Bureaux locaux
- Zones d'implantation des programmes Welthungerhilfe
- Zones d'implantation des projets Welthungerhilfe

Source : Welthungerhilfe, basé sur des cartes officielles.





plantes à cultiver et gérant l'affectation des recettes de la vente des récoltes a presque doublé. Cela étant dit, près de la moitié des femmes ne participent toujours pas à ces décisions ; les efforts engagés doivent donc être soutenus<sup>2</sup>. Les leçons de cette expérience, et bien d'autres, continuent d'informer divers projets en Zambie, ainsi que les vastes programmes dans le domaine de l'agriculture et de la nutrition mis en place par Concern Worldwide au Rwanda, en Tanzanie, au Mozambique, en Ouganda et au Sierra Leone.

## Associer l'agriculture, la gestion des ressources naturelles et la nutrition en Asie (LANN)

Au cours de la dernière décennie, l'Inde et le Cambodge ont réalisé des avancées notables en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile (UNICEF, 2014b). En outre, l'Inde a vu considérablement diminuer l'insuffisance pondérale infantile (Inde, Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant et UNICEF Inde 2014). Toutefois, d'importants progrès sont encore nécessaires. En effet, malgré une amélioration de son classement à l'Indice de la faim dans le monde 2014 (55ème) et un passage encourageant de la catégorie « alarmant » à « grave », l'Inde abrite toujours le plus grand nombre d'enfants souffrant de malnutrition chronique et d'un retard de croissance : près d'un enfant sur deux en est victime (UNICEF, 2014b). Au Cambodge, classé au 43ème rang du GHI, les retards de croissance touchent 40% des enfants de moins de cinq ans.

Dans l'un et l'autre pays, la production alimentaire est pourtant suffisante pour satisfaire aux besoins énergétiques moyens de leur population (FAO, 2014). Malgré cela, l'accès à la nourriture est inégalement réparti ; les politiques publiques se concentrent encore sur la quantité (l'apport énergétique), tandis que les investissements visant à améliorer la sécurité nutritionnelle (qualité du régime alimentaire et hygiène) accusent un retard important (IDS, 2014 ; Résultats, 2014).

L'anémie demeure un problème de santé publique alarmant, touchant la moitié des enfants de moins de cinq ans au Cambodge et 70% des enfants de cet âge en Inde (Cambodia, 2013 ; IIPS et Macro International, 2007). Si le rythme de progression actuel se maintient, ces deux pays pourront difficilement atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à l'éradication de la faim et de la malnutrition ainsi que l'amélioration de la santé maternelle et infantile (Cambodia, 2013 ; Inde, 2014).

Pour remédier à la sous-alimentation (en termes de carences en protéines et en énergie) ainsi qu'aux carences en micronutriments qui touchent spécifiquement les populations rurales et marginalisées,

### ENCADRÉ 4.3 NOUVELLES MENACES POUR L'ALIMENTATION TRADITIONNELLE

« Les variétés traditionnelles, comme divers types de millets, légumes secs et oléagineux, des aliments très nutritifs qui faisaient partie intégrante de notre alimentation quotidienne, disparaissent aujourd'hui des villages du fait de l'introduction par l'État de riz et d'autres variétés hybrides. De plus, la jeune génération perçoit désormais comme humiliant d'aller chercher sa nourriture dans la forêt. Les membres de la communauté se trouvent contraints de manger uniquement du riz subventionné, qui ne contient pas suffisamment de vitamines et de minéraux. Nous étions en bien meilleure santé quand nous avions une alimentation traditionnelle et diversifiée<sup>1</sup>. »

<sup>1</sup> Le riz subventionné est fourni par le Système Public de Distribution et il constitue environ 20% du riz consommé par les familles.



Minati Tuika, une agricultrice du village de Katalipadar, Orissa, Inde.

les programmes de Welthungerhilfe font appel à une approche de formation communautaire dénommée LANN : « Linking Agriculture, Natural Resource Management and Nutrition » (Associer l'agriculture, la gestion des ressources naturelles et la nutrition).

La littérature scientifique souligne que les programmes traditionnels d'agriculture et de génération de revenus ne suffisent pas à améliorer la nutrition, et que les possibilités de synergies entre secteurs restent sous-exploitées (Lancet, 2008, 2013). En 2009, Welthungerhilfe a travaillé avec un réseau d'ONG au Laos, pour mettre en place conjointement une approche de formation intégrée basée sur l'alimentation. Son objectif était de réduire les forts taux de sous-alimentation dans les communautés tribales vivant dans des zones reculées caractérisées par un accès très limité aux services de santé

<sup>2</sup> Ces premières conclusions sont issues de l'enquête annuelle de Concern auprès d'un groupe de femmes participantes en juin 2013.



publique, de hauts niveaux d'illettrisme et une forte dépendance aux denrées sauvages. Cette approche veut promouvoir une mise en relation entre l'agriculture à petite échelle, les activités créatrices de revenu, la gestion des ressources naturelles et la nutrition. À ce jour, cette approche a été appliquée aux programmes de Welthungerhilfe en Asie du Sud-Est et en Asie du Sud, et a profité à 26 000 foyers, soit près de 130 000 bénéficiaires.

L'objectif à long terme du projet LANN est de modifier les comportements et d'encourager une meilleure nutrition à l'échelle familiale. En tant qu'approche de formation communautaire, elle peut être intégrée aux interventions en matière de subsistance et de sécurité alimentaire qui visent à mieux aligner les divers secteurs pour maximiser leur impact sur la nutrition.

#### Établir des bonnes pratiques en matière de nutrition

Afin d'améliorer les connaissances et les pratiques liées à une bonne nutrition, l'approche recourt à des méthodes d'apprentissage participatif. Les groupes de femmes évaluent leur situation familiale et apprennent comment se perpétue le cercle vicieux de la malnutrition : des mères en situation de malnutrition donnent naissance à des enfants en insuffisance pondérale qui ont de fortes chances d'accuser un retard de croissance et – pour les filles – d'accoucher à leur tour de bébés d'un faible poids à la naissance. Ainsi, à moins de rompre ce cycle, la malnutrition se perpétue d'une génération à la suivante. La formation aborde également les éléments constitutifs d'une alimentation saine tout au long de la vie, des notions d'hygiène personnelle et domestique, des techniques pour limiter les pertes en nutriments lors du stockage et de la préparation des aliments, et les pratiques maternelles et de

soins aux enfants adéquates pour assurer la bonne croissance infantile et la santé maternelle. Les familles apprennent en outre à prendre des décisions informées sur leurs dépenses, pour donner la priorité à des aliments riches en nutriments devant les sucreries, les boissons sucrées, les snacks ou l'alcool.

Le recours au théâtre, à des jeux de rôle et à des démonstrations de cuisine aide les villageois à prendre conscience de l'importance d'une bonne nutrition pour leur bien-être ; il permet également d'appuyer et de diffuser les savoirs traditionnels quant à la préparation d'aliments hautement nutritifs et disponibles localement.

Les femmes étant victimes de discriminations multiples et jouant un rôle crucial dans la sauvegarde de la nutrition et du soin, elles sont les cibles prioritaires des programmes de conscientisation et d'autonomisation. Néanmoins, la participation et le soutien des hommes sont eux aussi vitaux. Dans le district de Rayagada (État d'Orissa), où est implanté Living Farms, partenaire de Welthungerhilfe, les rapports d'avancement soulignent que les hommes ont commencé à jouer un rôle crucial à l'échelle du village en s'opposant aux mariages précoces des filles. De plus, les hommes aidés de leurs mères effectuent les tâches dévolues à leurs épouses lorsqu'elles sont enceintes, leur permettant ainsi de se reposer.

#### Accroître la disponibilité et l'accès à des aliments nutritifs

Au Cambodge, comme dans la majeure partie de l'Inde, le riz domine l'alimentation des populations. À mesure que la prochaine récolte approche, les stocks domestiques s'amenuisent, et la demande croissante pousse les prix à la hausse. De ce fait, les familles pauvres sont les premières à limiter leur consommation alimentaire – en premier



Source: Welthungerhilfe basé sur des cartes officielles



#### ENCADRÉ 4.4 RENFORCER LA DIVERSITÉ ALIMENTAIRE DANS LA CAMPAGNE AU CAMBODGE



Romas Phas, 30 ans, est mère de quatre enfants. Elle vit avec son époux et ses enfants âgés de 4 à 15 ans à Dal Veal Leng, village de la province de Ratanakiri, dans le nord-est du Cambodge. Les habitants de la région sont majoritairement des groupes autochtones. Les taux de malnutrition maternelle et infantile – où l'on inclut les carences en micronutriments – y atteignent ou dépassent la moyenne nationale. Les enfants du village de Dal Veal Leng paraissent en bonne santé ; pourtant leurs parents, les personnels de santé et les décideurs politiques de la région ne se rendent que rarement compte qu'ils sont carencés en vitamines et en minéraux.

Avec le soutien de l'ONG Centre d'Étude et de Développement Agricole Cambodgien (CEDAC), l'un des partenaires locaux de Welthungerhilfe, Romas a fait partie des 20 femmes de son village à recevoir une formation en nutrition, apprenant comment bien s'occuper de ses enfants et d'elle-même. Avec ses premiers enfants, elle avait appliqué les croyances traditionnelles transmises de mère en fille depuis des générations. « On m'a dit d'éviter de manger les bananes, les fruits du jacquier, les mangues, les poissons à queue rouge, et en règle générale toutes les choses oranges ou rouges, se rappelle-t-elle. Maintenant, je sais que ces aliments sont particulièrement riches en nutriments et auraient été bons pour mes enfants et moi ».

Depuis quelques années, Romas s'est mise à planter divers arbres fruitiers près de sa maison. Elle cultive désormais différentes variétés de légumes verts à feuilles, des tomates, des papayes et des patates douces. L'élevage de poules lui permet d'ajouter des nutriments essentiels au régime alimentaire de sa famille, ainsi que d'augmenter son revenu en vendant les œufs ou les poules en excédent.

Les transformations que connaît le village sont encourageantes. Outre la diversification de leur alimentation, les habitants du village bénéficient d'une meilleure hygiène grâce à une rénovation du puits et la construction de latrines par plusieurs d'entre eux, avec le soutien de Welthungerhilfe et du Centre d'Étude et de Développement Agricole Cambodgien. Pourtant, Romas se trouve face à un autre problème : alors que l'attribution de titres fonciers par le gouvernement cambodgien progresse lentement, le gouvernement a attribué une partie des terres qu'elle et sa famille avaient labourées pendant des années à un investisseur privé, qui a abattu la forêt pour la transformer en plantation de caoutchouc.

Comme celui de Romas, la moitié de tous les foyers du village sont affectés par des pratiques d'acquisition illégale qui ont réduit de manière drastique les sources de gibier et de légumes. La culture familiale de légumes offre certes une petite compensation, mais pour pallier ce manque, Romas doit aussi acheter davantage de nourriture au marché, surtout de la viande. De plus, les rendements des rizières de Romas pourraient diminuer dans un futur proche, le peu de terre qui lui reste ne lui permettant pas de maintenir les traditionnelles périodes de jachère. Avec la diminution du revenu de sa famille, elle ne sera pas en mesure de maintenir le niveau de diversité alimentaire qu'elle a atteint au cours des dernières années. L'histoire de Romas en est un exemple : quand les principaux moyens d'existence des populations – les terres et les forêts – sont mis en danger, la lutte contre les causes sous-jacentes de la faim invisible risque de connaître une véritable régression.



lieu en réduisant leurs dépenses pour les aliments riches en micronutriments, plus onéreux que les aliments de base. D'autres facteurs, comme la disponibilité réduite des variétés traditionnelles et leur statut inférieur aux aliments dits «modernes» limite également les possibilités d'accès à des aliments nutritifs (Encadré 4.3).

Les jardins familiaux et scolaires peuvent améliorer la disponibilité de légumes et de fruits riches en vitamines et en minéraux : légumes verts à feuilles, patates douces, citrouilles, moringa, papayes, fruits du jacquier et mangues. Les aliments issus de la cueillette en forêt (pousses de bambou, fougères, champignons et fruits, par exemple) constituent jusqu'à 40% du panier alimentaire local des groupes cibles autochtones vivant dans les zones d'action de Welthungerhilfe en Inde (district de Rayagada dans l'État d'Orissa) et au Cambodge (province de Ratanakiri). Ces aliments sont hautement nutritifs, riches en bêta-carotène, vitamines, calcium, fer et protéines. Pour leur faire prendre conscience de l'importance de protéger et de conserver ces aliments, l'équipe du projet aide les villageois à documenter les variétés et les encourage à diffuser leurs savoirs en matière de préparation alimentaire. L'élevage de petits animaux, notamment de poules ou de poissons, fournit des nutriments d'origine animale essentiels comme la vitamine B12 et le fer, outre des protéines d'excellente qualité. De plus, le soutien aux pratiques agroécologiques ou aux pratiques agricoles intégrées comme la polyculture traditionnelle basée sur le millet (qui combine céréales, légumes secs, oléagineux et légumes) devrait pouvoir réduire la dépendance aux cultures uniques, raccourcir les périodes de soudure et accroître la diversité alimentaire et les revenus familiaux grâce à la vente des excédents.

#### Créer un cadre de vie favorable à une bonne nutrition

Des stratégies basées sur l'alimentation combinées à une communication visant à changer les comportements et un soutien à un cadre de vie plus sain, permettent de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition, notamment la faim invisible. À long terme cependant, les populations ne pourront briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la malnutrition qu'à condition d'assurer leurs droits fondamentaux – un accès suffisant aux ressources productives, comme la terre et le revenu, et à des services de santé et d'éducation – et de mettre en place de manière fonctionnelle les services publics connexes. Lors de formations et de réunions de groupes, les organisations communautaires sont encouragées à demander des comptes aux décideurs politiques et aux

administrations locales, et à exiger des améliorations en matière d'accès et de qualité des services. Les villageois du district de Rayagada font désormais usage de fiches d'évaluation communautaire et d'audits sociaux, instaurés par Living Farms, partenaire indien de Welthungerhilfe, afin de contrôler la prestation de service des gouvernements locaux dans les secteurs de la société et de l'éducation. De plus, les personnels de santé sont formés pour améliorer la qualité de leurs services, et proposer des consultations, examens médicaux réguliers, suppléments, ainsi que le déparasitage et la vaccination des femmes enceintes et des enfants. Les femmes sont encouragées à faire régulièrement appel à ces services.

#### Effets sur la nutrition

Bien qu'il soit trop tôt pour dresser un bilan complet de l'impact de cette approche sur la réduction de la malnutrition, on note déjà une augmentation de la disponibilité et de l'accès à diverses denrées alimentaires riches en micronutriments, ainsi que de la diversité alimentaire dans les foyers. Les premières données suggèrent un déclin considérable des maladies hydriques depuis qu'ont été mises à disposition de meilleures sources d'eau et des latrines dans les villages cibles, et que les populations ont adopté de meilleures pratiques d'hygiène. On a également vu augmenter les taux d'allaitement exclusif durant les six premiers mois, tandis que l'alimentation complémentaire a gagné en qualité et en fréquence. Les femmes sont plus nombreuses à accéder à des examens médicaux réguliers et à une supplémentation en fer et en acide folique. Les femmes ont une meilleure confiance en elles et participent plus activement aux prises de décision à l'échelle du foyer et de la communauté.

Toutefois, alors qu'une amélioration des connaissances en matière de nutrition est possible à court ou à moyen terme, changer les comportements en vue de meilleures pratiques nutritionnelles dans les foyers est un processus de longue haleine. Pour améliorer les résultats en termes de nutrition, le programme LANN est conçu comme une approche qui associe des interventions de divers secteurs à une meilleure nutrition, contribuant ainsi à réduire les carences en micronutriments.

#### Conclusion

Les carences en micronutriments représentent un défi complexe. À plus forte raison dans les pays durement frappés par la malnutrition, la faim invisible s'accompagne d'autres formes de malnutrition et ne peut être combattue de manière

isolée. L'expérience le montre : toute solution durable à la faim invisible nécessitera une approche globale et intégrée visant l'équilibre alimentaire et un cadre de vie sain, ainsi qu'une coordination et une planification plus efficaces de divers secteurs.

Les programmes mis en lumière dans ce chapitre offrent un aperçu des approches adoptées par Concern Worldwide et Welthungerhilfe. On le voit, la réponse au défi de la faim invisible nécessitera un effort soutenu à long terme ainsi que la capacité et l'engagement indispensables pour mettre en œuvre des interventions efficaces à une plus grande échelle. En tirant profit de l'expertise combinée de divers secteurs et ministères, et en fournissant aux communautés locales cibles des programmes de formation et de soutien, l'état nutritionnel des individus comme des communautés

pourra être amélioré. Il reste encore à approfondir les recherches sur les façons d'améliorer par l'agriculture les résultats en termes de nutrition, et sur les interventions – ou leurs combinaisons – les plus efficaces. Beaucoup peut néanmoins être fait dès maintenant pour réduire la faim invisible.

Le Chapitre 5 présente des recommandations ciblant des zones spécifiques, ainsi que les dimensions du problème auxquelles s'attaquer. Ces dernières années ont connu un sursaut extraordinaire de volonté politique et d'engagement sur la question de la sous-alimentation ; il reste pourtant essentiel que les gouvernements, les décideurs politiques et tous les acteurs concernés maintiennent leurs efforts pour que tous ces engagements puissent être tenus.

# RECOMMANDATIONS

Si la communauté internationale reconnaît depuis longtemps l'importance de la sécurité alimentaire, elle n'a pas toujours accordé à la sécurité nutritionnelle l'attention qu'elle mérite. En conséquence, la faim invisible reste un problème majeur, dont les dégâts – humains, sociétaux et économiques – restent dévastateurs. C'est le droit inaliénable de chaque homme, femme et enfant d'accéder à une alimentation adéquate, en quantité et en qualité suffisantes pour satisfaire ses besoins nutritionnels. L'un des défis majeurs à l'avenir sera de mettre en lumière l'importance de la qualité de l'alimentation, afin de combattre et éradiquer la faim invisible. Pour ce faire, un large éventail d'acteurs doit se mobiliser, à plusieurs niveaux. L'engagement et le leadership politique en matière de sécurité alimentaire et nutritive doit répondre au plus vite à l'énorme défi de la faim invisible.

## Faire de l'éradication de la faim invisible une priorité

La communauté internationale doit s'assurer que le cadre pour l'après-2015 comporte un objectif universel d'éradication de la faim et de la malnutrition sous toutes leurs formes.

- Les cibles et indicateurs liés à cet objectif devront s'appuyer sur des engagements nationaux et internationaux existant sur la nutrition, notamment les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé pour 2025.
- Les programmes et plans d'actions à l'échelle régionale, nationale et communautaire devront refléter ces engagements. Les analyses stratégiques liées à la sécurité alimentaire et nutritionnelle devront aller au-delà des simples considérations d'apports énergétiques, et mettre également l'accent sur l'importance de la qualité diététique.
- S'assurer que la faim invisible ne se trouve pas négligée. Les carences en micronutriments ne peuvent rester dans l'ombre, alors même qu'il existe des moyens d'éliminer ce type de faim.

## Les stratégies doivent être appropriées, adéquates et connectées les unes aux autres

- Intégrer les approches entre les ministères et les acteurs compétents. Les gouvernements nationaux doivent impliquer les ministères de la santé, de l'agriculture et de l'éducation, ainsi que les ministères de la planification, des finances, de l'eau et de l'assainissement, afin

d'esquisser une vision commune du déroulement des stratégies nationales pour la réduction de la sous-alimentation, dont les carences en micronutriments.

- Améliorer l'accès des filles à l'éducation. Faire disparaître les obstacles sexuels empêchant les filles d'accéder à l'éducation et à l'alphabétisation leur permet d'être plus autonomes à l'âge adulte. Tandis que les hommes gèrent la majeure partie des revenus du foyer et des prises de décision, les femmes jouent un rôle clef pour assurer la sécurité alimentaire et promouvoir la santé et la nutrition des membres du foyer. Il existe un lien crucial entre le niveau d'éducation des femmes et l'état nutritionnel de leur famille.
- Soutenir un système de protection sociale ciblé et les aides pour les plus pauvres, ciblant tout particulièrement les femmes enceintes ou allaitantes, les nourrissons de moins de deux ans et les adolescents.
- Chaque pays doit définir le cadre d'interventions le plus adapté, en envisageant des mesures comme la promotion de la diversification alimentaire, l'enrichissement, la supplémentation, la biofortification, l'éducation à la nutrition / le travail sur les comportements, en améliorant l'accès à l'eau et aux installations sanitaires, et le travail sur les bonnes pratiques d'hygiène. Chercheurs et organisations nationales et internationales doivent collaborer avec des spécialistes locaux afin d'élaborer les interventions les plus adaptées au pays, de manière à toucher la part la plus importante possible de la population cible, et à obtenir une baisse maximale des carences en micronutriments tout en minimisant les coûts. Les interventions doivent promouvoir la diversité alimentaire et renforcer les systèmes alimentaires locaux, en développant les capacités et en priorisant des solutions locales et durables à la faim invisible.
- Créer un cadre favorable à l'amélioration de l'accès et de la disponibilité locale d'aliments riches en micronutriments. Développer des stratégies à long terme qui assurent la disponibilité locale d'aliments nutritifs. Les organisations internationales, la communauté des donateurs et les gouvernements nationaux comme régionaux, ainsi que les communautés de chercheurs et de vulgarisateurs, devraient investir davantage pour améliorer de façon durable la productivité de divers aliments non céréaliers (aliments d'origine animale, fruits et légumes) et d'aliments biofortifiés.



→ Intensifier l'appui à l'amélioration de l'accès aux marchés locaux et au développement d'installations locales pour la transformation des denrées alimentaires.

#### **Investir dans les ressources humaines et allouer les fonds nécessaires pour bâtir une expertise et d'importantes capacités en matière de nutrition, à tous les niveaux**

→ Augmenter le nombre de spécialistes de santé et de nutrition et investir dans le renforcement de leurs capacités au niveau national et sub-national, en appuyant une coordination renforcée et des interventions conjointes entre les ministères et à des échelons inférieurs, notamment entre les personnels de santé et les services de vulgarisation agricole.

→ Etendre la coordination au sein des institutions multilatérales et entre celles-ci, notamment le CGIAR (partenariat mondial de recherche agricole pour un futur sans faim), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Programme Alimentaire Mondial (PAM), l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et les organisations issues de la société civile.

#### **Renforcer la responsabilisation : Gouvernements et institutions internationales doivent créer un cadre réglementaire pour promouvoir une nutrition adéquate**

→ Les gouvernements nationaux doivent transposer dans leur législation certains codes de déontologie, notamment le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ou les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées riches en graisses, en sel et en sucre destinés aux enfants, pour éviter que le marketing ne vienne miner les efforts faits pour promouvoir une alimentation saine et de bonnes pratiques en matière de soins. Les gouvernements devront veiller à l'application de ces règles.

→ Les organisations internationales et les gouvernements nationaux doivent éduquer les consommateurs sur la valeur nutritionnelle des aliments afin de stimuler la demande. Devant l'augmentation de la demande des consommateurs, les fournisseurs du secteur privé répondront en conséquence.

→ Les gouvernements doivent inciter les acteurs du secteur privé, comme les entreprises alimentaires ou du secteur de la semence, à élaborer des gammes de semences et d'aliments plus nutritifs. Des systèmes de responsabilisation transparents doivent être mis en place pour contrôler de façon plus systématique les possibles conflits d'intérêts, et s'assurer que les investissements servent des intérêts de santé publique.

→ Les gouvernements doivent exiger des entreprises une communication transparente sur leurs produits, leurs pratiques et leurs bilans en matière nutritionnelle.

#### **Elargir les activités de surveillance, de recherche et de recueil de données pour accroître la responsabilisation**

→ Standardiser et régulariser la collecte de données sur les carences en micronutriments. Les bonnes pratiques doivent s'appuyer sur des données fiables : pour quantifier et assurer le suivi, dans le temps comme dans l'espace, de la prévalence des carences en micronutriments, les acteurs internationaux en matière de nutrition doivent élaborer et standardiser des biomarqueurs ainsi que des méthodes de mesure de ces carences, d'un bon rapport coût-efficacité. Les organisations internationales, la communauté internationale des chercheurs et les gouvernements nationaux et régionaux doivent collaborer en vue de rassembler et fournir rapidement des données ventilées.

→ Réunir des preuves supplémentaires de l'efficacité, de la rentabilité et de l'adaptabilité des solutions alimentaires pour combattre la faim invisible. La recherche doit déterminer l'impact qu'a sur l'état micronutritif des populations cibles les interventions alimentaires – comme la production alimentaire de subsistance ou la biofortification à domicile – mais aussi leur rapport coût-efficacité et leur durabilité. L'adaptabilité doit elle aussi être évaluée. Les données et les bonnes pratiques doivent être diffusées de manière continue par les chercheurs, les organisations internationales et non gouvernementales, ainsi que par les médias.

« Nous devons regarder le monde à travers les yeux d'une mère, d'un chef de ménage pauvre, d'un petit exploitant agricole et d'un habitant pauvre d'un bidonville afin de comprendre réellement les causes multiples et subtilement imbriquées de la faim. Ainsi, des problèmes en apparence techniques deviennent des problèmes auxquels sont confrontés de nombreuses personnes. Dès lors, **notre réponse devient plus sociale, plus humaine**. Je vois ici une nouvelle opportunité de changement des mentalités dans nos efforts pour éliminer la faim et la sous-alimentation »

Mary Robinson, ancienne présidente de l'Irlande et  
présidente de la Fondation Mary Robinson– Climate Justice

## Source des données et mode de calcul des scores GHI de 1990, 1995, 2000, 2005 et 2014

Les trois indicateurs sont exprimés en pourcentage avec une pondération équivalente. Un GHI élevé signifie une forte prévalence de faim. Ce calcul aboutit à une échelle allant de 0 à 100 points, 0 étant le meilleur score (pas de faim) et 100 le pire, même si aucun de ces extrêmes n'est atteint en réalité. Un score égal à 100 ne serait atteint que si tous les enfants décédaient avant l'âge de cinq ans, l'ensemble de la population était sous-alimentée et tous les enfants de moins de cinq ans souffraient d'insuffisance pondérale. Un score égal à 0 correspondrait à un pays où personne ne serait sous-alimenté, aucun enfant de moins de cinq ans ne souffrirait d'insuffisance pondérale et aucun enfant ne décéderait avant son cinquième anniversaire. Le tableau ci-dessous offre un aperçu des sources de données de l'Indice de la faim dans le monde.

## LE CALCUL DE L'INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE (GHI) :

$$\text{GHI} = (\text{PPS} + \text{PIP} + \text{TM})/3$$

Avec **GHI** : Global Hunger Index

**PPS** : proportion de la population sous-alimentée (en %)

**PIP** : prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (en %)

**TM** : taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (en %)

## COMPOSANTES DU GLOBAL HUNGER INDEX (GHI) DE 1990, 1995, 2000, 2005 ET 2013

GHI	Nombre de pays avec un GHI	Indicateurs	Années de référence	Source des données
1990	97	Pourcentage de la population sous-alimentée <sup>a</sup>	1990–1992 <sup>b</sup>	FAO, 2014 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	1988–1992 <sup>c</sup>	UNICEF/OMS/Banque mondiale, 2013; OMS, 2014b <sup>d</sup> ; et estimations des auteurs
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans	1990	IGME, 2013
1995	117	Pourcentage de la population sous-alimentée <sup>a</sup>	1994–1996 <sup>b</sup>	FAO 2014 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	1993–1997 <sup>a</sup>	UNICEF/OMS/Banque mondiale 2013; OMS, 2014 <sup>a</sup> ; et estimations des auteurs
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans	1995	IGME, 2013
2000	117	Pourcentage de la population sous-alimentée <sup>a</sup>	1999–2001 <sup>b</sup>	FAO, 2014 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	1998–2002 <sup>f</sup>	UNICEF/OMS/Banque mondiale 2013; OMS 2014b <sup>d</sup> ; et estimations des auteurs
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans	2000	IGME 2013
2005	118	Pourcentage de la population sous-alimentée <sup>a</sup>	2004–2006 <sup>b</sup>	FAO, 2014 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	2003–2007 <sup>g</sup>	UNICEF/OMS/Banque mondiale 2013; OMS 2014b; UNICEF, 2013; UNICEF, 2009 <sup>d</sup> ; et estimations des auteurs
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans	2005	IGME, 2013
2014	120	Pourcentage de la population sous-alimentée <sup>a</sup>	2011–2013 <sup>b</sup>	FAO, 2014 et estimations des auteurs
		Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	2009–2013 <sup>h</sup>	UNICEF/OMS/Banque mondiale 2013; OMS, 2014b; UNICEF, 2014; MEASURE DHS, 2014; Inde, Ministère des femmes et du développement de l'enfant, et UNICEF, Inde 2014 <sup>i</sup> ; et estimations des auteurs
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans	2012	IGME, 2013

<sup>a</sup> Proportion de la population ayant un apport calorique insuffisant.

<sup>b</sup> Moyenne pour la période de trois ans.

<sup>c</sup> Données de l'année la plus proche de 1990; si les données de 1988 et 1992, ou 1989 et 1991, étaient disponibles, leur moyenne a été utilisée. Les estimations des auteurs concernent l'année 1990.

<sup>d</sup> Les données de l'UNICEF/OMS/Banque mondiale en 2013 sont des données primaires, et celles de l'OMS, 2014b; UNICEF, 2014, 2013, et 2010; et MEASURE DHS, 2014 sont secondaires. Concernant le GHI 2014 de l'Inde, les données de l'insuffisance pondérale des enfants sont fournies par le Ministère indien de la Femme et du développement de l'Enfant et de l'UNICEF Inde.

<sup>e</sup> Données de l'année la plus proche de 1995; si les données de 1993 et 1997, ou 1994 et 1996, étaient disponibles, leur moyenne a été utilisée. Les estimations des auteurs concernent l'année 1995.

<sup>f</sup> Données de l'année la plus proche de 2000; si les données de 1998 et 2002, ou 1999 et 2001, étaient disponibles, leur moyenne a été utilisée. Les estimations des auteurs concernent l'année 2000.

<sup>g</sup> Données de l'année la plus proche de 2005; si les données de 2003 et 2007, ou 2004 et 2006, étaient disponibles, leur moyenne a été utilisée. Les estimations des auteurs concernent l'année 2005.

<sup>h</sup> Les dernières données recueillies pendant cette période.



DONNÉES BRUTES POUR LE CALCUL DES INDICES DE LA FAIM DANS LE MONDE (GHI) 1990, 1995, 2000, 2005 ET 2014

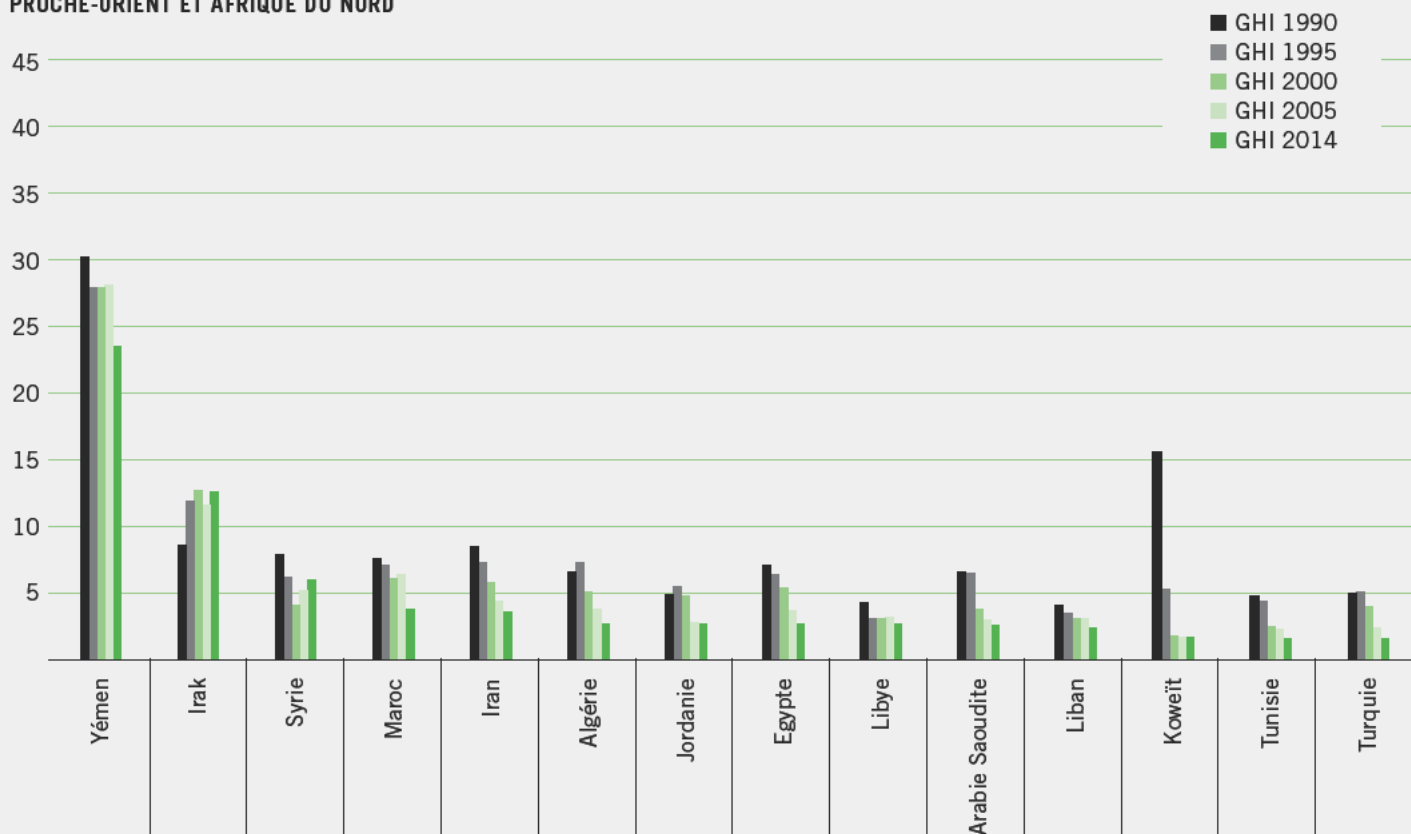
B

Pays	Pourcentage de la population sous-alimentée (%)					Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)					Mortalité des enfants de moins de cinq ans (%)					GHI				
	'90-'92	'94-'96	'99-'01	'04-'06	'11-'13	'88-'92	'93-'97	'98-'02	'03-'07	'09-'13	1990	1995	2000	2005	2012	1990	1995	2000	2005	2014
	avec les données de																			
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	44,9	36,5 *	32,8	25,0	17,6	14,8	13,4	11,8	9,9	-	-	-	-	-
Albanie	9,0 *	2,4 *	3,8 *	9,7 *	7,8 *	14,1 *	12,8 *	17,0	6,6	6,3	4,3	3,6	2,9	2,2	1,7	9,1	6,3	7,9	6,2	5,3
Algérie	5,5	6,3	6,3	5,0	2,4 *	9,2	11,3	5,4	3,7	3,6 *	5,0	4,4	3,5	2,6	2,0	6,6	7,3	5,1	<5	<5
Angola	63,2	58,6	49,0	37,9	24,4	37,8 *	37,0	27,5	15,1	11,3 *	21,3	21,0	20,3	19,4	16,4	40,8	38,9	32,3	24,1	17,4
Argentine	2,1 *	1,2 *	1,0 *	1,9 *	3,4 *	3,4 *	3,2	2,4 *	2,3	2,3 *	2,8	2,3	2,0	1,7	1,4	<5	<5	<5	<5	<5
Arménie	-	22,6	21,5	6,9	2,6 *	-	5,1 *	2,6	4,2	5,3	-	3,9	3,0	2,3	1,6	-	10,5	9,0	<5	<5
Azerbaïdjan	-	26,6	14,9	2,2 *	1,1 *	-	8,8	14,0	8,4	4,1 *	-	9,0	7,2	5,1	3,5	-	14,8	12,0	5,2	<5
Bahreïn	-	-	-	-	-	6,3	7,6	-	-	-	2,3	1,8	1,3	1,1	1,0	-	-	-	-	-
Bangladesh	33,9	36,7	18,0	15,3	16,3	61,5	55,2	45,3	37,3	36,8	14,4	11,4	8,8	6,8	4,1	36,6	34,4	24,0	19,8	19,1
Biélorussie	-	1,1 *	2,3 *	2,8 *	0,4 *	-	2,4 *	1,1 *	1,3	0,8 *	-	1,8	1,4	0,9	0,5	-	<5	<5	<5	<5
Bénin	22,4	19,6	17,8	13,8	6,1	27,0 *	26,2	21,5	20,2	18,4 *	18,1	15,8	14,7	12,0	9,0	22,5	20,5	18,0	15,3	11,2
Bhoutan	-	-	-	-	-	34,0	24,5 *	14,1	14,3 *	12,8	13,1	10,4	8,0	6,1	4,5	-	-	-	-	-
Bolivie	33,9	31,0	29,9	29,9	21,3	9,7	9,2	5,9	5,9	4,4 *	12,3	10,1	7,8	5,8	4,1	18,6	16,8	14,5	13,9	9,9
Bosnie-Herzégovine	-	6,4 *	6,3 *	2,1 *	2,2 *	-	3,5 *	4,2	1,6	1,5	-	1,4	1,0	0,9	0,7	-	<5	<5	<5	<5
Botswana	25,1	28,2	35,0	32,6	25,7	17,0 *	15,1	10,7	11,2 *	9,2 *	4,8	6,3	8,5	6,7	5,3	15,6	16,5	18,1	16,8	13,4
Brésil	15,0	13,9	12,9	8,9	6,9	5,3	4,5	3,2 *	3,0	2,1 *	6,2	4,7	3,3	2,3	1,4	8,8	7,7	6,5	<5	<5
Bulgarie	3,5 *	7,8 *	7,0 *	7,9 *	7,2 *	4,0 *	3,1 *	2,6 *	2,2	1,8 *	2,2	2,3	2,1	1,6	1,2	<5	<5	<5	<5	<5
Burkina Faso	22,9	18,3	26,5	25,8	25,0	37,8 *	29,6	33,7	37,6	24,4	20,2	19,9	18,6	16,0	10,2	27,0	22,6	26,3	26,5	19,9
Burundi	44,4	57,9	62,1	68,5	67,3	35,1 *	37,1 *	38,9	35,2	29,1	16,4	15,7	15,0	13,4	10,4	32,0	36,9	38,7	39,0	35,6
Cambodge	39,4	37,6	33,6	27,7	15,4	47,6 *	42,6	39,5	28,4	29,0	11,6	12,1	11,1	6,3	4,0	32,9	30,8	28,1	20,8	16,1
Cameroun	38,3	39,4	31,7	21,4	13,3	18,0	19,3 *	17,3	15,9	15,1	13,5	15,1	15,0	12,4	9,5	23,3	24,6	21,3	16,6	12,6
Rép. Centrafricaine	48,5	51,8	46,0	43,1	28,2	25,4 *	22,2	21,8	28,0	23,5	17,1	16,8	16,4	15,7	12,9	30,3	30,3	28,1	28,9	21,5
Tchad	60,1	51,8	41,7	38,0	29,4	38,2 *	34,3	29,4	33,9	30,3	20,9	20,0	18,9	17,6	15,0	39,7	35,4	30,0	29,8	24,9
Chili	9,0	5,8	4,5 *	3,1 *	3,0 *	0,9 *	0,8	0,7	0,6	0,5 *	1,9	1,3	1,1	0,9	0,9	<5	<5	<5	<5	<5
Chine	22,9	16,6	14,4	13,4	11,4	12,6	10,7	7,4	4,5	3,4	5,4	4,7	3,7	2,4	1,4	13,6	10,7	8,5	6,8	5,4
Colombie	20,3	15,2	13,1	13,8	10,6	8,8	6,3	4,9	5,1	3,4	3,5	3,0	2,5	2,2	1,8	10,9	8,2	6,8	7,0	5,3
Comores	41,4	48,2	67,1	58,6	65,3	15,2	21,1	25,0	22,1	15,3	12,4	10,7	9,9	9,4	7,8	23,0	26,7	34,0	30,0	29,5
R,D,C	-	-	-	-	-	21,5 *	30,7	33,6	28,2	24,2	17,1	17,1	17,1	17,1	14,6	-	-	-	-	-
République du Congo	42,4	45,4	32,6	31,9	33,0	15,3 *	11,7 *	10,4 *	11,8	11,6	10,0	11,0	11,8	11,3	9,6	22,6	22,7	18,3	18,3	18,1
Costa Rica	4,0 *	5,0 *	4,3 *	5,0	8,2	2,5	2,9	1,9 *	1,5 *	1,1	1,7	1,5	1,3	1,0	1,0	<5	<5	<5	<5	<5
Croatie	-	14,6 *	11,6 *	2,1 *	1,4 *	-	0,5	0,5 *	0,4 *	0,3 *	-	1,0	0,8	0,7	0,5	-	5,4	<5	<5	<5
Cuba	7,8	20,0	2,9 *	1,1 *	0,6 *	4,4 *	4,2 *	3,4	3,5	2,1 *	1,3	1,1	0,8	0,7	0,6	<5	8,4	<5	<5	<5
Côte d'Ivoire	13,3	14,2	20,0	19,6	20,5	20,6 *	20,3	18,2	16,7	15,7	15,2	15,2	14,5	13,1	10,8	16,4	16,6	17,6	16,5	15,7
Djibouti	70,2	60,8	49,4	37,2	20,5	20,2	16,0	25,4	29,6	29,8	11,9	11,3	10,8	9,9	8,1	34,1	29,4	28,5	25,6	19,5
Rép. Dominicaine	32,5	24,9	22,3	20,9	15,6	8,4	4,7	3,5	4,6	2,8 *	6,0	4,9	4,0	3,4	2,7	15,6	11,5	9,9	9,6	7,0
Equateur	26,4	19,4	20,0	21,8	16,3	12,6 *	12,0 *	12,5	6,2	5,0 *	5,6	4,3	3,4	2,9	2,3	14,9	11,9	12,0	10,3	7,9
Egypte	2,0 *	1,6 *	1,5 *	2,2 *	1,3 *	10,5	10,8	9,8	5,4	4,5 *	8,6	6,4	4,5	3,1	2,1	7,0	6,3	5,3	<5	<5
Salvador	15,3	14,8	10,9	10,7	11,9	11,1	7,2	9,6	6,1	5,1 *	5,9	4,4	3,2	2,3	1,6	10,8	8,8	7,9	6,4	6,2
Erythrée	-	72,4	76,5	75,6	61,3	-	39,6	34,5	33,9 *	34,8 *	-	11,7	8,9	7,0	5,2	-	41,2	40,0	38,8	33,8
Estonie	-	6,4 *	4,3 *	4,3 *	3,3 *	-	1,7 *	0,9 *	0,8 *	0,7 *	-	1,6	1,1	0,7	0,4	-	<5	<5	<5	<5
Ethiopie	-	67,5	55,7	46,8	37,1	41,9	42,7 *	42,0	34,6	29,2	20,4	17,5	14,6	11,0	6,8	-	42,6	37,4	30,8	24,4
Fidji	6,6	6,4	4,8 *	2,9 *	2,7 *	9,0 *	6,9	6,2 *	5,3	6,3 *	3,1	2,7	2,4	2,2	2,2	6,2	5,3	<5	<5	<5
Gabon	9,5	8,6	5,9	6,1	5,6	11,4 *	8,4 *	8,8	8,2 *	6,5	9,2	8,9	8,6	7,9	6,2	10,0	8,6	7,8	7,4	6,1
Gambie	18,2	23,8	19,4	20,1	16,0	20,8 *	23,2	15,4	15,8	17,4	17,0	14,1	11,6	9,5	7,3	18,7	20,4	15,5	15,1	13,6
Géorgie	-	-	-	-	-	-	3,6 *	2,7	2,3	1,1	-	4,5	3,4	2,6	2,0	-	-	-	-	-
Ghana	44,4	23,5	17,8	11,2	2,9 *	24,4	25,8	20,3	13,9	13,4	12,8	11,3	10,3	8,8	7,2	27,2	20,2	16,1	11,3	7,8
Guatemala	16,9	19,9	27,2	29,8	30,5	22,0 *	21,7	19,6	17,0 *	13,0	8,0	6,3	5,1	4,1	3,2	15,6	16,0	17,3	17,0	15,6
Guinée	18,2	20,7	21,1	17,9	15,2	23,6 *	21,2	29,1	22,5	17,5	24,1	20,9	17,1	13,5	10,1	22,0	20,9	22,4	18,0	14,3
Guinée-Bissau	21,8	20,7	22,3	19,0	10,1	25,3 *	21,2 *	21,9	17,4	18,1	20,6	19,2	17,4	15,6	12,9	22,6	20,4	20,5	17,3	13,7
Guyane	22,0	14,2	7,9	8,7	5,0	15,6 *	13,2	11,9	10,8	11,1	6,0	5,3	4,6	4,2	3,5	14,5	10,9	8,1	7,9	6,5
Haïti	62,7	62,4	51,4	55,8	49,8	23,7	24,0	13,9	18,9	11,6	14,4	12,4	10,5	9,1	7,6	33,6	32,9	25,3	27,9	23,0
Honduras	22,0	19,2	17,2	15,2	8,7	15,8	17,7	12,5	8,6	7,1	5,9	4,7	3,8	3,1	2,3	14,6	13,9	11,2	9,0	6,0
Inde	25,5	24,9	21,1	21,5	17,0	55,5	44,8	46,3	43,5	30,7	12,6	10,9	9,2	7,5	5,6	31,2	26,9	25,5	24,2	17,8
Indonésie	22,2	16,4	19,9	17,1	9,1	31,0	30,3	23,3	24,4	18,6	8,4	6,7	5,2	4,2	3,1	20,5	17,8	16,1	15,2	10,3
Iran	3,4 *	3,5 *	4,3 *	5,7	4,5 *	16,5 *	13,8	9,5	4,6	4,1	5,6	4,5	3,5	2,6	1,8	8,5	7,3	5,8	<5	<5
Irak	10,0	19,8	20,9	23,2	26,2	10,4	10,9 *	12,9	7,6	8,5	5,3	4,9	4,5	4,1	3,4	8,6	11,9	12,8	11,6	12,7
Jamaïque	10,1	8,1	7,4	7,0	8,6	5,2	4,0	3,8	3,4	3,2	3,0	2,6	2,3	2,1	1,7	6,1	<5	<5	<5	<5
Jordanie	6,1	9,5	7,9	2,9 *	3,1 *	4,8	3,8	3,6	3,0 *	3,0	3,7	3,2	2,8	2,4	1,9	<5	5,5	<5	<5	<5
Kazakhstan	-	0,8 *	15,3	1,1 *	0,4 *	-	4,4	3,8	4,9	3,7	-	5,4	4,4	3,3	1,9	-	<5	7,8	<5	<5
Kenya	34,8	32,1	32,2	30,5	25,8	19,9 *	19,8	17,5	18,4	16,4	9,8	11,1	11,0	9,7	7,3	21,5	21,0	20,2	19,5	16,5
Koweït	39,3	5,3	1,6 *	0,9 *	1,5 *	5,9 *	9,2	2,2	2,7	2,2	1,6	1,4	1,3	1,2	1,1	15,6	5,3	<5	<5	<5
Kirghizistan	-	16,6	16,8	9,6	5,9	-	10,4	5,2 *	2,7	3,7	-	6,6	5,0	4,0	2,7	-	11,2	9,0	5,4	<5
Laos	44,7	44,0	39,8	33,5	26,7	42,4 *	35,9	36,4	31,6	26,5	16,3	14,2	12,0	9,8	7,2	34,5	31,4	29,4	25,0	20,1
Lettonie	-	2,0 *	5,6 *	3,3 *	4,3 *	-	0,9 *	1,2 *	0,9 *	0,7 *	-	2,3	1,7	1,3	0,9	-	<5			

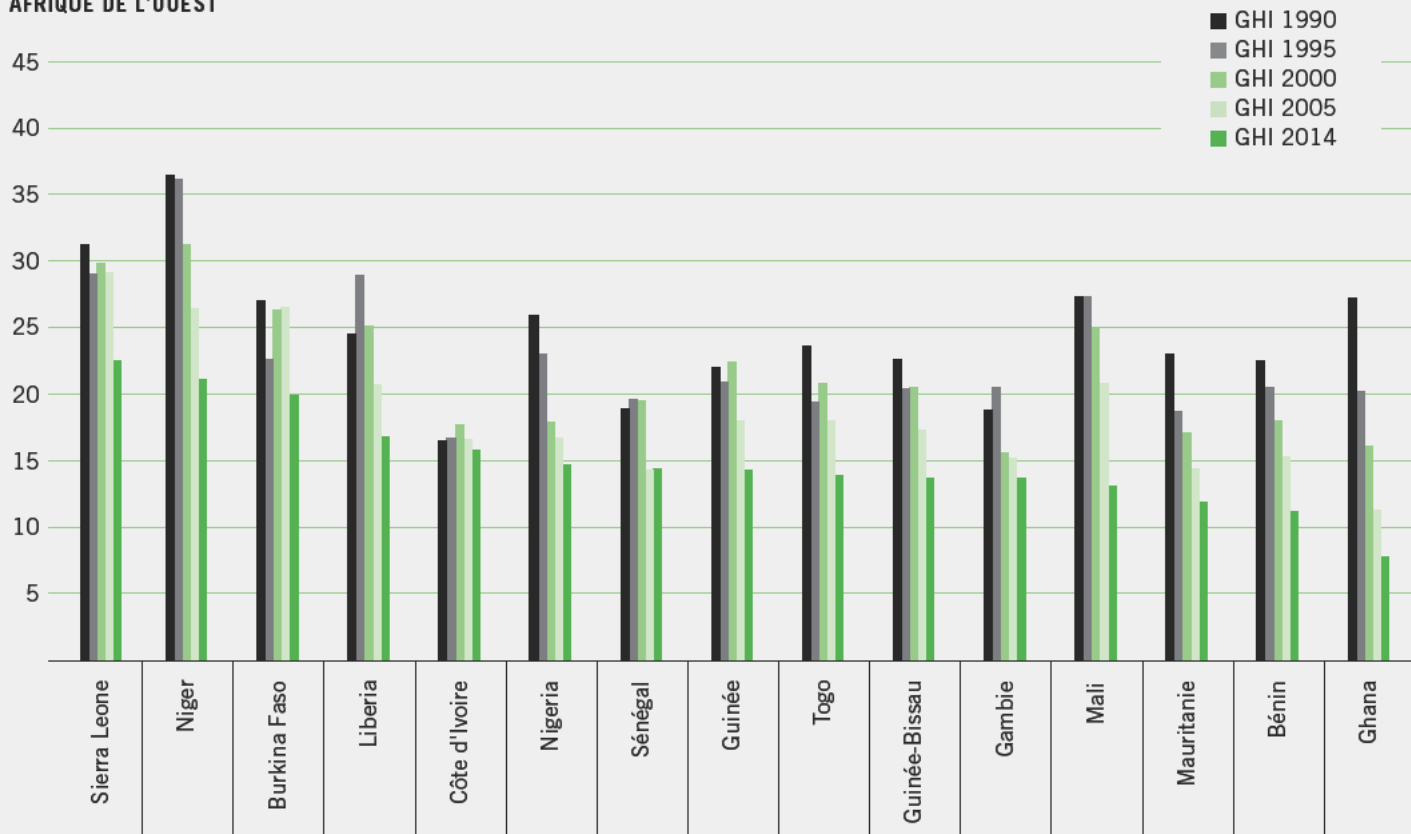
## DONNÉES BRUTES POUR LE CALCUL DES INDICES DE LA FAIM DANS LE MONDE (GHI) 1990, 1995, 2000, 2005 ET 2014

Pays	Pourcentage de la population sous-alimentée (%)					Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)					Mortalité des enfants de moins de cinq ans (%)					GHI				
	'90-'92	'94-'96	'99-'01	'04-'06	'11-'13	'88-'92	'93-'97	'98-'02	'03-'07	'09-'13	1990	1995	2000	2005	2012	1990	1995	2000	2005	2013
Libye	1,0 *	1,2 *	1,6 *	1,5 *	1,4 *	7,3 *	4,3	4,7 *	5,6	4,9 *	4,3	3,4	2,8	2,3	1,5	<5	<5	<5	<5	<5
Lituanie	-	4,0 *	2,3 *	1,5 *	1,2 *	-	1,4 *	0,9 *	0,7 *	0,6 *	-	1,7	1,2	1,0	0,5	-	<5	<5	<5	<5
Macédoine	-	12,3 *	6,8 *	4,5 *	4,4 *	-	2,1 *	1,9	1,8	1,3	-	2,5	1,6	1,4	0,7	-	5,6	<5	<5	<5
Madagascar	24,4	30,7	32,4	30,6	27,2	35,5	30,4	38,9 *	36,8	32,8 *	15,9	13,7	10,9	8,1	5,8	25,3	24,9	27,4	25,2	21,9
Malawi	45,2	38,7	26,7	26,4	20,0	24,4	26,5	21,5	18,4	13,8	24,4	21,3	17,4	12,0	7,1	31,3	28,8	21,9	18,9	13,6
Malaisie	4,5 *	2,1 *	2,9 *	3,5 *	3,6 *	22,1	17,7	16,7	12,9	11,8 *	1,7	1,3	1,0	0,8	0,9	9,4	7,0	6,9	5,7	5,4
Mali	24,9	26,7	22,3	16,8	7,3	31,3 *	30,8	30,1	27,9	18,9	25,3	24,0	22,0	17,3	12,8	27,2	27,2	24,8	20,7	13,0
Mauritanie	12,9	11,6	9,7	9,8	7,8	43,3	32,7 *	30,4	23,2	19,5	12,8	11,9	11,1	10,2	8,4	23,0	18,7	17,1	14,4	11,9
Ile Maurice	8,6	7,5	6,7	5,9	5,4	13,9 *	13,0	11,5 *	10,4 *	8,2 *	2,3	2,2	1,9	1,6	1,5	8,3	7,6	6,7	6,0	5,0
Mexique	3,2 *	3,1 *	3,0 *	0,1 *	0,7 *	9,6	10,3	6,0	3,4	2,8	4,6	3,5	2,5	2,0	1,6	5,8	5,6	<5	<5	<5
Moldavie	-	15,4 *	19,8 *	16,6 *	28,2 *	-	4,6 *	4,1 *	3,2	2,3 *	-	3,6	3,0	2,3	1,8	-	7,9	9,0	7,4	10,8
Mongolie	38,4	48,5	37,5	32,6	21,2	11,8	12,3 *	11,6	5,3	4,7	10,7	8,5	6,3	4,3	2,8	20,3	23,1	18,5	14,1	9,6
Monténégro	-	-	-	-	2,3 *	-	-	-	2,2	0,7 *	-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	<5
Maroc	6,7	7,2	6,6	5,3	5,0	8,1	7,7	6,8 *	9,9	3,1	8,0	6,3	5,0	4,1	3,1	7,6	7,1	6,1	6,4	<5
Mozambique	57,8	52,1	45,1	39,9	36,8	24,4 *	23,9	23,0	21,2	15,6	23,3	20,8	16,6	13,2	9,0	35,2	32,3	28,2	24,8	20,5
Myanmar	-	-	-	-	-	32,5	38,7	30,1	29,6	22,6	10,6	9,2	7,9	6,7	5,2	-	-	-	-	-
Namibie	36,2	39,0	27,7	25,2	29,3	21,5	20,1 *	20,3	17,5	17,5 *	7,3	6,9	7,3	6,7	3,9	21,7	22,0	18,4	16,5	16,9
Népal	25,4	26,8	24,3	21,8	16,0	45,6 *	42,6	43,0	38,8	29,1	14,2	10,9	8,2	6,1	4,2	28,4	26,8	25,2	22,2	16,4
Nicaragua	55,1	44,2	34,3	26,8	21,7	10,4 *	9,6	7,8	4,3	4,8 *	6,6	5,2	4,0	3,2	2,4	24,0	19,7	15,4	11,4	9,6
Niger	35,5	40,5	27,4	22,0	13,9	41,0	40,0 *	43,6	39,9	37,9	32,6	27,9	22,7	17,4	11,4	36,4	36,1	31,2	26,4	21,1
Nigeria	21,3	12,9	10,2	7,8	7,3	35,1	35,1	24,7	26,5	24,4	21,3	20,9	18,8	15,8	12,4	25,9	23,0	17,9	16,7	14,7
Corée du Nord	23,7	34,1	37,8	34,0	31,0	25,5 *	25,8 *	24,7	20,6	15,2	4,4	7,3	6,0	3,3	2,9	17,9	22,4	22,8	19,3	16,4
Oman	-	-	-	-	-	18,6	10,4	11,3	10,4 *	8,6	3,9	2,5	1,7	1,3	1,2	-	-	-	-	-
Pakistan	27,2	23,2	23,8	22,2	17,2	39,0	34,2	31,3	30,8 *	31,6	13,8	12,6	11,2	10,1	8,6	26,7	23,3	22,1	21,0	19,1
Panama	23,3	22,8	27,5	21,0	8,7	8,2 *	6,3	5,4 *	5,1	3,3 *	3,2	2,9	2,6	2,3	1,9	11,6	10,7	11,8	9,5	<5
Papouasie-Nlle-Guinée	-	-	-	-	-	24,2 *	19,8 *	17,8 *	18,0	27,2	8,9	8,3	7,9	7,5	6,3	-	-	-	-	-
Paraguay	20,2	15,1	13,0	12,6	22,3	2,8	3,2 *	4,0 *	3,4	2,0 *	4,6	3,8	3,3	2,8	2,2	9,2	7,4	6,8	6,3	8,8
Pérou	31,6	25,8	22,5	21,9	11,8	8,8	5,7	5,2	5,4	3,4	7,9	5,8	4,0	2,8	1,8	16,1	12,4	10,6	10,0	5,7
Philippines	24,5	21,7	21,3	19,7	16,2	29,9	26,3	28,3	20,7	20,2	5,9	4,6	4,0	3,6	3,0	20,1	17,5	17,9	14,7	13,1
Qatar	-	-	-	-	-	-	4,8	0,8 *	0,6 *	0,3 *	2,1	1,5	1,2	1,0	0,7	-	-	-	-	-
Roumanie	2,2 *	2,1 *	1,3 *	0,4 *	0,4 *	5,0	3,8 *	3,7	3,3 *	2,6 *	3,8	3,3	2,7	2,1	1,2	<5	<5	<5	<5	<5
Russie	-	5,0 *	4,7 *	2,0 *	1,8 *	-	2,6	2,2 *	0,7 *	0,6 *	-	2,6	2,3	1,7	1,0	-	<5	<5	<5	<5
Rwanda	52,3	57,3	53,4	43,5	29,7	24,3	22,6	20,3	18,0	11,7	15,1	25,3	18,2	10,7	5,5	30,6	35,1	30,6	24,1	15,6
Arabie Saoudite	2,9 *	3,4 *	1,3 *	2,0 *	1,6 *	12,3 *	12,9	7,6 *	5,3	4,9 *	4,7	3,1	2,2	1,5	0,9	6,6	6,5	<5	<5	<5
Sénégal	22,0	24,8	24,4	18,4	21,6	20,4	19,6	20,3	14,5	15,7	14,2	14,5	13,9	9,9	6,0	18,9	19,6	19,5	14,3	14,4
Serbie	-	-	-	-	4,1 *	-	-	-	1,8	1,6	-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	<5
Sierra Leone	42,5	37,1	41,3	37,3	29,4	25,4	25,2 *	24,7	28,3	19,9	25,7	24,8	23,4	21,6	18,2	31,2	29,0	29,8	29,1	22,5
Slovaquie	-	3,5 *	5,3 *	5,4 *	4,6 *	-	4,3 *	3,7 *	3,3 *	2,4 *	-	1,4	1,2	1,0	0,8	-	<5	<5	<5	<5
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	22,8	32,8	-	17,7	17,1	17,1	17,1	14,7	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	5,3 *	5,2	4,9 *	3,9 *	2,1 *	11,0 *	8,0	9,8	11,6	7,9 *	6,1	6,0	7,4	7,9	4,5	7,5	6,4	7,4	7,8	<5
Sri Lanka	33,4	30,2	28,3	28,0	22,8	31,0 *	28,3	22,8	21,1	21,6	2,1	2,1	1,7	1,3	1,0	22,2	20,2	17,6	16,8	15,1
Soudan/Soudan du Sud**	41,9	32,1	29,5	30,6	38,9	34,5 *	31,8	38,4	31,7	31,2	15,7	13,8	12,1	10,1	8,0	30,7	25,9	26,7	24,1	26,0
Surinam	17,5	16,0	18,1	16,8	10,2	11,4 *	10,1 *	11,4	7,5	5,8	5,1	4,1	3,3	2,6	2,1	11,3	10,1	10,9	9,0	6,0
Swaziland	15,8	20,6	19,2	16,7	35,8	6,8 *	7,5 *	9,1	6,1	5,8	7,1	8,8	12,1	12,7	8,0	9,9	12,3	13,5	11,8	16,5
Syrie	4,8 *	4,1 *	3,6 *	3,3 *	6,0	14,7 *	11,3	6,0	10,0	10,1	3,8	3,0	2,4	1,9	1,5	7,8	6,1	<5	5,1	5,9
Tadjikistan	-	36,0	40,9	34,0	30,2	-	17,1 *	16,8 *	14,9	13,3	-	11,5	9,1	7,4	5,8	-	21,5	22,3	18,8	16,4
Tanzanie	28,8	37,4	40,5	36,7	33,0	25,1	26,9	25,3	16,7	13,6	16,6	16,0	13,2	9,0	5,4	23,5	26,8	26,3	20,8	17,3
Thaïlande	43,3	33,7	20,0	11,4	5,8	16,7 *	15,4	8,4 *	7,0	8,0 *	3,8	2,9	2,3	1,8	1,3	21,3	17,3	10,2	6,7	5,0
Timor-Oriental	-	-	-	27,6	38,3	-	-	40,6	41,5	45,3	-	-	-	8,0	5,7	-	-	-	25,7	29,8
Togo	34,8	28,1	26,4	20,5	15,5	21,7	16,7	23,8	22,3	16,5	14,3	13,3	12,2	11,2	9,6	23,6	19,4	20,8	18,0	13,9
Trinidad & Tobago	12,4	15,5	13,3	14,1	7,6	4,4 *	4,4 *	4,4	3,4 *	2,4 *	3,3	3,0	2,8	2,5	2,1	6,7	7,6	6,8	6,7	<5
Tunisie	1,0 *	1,0 *	0,7 *	0,9 *	0,9 *	7,9	8,1	3,5	3,3	2,0	5,1	3,9	3,0	2,3	1,6	<5	<5	<5	<5	<5
Turquie	0,5 *	0,6 *	0,9 *	1,0 *	0,6 *	6,7 *	9,0	7,0	3,5	2,6 *	7,4	5,4	3,7	2,4	1,4	<5	5,0	<5	<5	<5
Turkménistan	-	10,4	9,0	5,9	2,5 *	-	12,1 *	10,5	8,0	5,8 *	-	8,9	7,9	6,7	5,3	-	10,5	9,1	6,9	<5
Ouganda	27,1	30,9	26,9	27,8	30,1	19,7	20,8	19,0	16,4	14,1	17,8	16,5	14,7	10,9	6,9	21,5	22,7	20,2	18,4	17,0
Ukraine	-	3,9 *	4,1 *	1,3 *	0,8 *	-	2,2 *	4,1	0,7 *	1,1 *	-	2,1	1,9	1,5	1,1	-	<5	<5	<5	<5
Uruguay	7,6	5,2	4,2 *	4,6 *	6,2	5,2 *	3,9	4,7	6,0	4,0	2,3	2,1	1,6	1,6	0,7	5,0	<5	<5	<5	<5
Ouzbékistan	-	2,8 *	13,5	11,2	5,7	-	13,3	7,1	4,4	4,2 *	-	6,9	6,1	5,1	4,0	-	7,7	8,9	6,9	<5
Vénézuéla	12,8	15,1	14,5	11,4	2,1 *	6,7	4,1	3,9	4,1	2,9	3,0	2,6	2,1	1,8	1,5	7,5	7,3	6,8	5,8	<5
Vietnam	48,3	31,5	19,9	14,1	8,3	40,7	40,6	28,9	22,7	12,0	5,1	4,0	3,2	2,6	2,3	31,4	25,4	17,3	13,1	7,5
Yémen	29,2	31,3																		

PROCHE-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

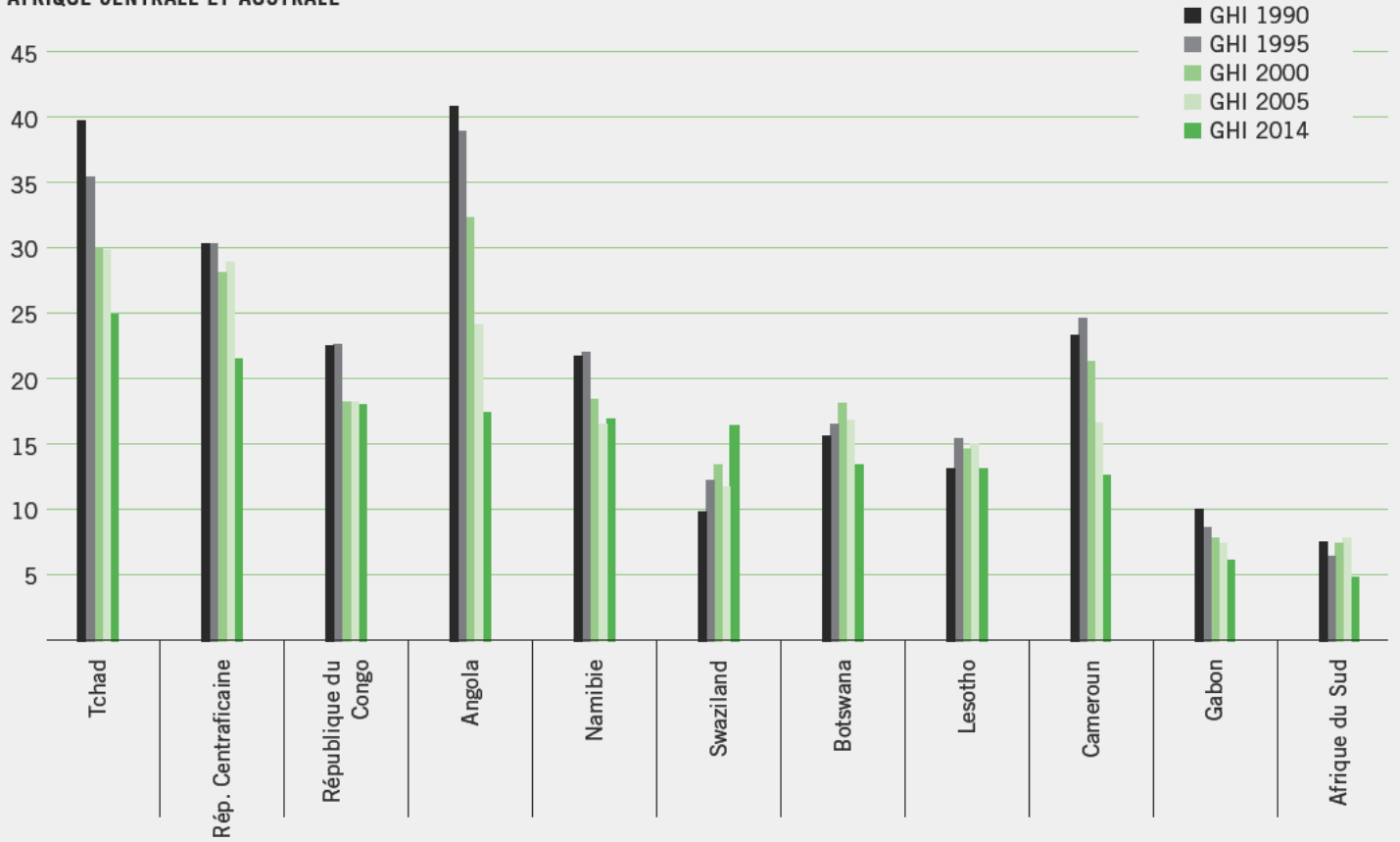


AFRIQUE DE L'OUEST

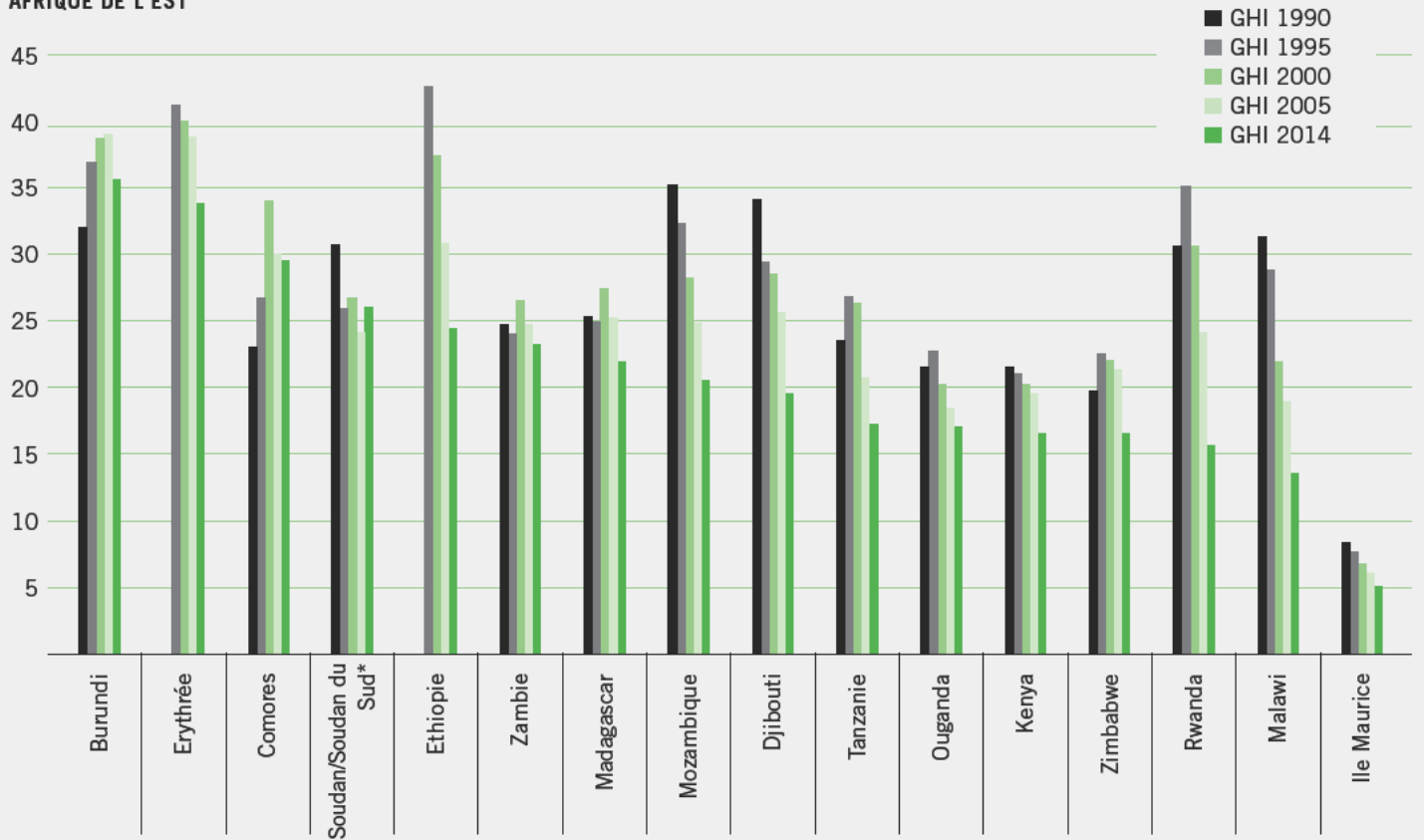




AFRIQUE CENTRALE ET AUSTRALE

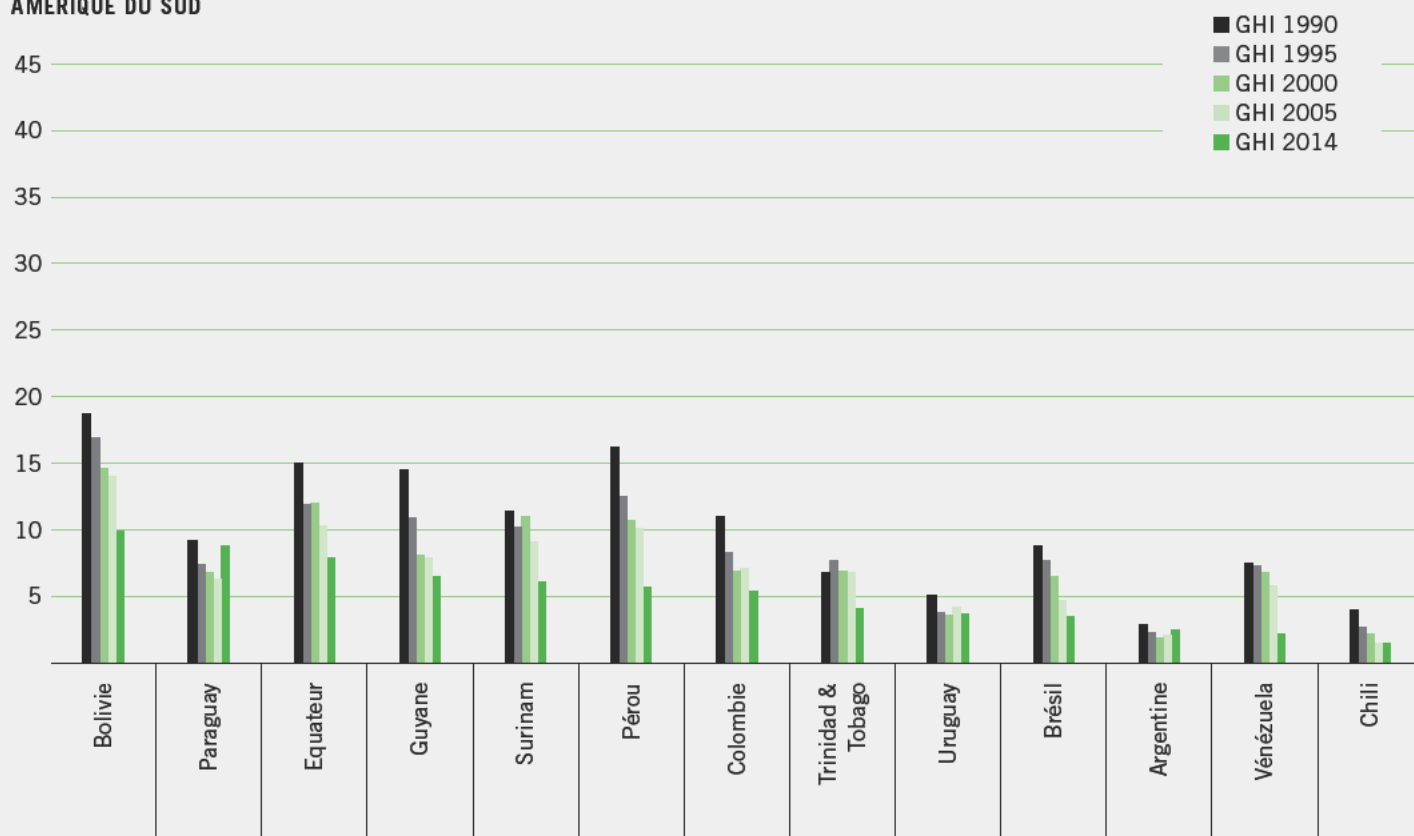


AFRIQUE DE L'EST

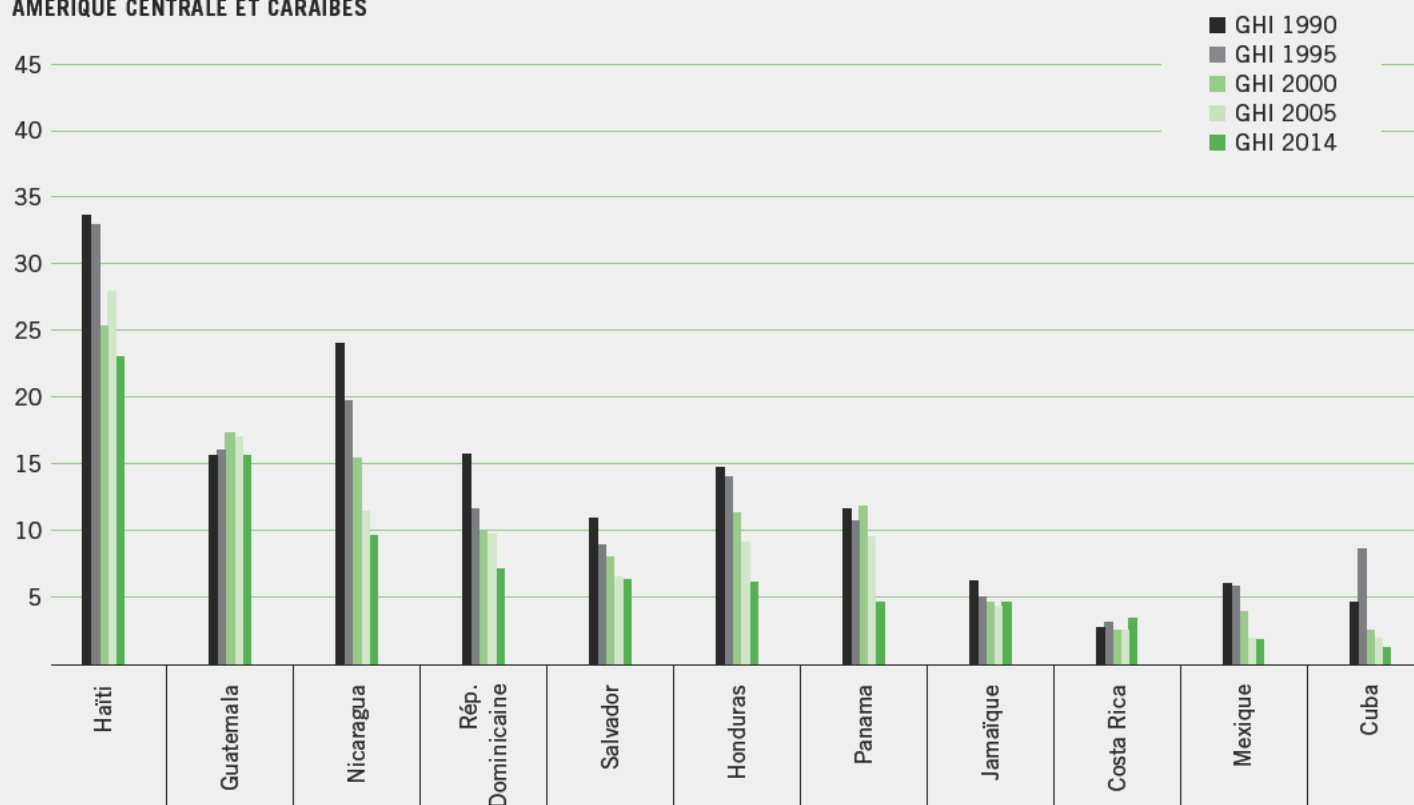


\* Les GHI et le rythme des progrès réalisés depuis 1990 n'ont pu être calculés que pour l'ex-Soudan considéré comme une entité unique en raison de l'indisponibilité d'estimations séparées pour la période 2011-2013 et précédemment de la sous-alimentation pour le Sud-Soudan, devenu indépendant en 2011, et l'actuel Soudan.

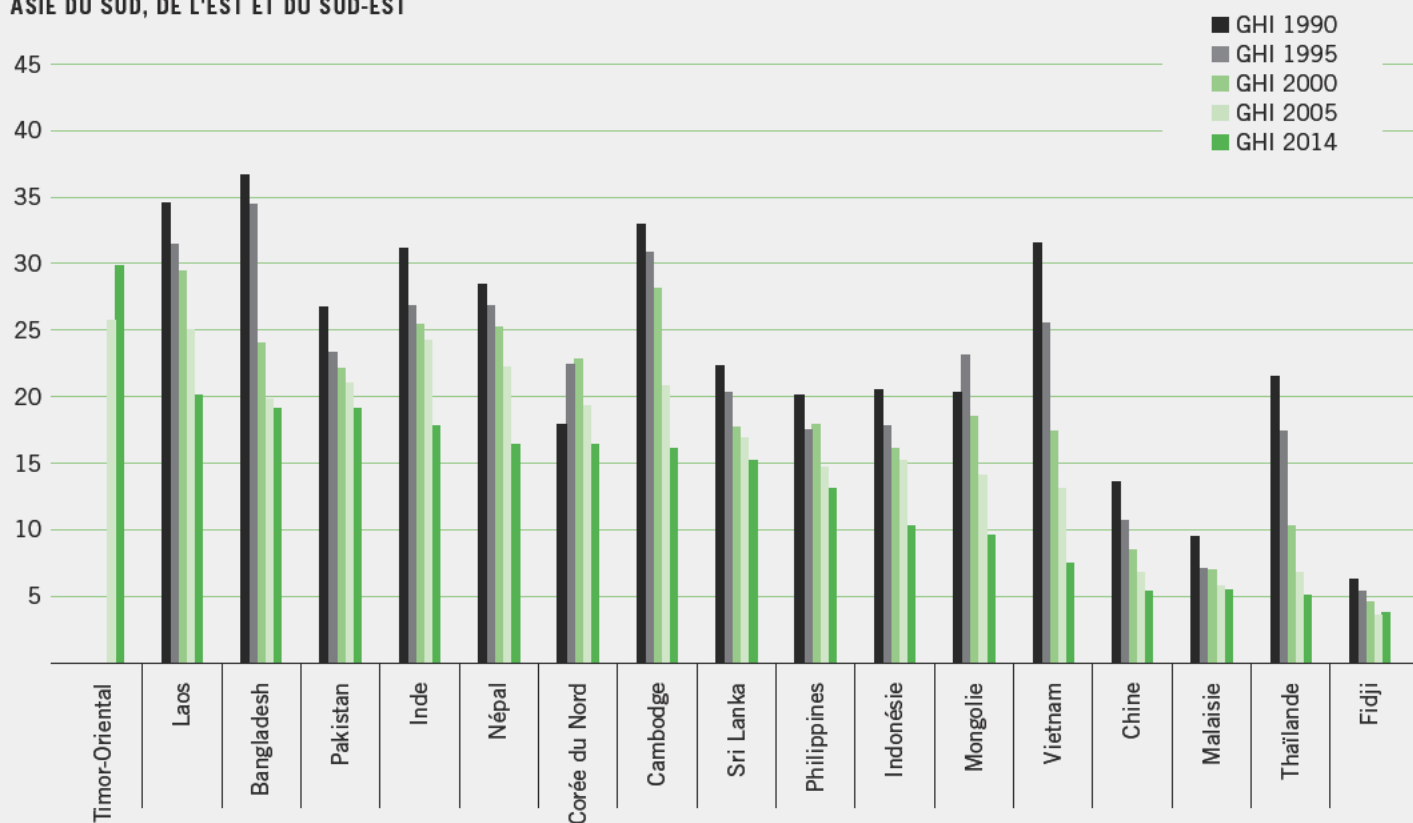
## AMÉRIQUE DU SUD



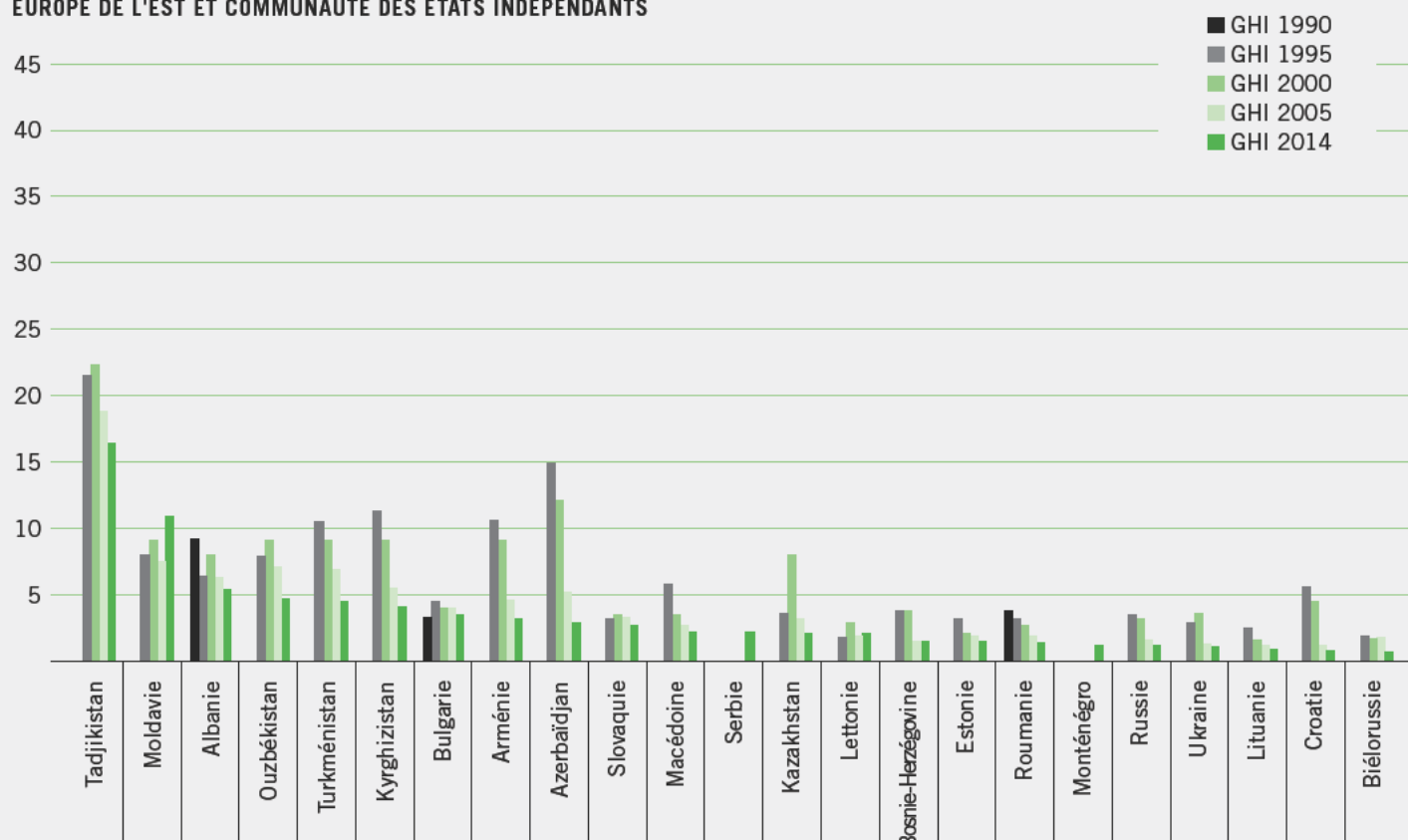
## AMÉRIQUE CENTRALE ET CARAÏBES



ASIE DU SUD, DE L'EST ET DU SUD-EST



EUROPE DE L'EST ET COMMUNAUTÉ DES ÉTATS INDÉPENDANTS





# BIBLIOGRAPHIE

## A

ACC/SCN (Comité administratif de coordination des Nations Unies/Sous-comité pour la nutrition).

2000. Quatrième rapport sur l'état de la nutrition dans le monde. Genève.

Adu-Afarwuah, S., A. Lartey, K. Brown, S. Zlotkin, A. Briend et K. Dewey. 2008. « Home Fortification of Complementary Foods with Micronutrient Supplements is Well Accepted and Has Positive Effects on Infant Iron Status in Ghana ». *American Journal of Clinical Nutrition*. 87 (4) : 929–938.

Alkire, S. et M. E. Santos. 2010. *Multidimensional Poverty Index : 2010 Data*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford Poverty and Human Development Initiative, Université d'Oxford. [www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/](http://www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/).

Allen, L. H. 2001. « Biological Mechanisms that Might Underlie Iron's Effects on Fetal Growth and Pre-term Birth ». *Journal of Nutrition* 131 : S581–S589.

Allen, L., B. de Benoist, O. Dary, R. Hurrell, eds. 2006. *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Andersson, M., V. Karumbunathan et M. B. Zimmermann. 2012. « Global Iodine Status in 2011 and Trends over the Past Decade ». *The Journal of Nutrition* 142 : 744–750.

Arimond, M. et M. T. Ruel. 2004. « Dietary Diversity is Associated with Child Nutritional Status: Evidence from 11 Demographic and Health Surveys ». *Journal of Nutrition* 134 (10) : 2579–2585.

Avula, R., S. Kadiyala, K. Singh et P. Menon. 2013. *The Operational Evidence Base for Delivering Direct Nutrition Interventions in India : A Desk Review*. IFPRI Document de travail 1299. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

## B

Banque mondiale. 1994. *Enriching Lives : Overcoming Vitamin and Mineral Malnutrition in Developing Countries*. Washington : Banque mondiale.

———. 2005. *Attaining the Millennium Development Goals in Bangladesh*. Washington : Banque mondiale, Unité de développement humain, Région Asie du Sud.

———. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development : a Strategy for Large Scale Action*. Washington, DC

———. 2014. *World Bank Open Data*. <http://data.worldbank.org/>.

Biesalski, H. K. 2013. *Der Verborgene Hunger : Satt Sein ist Nicht Genug*, comprenant un avant-propos de Joachim von Braun. Heidelberg : Springer Spektrum.

Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers et J. Rivera. 2008. « Maternal and Child Undernutrition : Global and Regional Exposures and Health Consequences ». *The Lancet* 371 (9608) : 243–260.

Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, J. Katz, R. Martorell, R. Uauy et le groupe d'étude sur la nutrition maternelle et infantile. 2013. « Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries ». *The Lancet* (Juin) : 15–29.

Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, J. Katz, R. Martorell et R. Uauy. 2013. « Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries ». *The Lancet* 832 (9890) : 427–451.

Bouis, H. E., guest editor. 2000. *Improving Human Nutrition Through Agriculture*. *Food and Nutrition Bulletin* 21 (4).

Bouis, H. E., P. Eozenou et A. Rahman. 2011. « Food Prices, Household Income, and Resource Alloca-

tion : Socioeconomic Perspectives on Their Effects on Dietary Quality and Nutritional Status ». *Food and Nutrition Bulletin* 21 (1) : S14–23.

Bouis, H. E., C. Hotz, B. McClafferty, J. V. Meenakshi et W. H. Pfeiffer. 2011. « Biofortification : A New Tool to Reduce Micronutrient Malnutrition ». *Food and Nutrition Bulletin* 32 (Supplément 1) : 31S–40S.

## C

Cambodge, Ministère de la planification. 2013. *Rapport d'avancement annuel : Réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement*. Rapport élaboré sur la situation en 2013. Phnom Penh : Ministère de la planification. Consulté le 29 Juin, 2014. <http://bit.ly/W1nqar>.

Consensus de Copenhague. 2004. *HIV/AIDS, Hunger, Free Trade and Malaria Top Experts' List*. [www.copenhagencensus.com/sites/default/files/CC04-final\\_result\\_0.pdf](http://www.copenhagencensus.com/sites/default/files/CC04-final_result_0.pdf).

———. 2008. *Consensus de Copenhague 2008 – Résultats*. Consulté le 25 Juin, 2014. [www.copenhagencensus.com/sites/default/files/cc08\\_results\\_final\\_0.pdf](http://www.copenhagencensus.com/sites/default/files/cc08_results_final_0.pdf).

———. 2012. *How to Spend \$75 Billion to Make the World a Better Place*. [www.copenhagencensus.com/copenhagen-consensus-2012/how-spend-75-billion-make-world-better-place](http://www.copenhagencensus.com/copenhagen-consensus-2012/how-spend-75-billion-make-world-better-place).

## D

Darnton-Hill, I., P. Webb, P. Harvey, J. M. Hunt, N. Dalmiya, M. Chopra, M. J. Ball, M. W. Bloem, et B. de Benoist. 2005. « Micronutrient Deficiencies and gender : Social and Economic Costs ». *American Journal of Clinical Nutrition* 81 (5) : 1198S–12,05S.

de Benoist, B., M. Andersson, I. Egli, B. Takkouche et H. Allen. 2004. *Iodine Status Worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf?ua=1>.

de Benoist, B., E. McLean, I. Egli et M. Cogswell. 2008. *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993–2005 : WHO Global Database on Anaemia*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

De Moura, F. F., Palmer, A. C., Finkelstein, J. L., Haas, J. D., Murray-Kolb, L. E., Wenger, M. J., Birol, E., Boy, E. et J. P. Peña-Rosas. 2014. « American Society for Nutrition Annual Meeting Symposium Summary : Are Biofortified Staple Food Crops Improving Vitamin A and Iron Status in Women and Children? New Evidence from Efficacy Trials ». *Advances in Nutrition* 5 : 1–3.

de Regil, L. M., P. Suchdev, G. Vist, S. Walleiser et J. P. Pena-Rosas. 2013. « Home Fortification of Foods with Multiple Micronutrient Powders for Health and Nutrition in Children Under Two Years of Age ». *Evidence-Based Child Health* 8 : 112–201.

Demombynes, G. et S. F. Trommlerová. 2012. *What Has Driven the Decline of Infant Mortality in Kenya ? Document de travail et de recherche sur les politiques de la Banque mondiale 6057*. Washington : Banque mondiale.

Dewey, K., Z. Yang et E. Boy. 2009. « Systematic Review and Meta-Analysis of Home Fortification of Complementary Foods ». *Maternal and Child Nutrition* 5 (4) : 283–321.

Disha, A. D., R. Rawat, A. Subandoro et P. Menon. 2012. « Infant and Young Child Feeding (IYCF) Practices in Ethiopia and Zambia and their Association with Child Nutrition : Analysis of Demographic and Health Survey Data ». *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development* 12 (2) : 5895–5914.

## E

Economist. 2014. « The Hungry and Forgotten ». Consulté le 9 Juillet, 2014. <http://econ.st/1pT2fkQ>.

## F

Fan, S. et P. Polman. 2014. « An Ambitious Development Goal : Ending Hunger and Undernutrition by 2025 ». Rapport 2013 sur les politiques alimentaires mondiales. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

FAO. 2008. An Introduction to the Basic Concepts of Food Security. Consulté le 16 Juillet, 2014. [www.fao.org/docrep/013/al936e/al936e00.pdf](http://www.fao.org/docrep/013/al936e/al936e00.pdf). 2011a. L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2011. Rome.

———. Division de l'économie du développement agricole. 2011b. Le rôle des femmes dans l'agriculture. ESA Document de travail No. 11-02. Consulté le 16 Juillet, 2014. <http://www.fao.org/docrep/013/am307e/am307e00.pdf>.

———. 2013. La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2013. Rome. <http://bit.ly/KAn84P>

———. 2014. Indicateurs de la sécurité alimentaire. (Actualisé Déc. 2013) Consulté le 28 Avril, 2014. [www.fao.org/economic/ess/ess-fs/fs-data/en/](http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/fs-data/en/).

## G

Gillespie, S., L. Haddad, V. Mannar, P. Menon, N. Nisbett et le Groupe d'étude sur la nutrition maternelle et infantile. 2013. « The Politics of Reducing Malnutrition : Building Commitment and Accelerating Progress ». *The Lancet* 382 (9891) : 552–569.

Groupe de travail interagences sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants - Indicateurs. 2006. Developing and Validating Simple Indicators of Dietary Quality and Energy Intake of Infants and Young Children in Developing Countries : Summary of Findings from Analysis of 10 Data Sets. Washington : Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)/ FHI 360.

———. 2007. Developing and Validating Simple Indicators of Dietary Quality and Energy Intake of Infants and Young Children in Developing Countries : Additional Analysis of 10 Data Sets. Washington : Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)/FHI 360.

Guralnik, J., R. S. Eisenstaedt, L. Ferrucci, H. Klein et R. Woodman. 2004. « Prevalence of Anemia in Persons 65 Years and Older in the United States : Evidence for a High Rate of Unexplained Anemia ». *Blood* 104 (8) : 2263–2268.

## H

Haas, J. D., J. L. Beard, L. E. Murray-Kolb, A. M. del Mundo, A. Felix et G. B. Gregorio. 2005. « Iron Biofortified Rice Improves the Iron Stores of Nonanemic Filipino Women ». *Journal of Nutrition* 135 (10) : 2823–2830.

Haas, J. D., J. L. Finkelstein, S. A. Udipi, P. Ghugre et S. Mehta. 2013. « Iron Biofortified Pearl Millet Improves Iron Status in Indian School Children : Results of a Feeding Trial ». *The FASEB Journal* 27 (Avril 9) : 355.2.

Haas, J. D., S. Luna, M. Lung'aho, F. Ngabo, M. Wenger, L. Murray-Kolb, S. Beebe, J. Gahutu et I. Egli. 2014. « Iron Biofortified Beans Improve Iron Status in Rwandan University Women : Results of a Feeding Trial ». *The FASEB Journal* 28 (1) : 646.1.

Haas, J. D., S. Villalpando, S. Beebe, R. Glahn, T. Shamah et E. Boy. 2011. « The Effect of Consuming Biofortified Beans on the Iron Status of Mexican School Children ». *The FASEB Journal* 25 (17 Mars) : 96.6.

Hoddinott, J., J. Behrman, J. Maluccio, P. Melgar, A. Quisumbing, M. Ramirez-Zea, A. Stein, K. Yount et R. Martorell. 2013. « Adult Consequences of Growth Failure in Early Childhood ». *American Journal of Clinical Nutrition* 98 (5) : 1170–1178.

Hoddinott, J., M. Rosegrant et M. Torero. 2012. « Investments to Reduce Hunger and Undernutrition »,

Copenhagen Consensus Challenge Paper. <http://bit.ly/1g6hznZ>.

Hotz, C. et K. H. Brown. 2004. « International Zinc Nutrition Consultative Group (IZINCG), Technical Document No. 1 : Assessment of the Risk of Zinc Deficiency in Populations and Options for its Control ». *Food Nutrition Bulletin* 25 (1) : S94–204.

Hotz, C., C. Loechl, A. de Brauw, P. Eozenou, D. Gilligan, M. Moursi, B. Munhau, P. van Jaarsveld, A. Carriquiry et J. V. Meenakshi. 2012a. « A Large-Scale Intervention to Introduce Orange Sweet Potato in Rural Mozambique Increases Vitamin A Intakes Among Children and Women ». *British Journal of Nutrition* 108 : 163–176.

Hotz, C., C. Loechl, A. Lubowa, J. K. Tumwine, G. Ndeezi, A. Nandutu Masawi, R. Baingana, A. Carriquiry, A. de Brauw, J. V. Meenakshi, D. O. Gilligan. 2012b. « Introduction of Beta-Carotene-Rich Orange Sweet Potato in Rural Uganda Results in Increased Vitamin A Intakes Among Children and Women and Improved Vitamin A Status Among Children ». *The Journal of Nutrition* 142 (10) : 1871–1880.

Huong, L. T. et V. T. T. Nga. 2013. Nutritional Practices among Ethnic Minorities and Child Malnutrition in Mountainous Areas of Central Vietnam. *Food and Nutrition Sciences* 4 (1) : 82–89.

## I

IDS (Institute of Development Studies) 2014. The Hunger and Nutrition Commitment Index (HNCI 2013). Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries. Brighton, Royaume-Uni : IDS

IFPRI (Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires)/Welthungerhilfe/Concern. 2007. Le défi de la faim 2007 : Global Hunger Index: Faits, déterminants et tendances. Washington, Bonn et Dublin.

IFPRI (Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires). 2014. Rapport 2013 sur les politiques alimentaires mondiales. Washington.

IGME (Groupe Inter-agence pour l'Estimation de la Mortalité Infantile). 2013. Info Estimations de la mortalité infantile, Estimations de la mortalité infantile chez les moins de cinq ans. Consulté le 14 Mai, 2014. [www.childmortality.org](http://www.childmortality.org).

IIPS (International Institute for Population Sciences) et Macro International. 2007. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–6 : India : Volume I. Demographic and Health Surveys. Mumbai, Inde : IIPS.

Imdad, A., K. Herzer, E. Mayo-Wilson, M. Y. Yakoob et Z. A. Bhutta. 2010. Vitamin A Supplementation for Preventing Morbidity and Mortality in Children from 6 Months to 5 Years of Age. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12) : CD008524. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21154399](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21154399).

Inde, Ministère de la promotion de la femme et de l'enfant et UNICEF, Inde. 2014. Etude rapide sur l'enfance (2013-14).

Inde (Division des statistiques sociales, Ministère des statistiques et de mise en œuvre des programmes). 2014. Inde - Rapport national 2014 – Objectifs du Millénaire pour le développement, <http://bit.ly/1tRJAvo>.

Initiative pour les micronutriments et UNICEF. 2004. Vitamin & Mineral Deficiency : A Global Damage Assessment Report. Consulté le 8 Aout, 2014. <http://bit.ly/1pGNSk1>.

Initiative pour les micronutriments. 2009. Investir dans l'avenir : Un appel uni à l'action au niveau des carences en vitamines et en minéraux. [www.unitedcalltoaction.org/documents/Investing\\_in\\_the\\_future.pdf](http://www.unitedcalltoaction.org/documents/Investing_in_the_future.pdf).

———. 2014. About Hidden Hunger. Consulté le 19 Juin. [www.micronutrient.org/English/View.asp?x=573](http://www.micronutrient.org/English/View.asp?x=573).

## K

Kothari, M. et N. Abderrahim. 2010. Nutrition Update 2010. Calverton, Etats-Unis : ICF Macro.

Kennedy, E. et H. Bouis. 1993. Linkages Between Agriculture and Nutrition : Implications for Policy and Research. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

## L

Lancet. 2008. Maternal and Child Undernutrition. [www.thelancet.com/series/maternal-and-child-under-nutrition](http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-under-nutrition).

Lancet. 2013. Maternal and Child Nutrition. [www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition](http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition).

Leiby, R. 2012. « Salt Rumors Add to Health Crisis in Pakistan ». Consulté le 5 Août, 2014. <http://wapo.st/1r2vt04>.

Luna, S., S. Villalpando, T. Shamah, E. Boy et J. Haas. 2012. « Inflammation, Weight Status, and Iron Status in Mexican Children in a Randomized Controlled Iron-Biofortified Bean Feeding Trial ». The FASEB Journal 26 (29 Mars) : 1031.15

## M

MEASURE DHS. 2014. Demographic and Health Surveys. Calverton, Etats-Unis. Consulté le 1er Mai, 2014. [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

## N

NIS (National Institute of Statistics), DGH (Directorate General for Health) et ICF Macro. 2011. Cambodia Demographic and Health Survey 2010. Phnom Penh, Cambodge et Calverton, Etats-Unis : National Institute of Statistics, Directorate General for Health et ICF Macro, Consulté le 29 Juin, 2014. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>.

## O

Olinto, P., K. Beegle, C. Sobrado et H. Uematsu. 2013. The State of the Poor : Where are the Poor, Where is Extreme Poverty Harder to End, and What is the Current Profile of the World's Poor ? Economic Premise Note No. 125. Washington : Poverty Reduction and Economic Management Network Vice-Presidency of the World Bank.

OMS. 2001. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève :

Organisation mondiale de la Santé.

———. 2009. Global Prevalence of Vitamin A Deficiency in Populations at Risk 1995–2005: WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. <http://www.who.int/vmnis/vitamina/en/>

———. 2010. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 3 : Profils par pays. Genève.

———. 2011. Directive : Supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois. Genève : OMS.

———. 2014a. « Micronutrient Deficiencies : Vitamin A Deficiency ». Consulté le 5 Août 2014. [www.who.int/nutrition/topics/vad/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/).

———. 2014b. The WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Consulté le 26 Mai 2014. [www.who.int/nutgrowthdb/en/](http://www.who.int/nutgrowthdb/en/).

ONU (Organisation des Nations Unies), Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population. 2013. World Population Prospects : The 2012 Revision. CD-ROM. New York.

ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida). 2013. Global Report : UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013. Genève.

## P

PAM (Programme Alimentaire Mondial). 2014a. « Iraq : Overview ». Consulté le 5 Août, 2014. [www.wfp.org/countries/iraq/overview](http://www.wfp.org/countries/iraq/overview).

———. 2014b. « Swaziland : Overview ». Consulté le 5 Août, 2014. [www.wfp.org/countries/swaziland/overview](http://www.wfp.org/countries/swaziland/overview).

Pinstrup-Andersen, P. 2007. « Agricultural Research and Policy for Better Health and Nutrition in Developing Countries : A Food Systems Approach ». Agricultural Economics 37 (s1) : 187–198.

Pompano, L., E. M. Przybyszewski, S. A. Udipi, P. Ghugre et J. D. Haas. « VO2 Max Improves in Indian School Children after a Feeding Trial with Iron Biofortified Pearl Millet ». The FASEB Journal 27 (9 Avril) : 285.28

## R

Results. 2014. Undernutrition in the Land of Rice : Why There Should be a Nutrition Goal in the Post-2015 Framework – The Case from Cambodia. Consulté le 15 Juillet, 2014. <http://results.org.uk/sites/default/files/Undernutrition%20in%20Cambodia.pdf>.

## S

Saltzman, A., E. Birol, H. Bouis, E. Boy, F. De Moura, Y. Islam et W. Pfeiffer. 2013. « Biofortification: Progress Toward a More Nourishing Future » Global Food Security 2 (1) : 9–17.

Scott, S. P., M. J. Wenger, L. E. Murray-Kolb, S. A. Udipi, P. S. Ghugre, E. Boy et J. D. Haas. « Relations Between Iron Status and Cognitive Measures in Indian Adolescents ». The FASEB Journal 26 (29 Mars) : 1031.12

Stein, A. J. 2013. Rethinking the Measurement of Undernutrition in a Broader Health Context. IFPRI Document de travail 1298. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

Stein, A. et M. Qaim. 2007. « The Human and Economic Cost of Human Hunger ». Food and Nutrition Bulletin 28 (2) : 125–134.

SUN (Scaling Up Nutrition). 2014. Scaling Up Nutrition. <http://scalingupnutrition.org>.

## T

Talsma, E., communication personnelle, 27 Avril 2014. « Efficacy of Biofortified Yellow Cassava in Improving Vitamin A Status in Kenyan School Children ». Symposium sur la biologie expérimentale.

Tan-Torres Edejer, T., M. Aikins, R. Black, L. Wolfson, R. Hutubessy et D. Evans. 2005. « Cost Effectiveness Analysis of Strategies for Child Health in Developing Countries ». British Medical Journal 331 : 1177.

Tanumihardjo, S., communication personnelle, 19 Septembre 2013. « Beta Carotene-Enriched Maize Efficacy Study in Nyimba, Zambia » Conférence Internationale de Grenade sur la Nutrition et la Biofortification.

Thompson, B. et L. Amoroso, ed. 2010. Combattre les carences en micronutriments : les approches fondées sur les aliments. Rome : FAO.



Tontisirin, K. et P. Winichagoon. 1999. Community-Based Programmes : Success Factors for Public Nutrition Derived from the Experience of Thailand. *Food and Nutrition Bulletin* 20 (3) : 315-322.

## U

UCDP (Uppsala Conflict Data Program). 2013. « Iraq ». UCDP Conflict Encyclopedia, Université d'Uppsala, Département de la recherche sur la paix et les conflits. Consulté le 5 Août, 2014. [www.ucdp.uu.se/database](http://www.ucdp.uu.se/database).

UN OCHA (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies). 2014. 2014–2016 Plan de Reponse Strategique, Region du Sahel. Janvier 2014. Préparé par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) au nom des partenaires humanitaires au Sahel. <http://bit.ly/1m8LI7X>.

UNICEF. 2009. Childinfo : Underweight : Nutritional Status According to the NCHS/ WHO/CDC Reference. Consulté le 26 Mars 2014. [www.childinfo.org/undernutrition\\_underweight.php](http://www.childinfo.org/undernutrition_underweight.php).

———. 2013. Childinfo : Nutritional Status (February 2013 update). Consulté le 26 Mars 2014. [www.childinfo.org/malnutrition\\_nutritional\\_status.php](http://www.childinfo.org/malnutrition_nutritional_status.php).

———. 2014a. Childinfo : Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). Consulté le 30 Mai 2014. [www.childinfo.org/mics\\_available.html](http://www.childinfo.org/mics_available.html).

———. 2014b. The State of the World's Children 2014 in Numbers : Revealing Disparities, Advancing Children's Rights : Every Child Counts. New York.

UNICEF/OMS (Organisation mondiale de la Santé)/Banque mondiale. 2013. UNICEF-OMS-Banque mondiale : 2012 Joint Child Malnutrition Estimates-Levels and Trends. (New York, Genève et Washington). [www.who.int/nutgrowthdb/estimates2012](http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2012).

UNSCN (Comité permanent de l'Organisation des Nations Unies sur la nutrition). 2005. « The Critical Role of Nutrition for Reaching the Millennium Development Goals and Success of the Millennium Development Project » Note d'information. Réunion du SCN au sein de l'ECOSOC (Conseil économique et social des Nations Unies) 7 Juin. Consulté le 18 Juin 2014. [www.un.org/en/ecosoc/meetings/2005/docs/nut.issue.paper.pdf](http://www.un.org/en/ecosoc/meetings/2005/docs/nut.issue.paper.pdf).

## V

van Jaarsveld, P. J., M. Faber, S. A. Tanumihardjo, P. Nestel, C. J. Lombard et A. J. Benadé. 2005. « Beta Carotene-Rich Orange Fleshed Sweet Potato Improves the Vitamin A Status of Primary School Children Assessed with the Modified Relative Dose Response Test ». *American Journal of Clinical Nutrition* 81 (5) : 1080–1087.

von Braun, J., M. Ruel et A. Gulati. 2008. Accelerating Progress toward Reducing Malnutrition in India: A Concept for Action. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

von Grebmer, K., H. Fritschel, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, R. Pandya-Lorch et Y. Yohannes. 2008. Global Hunger Index : Le défi de la faim : 2008. Bonn, Washington et Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

von Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschel, R. Pandya-Lorch et Y. Yohannes. 2009. 2009 Global Hunger Index : Le défi de la faim : Crise financière et inégalité des genres. Bonn, Washington et Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

von Grebmer, K., M. T. Ruel, P. Menon, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, H. Fritschel, Y. Yohannes, C. von Oppeln, O. Towey, K. Golden et J. Thompson. 2010. 2010 Global Hunger Index: Le défi de la faim : La crise de la sous-alimentation infantile. Bonn, Washington et Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

von Grebmer, K., M. Torero, T. Olofinbiyi, H. Fritschel, D. Wiesmann, Y. Yohannes, L. Schofield et C. von Oppeln. 2011. 2011 Global Hunger Index : Le défi de la faim : Hausse et volatilité des prix alimentaires. Bonn, Washington et Dublin : Deutsche Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

von Grebmer, K., C. Ringler, M. W. Rosegrant, T. Olofinbiyi, D. Wiesmann, H. Fritschel, O. Badiane, M. Torero, Y. Yohannes, J. Thompson, C. von Oppeln et J. Rahall. 2012. 2012 Global Hunger Index : Le défi de la faim : Assurer une sécurité alimentaire durable dans un monde sous contraintes en eau, en énergies et en terres. Bonn, Washington et Dublin : Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

von Grebmer, K., D. Headey, C. Béné, L. Haddad, T. Olofinbiyi, D. Wiesmann, H. Fritschel, S. Yin, Y. Yohannes, C. Foley, C. von Oppeln et B. Iseli. 2013. 2013 Global Hunger Index : Le défi de la faim : Construire la résilience pour une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable. Bonn, Washington et Dublin : Welthungerhilfe, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires et Concern Worldwide.

## W

Weisstaub, G. et M. Araya. 2008. « Acute Malnutrition in Latin America : The Challenge of Ending Avoidable Deaths ». *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 47 : S10–14.

Wessels, K. R. et K. H. Brown. 2012. « Estimating the Global Prevalence of Zinc Deficiency : Results Based on Zinc Availability in National Food Supplies and the Prevalence of Stunting ». *PLOS One*. <http://bit.ly/1B8Q0H6>.

Wiesmann, D. 2004. An International Nutrition Index : Concept and Analyses of Food Insecurity and Undernutrition at Country Levels. Development Economics and Policy Series 39. Frankfurt : Peter Lang.

———. 2006a. 2006 Global Hunger Index : A Basis for Cross-Country Comparisons. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

———. 2006b. A Global Hunger Index : Measurement Concept, Ranking of Countries, and Trends. Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 212. Washington : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

Wiesmann, D., J. von Braun et T. Feldbrügge. 2000. An International Nutrition Index: Successes and Failures in Addressing Hunger and Malnutrition. ZEF Discussion Papers on Development Policy No. 26. Bonn, Germany : Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) [Center for Development Research].

Wiesmann, D., L. Weingärtner et I. Schöninger. 2006. Le défi de la faim : Global Hunger Index : Faits, déterminants et tendances. Bonn et Washington : Deutsche Welthungerhilfe et Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires.

## Z

Zambia. 2012. Zambia 2010 Census of Population and Housing. Lusaka, Zambia : Central Statistical Office.

# PARTENAIRES



## A propos de l'IFPRI

L'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI), créé en 1975, développe des solutions de politique publique étayées par la recherche en vue de réduire de

manière durable la pauvreté et d'enrayer la faim et la malnutrition. L'Institut mène des activités de recherche, communique ses résultats, optimise ses partenariats et capitalise ses expériences afin de garantir une production alimentaire durable, de promouvoir des systèmes alimentaires viables, d'améliorer les marchés et les échanges, de transformer l'agriculture, et de renforcer la résilience ainsi que les institutions et la gouvernance. Les questions liées au genre sont intégrées dans l'ensemble des activités de l'Institut. L'IFPRI travaille en lien étroit avec de nombreux partenaires dans le monde entier (opérateurs du développement, institutions publiques, secteur privé et organisations paysannes). L'IFPRI est membre du Consortium CGIAR.



## Notre identité – Qui sommes-nous ?

Concern Worldwide est la plus importante ONG irlandaise, engagée dans la réduction de la souffrance et l'éradication de la pauvreté extrême.

Nous travaillons dans 27 des pays les plus pauvres du monde, grâce à 2900 personnels engagés et compétents, basés à Londres, New York, Belfast, Dublin et sur le terrain.

## Notre mission – ce que nous faisons

Notre mission vise à aider les personnes vivant dans une pauvreté extrême à connaître des améliorations importantes qui dureront et se développeront sans le soutien constant de Concern Worldwide. Ainsi, Concern Worldwide travaille directement avec les populations pauvres, mais également des partenaires locaux et internationaux qui partagent notre vision, afin de créer des sociétés justes et pacifiées, où les populations pauvres peuvent exercer leurs droits fondamentaux. Pour remplir cette mission, nous nous engageons dans des activités de développement de long terme, nous répondons aux situations d'urgence, et nous cherchons à nous attaquer aux causes profondes de la pauvreté via un travail d'éducation au développement et le plaidoyer.

## Notre vision – Le changement

Un monde où personne ne vit dans la pauvreté, la peur ou l'oppression ; où nous avons tous accès à des conditions de vie décentes, et à des opportunités et choix essentiels pour permettre une vie longue, saine et créative ; un monde où tout le monde est traité dans la dignité et le respect.



## Notre identité - Qui sommes-nous ?

Welthungerhilfe a été fondée en 1962 dans le cadre du mouvement pionnier « campagne de libération de la faim » sous l'ombrelle de la FAO. Aujourd'hui, Welthungerhilfe est l'une des

ONG allemandes les plus importantes, indépendante et largement ancrée dans la société civile par son réseau d'organisations membres, de bailleurs et de soutien.

## Notre mission – ce que nous faisons

Nous luttons contre la faim dans le monde avec pour objectif de rendre notre intervention superflue. Notre intervention intégrée et orientée sur l'impact couvre aussi bien les opérations d'urgence en réponse aux catastrophes que la reconstruction et le développement de projets à long terme.

## Notre approche

Nous soutenons nos organisations partenaires dans nos pays d'intervention, en permettant que ces structures soient renforcées à la base et en garantissant ainsi le succès durable de nos projets. Notre action de plaidoyer vise à contribuer au changement des conditions qui contribuent à la faim et la pauvreté.

## Notre vision

Un monde dans lequel nous pouvons tous mener une vie autonome et indépendante, dans la dignité et la justice, libérés de la faim et de la pauvreté.



## A propos de l'Alliance2015

L'Alliance2015 est un partenariat regroupant sept des principales organisations non gouvernementales (ONG) européennes œuvrant dans le domaine de la solidarité internationale et du développement – ACTED (France), CESVI (Italie), Concern Worldwide (Irlande), Hivos (Pays-Bas), IBIS (Danemark), People in Need (République Tchèque) et Welthungerhilfe (Allemagne). Ensemble, les membres de l'Alliance2015 œuvrent en faveur des Objectifs du Millénaire pour le développement définis par l'Organisation des Nations Unies en 2000, en coopérant à différents niveaux dans les pays en développement ainsi que sur des campagnes de plaidoyer pour influencer l'opinion publique et les décisions politiques en Europe.



# PARTENAIRES



Depuis 1993, l'association de solidarité internationale ACTED répond aux besoins humanitaires des populations dans les situations de crise et au respect de leur dignité, tout en favorisant et mettant en œuvre des opportunités pour un développement durable, en investissant dans les potentiels de l'Homme.

## Notre mission : apporter une réponse adaptée à des besoins précis

Indépendante, privée et à but non lucratif, l'ONG ACTED (statut association loi 1901) œuvre dans le respect d'une impartialité politique et religieuse stricte, selon les principes de non-discrimination et de transparence, et nos valeurs de responsabilité, d'impact, d'esprit d'entreprise et d'inspiration.

ACTED s'engage à répondre aux urgences et à développer la résilience face aux situations de crise, à promouvoir une croissance inclusive et durable, et à renforcer la société civile, la bonne gouvernance et la cohésion sociale.

## Notre vision : assurer le lien entre Urgence, Réhabilitation et Développement

ACTED a pour vocation de soutenir les populations vulnérables de par le monde et de les accompagner dans la construction d'un futur meilleur en apportant une réponse adaptée à des besoins précis. Nos équipes viennent en aide aux populations touchées par les crises grâce à une approche à la fois globale et locale, multidisciplinaire et adaptée à chaque contexte. En assurant le lien entre Urgence, Réhabilitation et Développement, les équipes d'ACTED garantissent que les interventions effectuées en temps de crise soient utiles et pérennes.

ACTED est aujourd'hui présente sur 4 continents et nos équipes (près de 3800 personnes) interviennent dans 34 pays à travers le monde afin de faire face aux situations d'urgence, pour soutenir les projets de réhabilitations et accompagner les dynamiques de développement.

## Une expérience

Associée à de nombreux partenaires français, européens et internationaux, ACTED s'engage pour promouvoir et développer des approches et des initiatives innovantes, les principes humanitaires, les nouvelles solidarités et des convergences entre opérateurs privés, acteurs publics et ONG du Nord et du Sud.

ACTED est ainsi membre de l'Alliance2015, un réseau européen regroupant sept ONG engagées dans le domaine de la coopération internationale et en faveur des Objectifs du Millénaire pour le développement (CESVI en Italie, Concern Worldwide en Irlande, Welthungerhilfe en Allemagne, Hivos aux Pays-Bas, IBIS au Danemark, People in Need en République Tchèque, Helvetas en Suisse). ACTED est également membre de Voice, l'ide la plateforme ICVA, ainsi qu'un membre actif de CoordinationSud.



## Qui sommes-nous ?

Lancée en 2008, Convergences est la première plateforme de réflexion en Europe destinée à établir de nouvelles convergences entre acteurs publics, privés et solidaires. Elle rassemble plus de 200 partenaires autour d'un objectif commun : promouvoir les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et lutter contre la pauvreté et la précarité dans les pays du Nord et du Sud.

## Notre vision

En jetant des passerelles entre les différents acteurs publics, privés et solidaires pour la réduction de la pauvreté, Convergences formule un projet de collaboration à grande échelle indispensable pour une alternative économique et des solutions pertinentes, donnant lieu à des débats d'idées, du plaidoyer et suscitant des actions innovantes.

## Notre engagement

Développer les convergences et les partenariats innovants : chaque année, Convergences rassemble à Paris 6000 professionnels et organisations autour de 350 intervenants dans le cadre du Forum Mondial pour des partenariats innovants dédiés aux Objectifs du Millénaire pour le développement.



**Informer, sensibiliser et mobiliser les jeunes sur les Objectifs du Millénaire et la problématique de la faim**

Food Right Now est une campagne européenne de sensibilisation, de mobilisation et d'éducation au développement à destination des jeunes, lycéens et étudiants, et aux enseignants/formateurs. Elle est menée conjointement par plusieurs ONG membres de l'Alliance2015 en Allemagne, en Italie, en Irlande, en République Tchèque et en France.

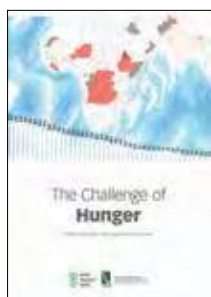
## Mobiliser les jeunes sur l'éradication de la pauvreté et de la faim dans le monde mais aussi sur l'ensemble des enjeux liés au développement

L'objectif est de sensibiliser, informer et mobiliser les jeunes aux réalités des OMD. Au-delà d'une action d'information sur ces enjeux, ce projet veut directement mobiliser les jeunes citoyens européens en faveur d'actions contre la faim, en tant qu'ambassadeurs auprès de leurs réseaux sociaux mais également en tant que porteurs de solutions et d'engagements.



# 9 ANNÉES DE SUIVI DE LA FAIM DANS LE MONDE

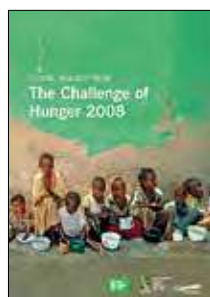
Depuis 2006, le GHI dresse l'état de la faim dans le monde, par région et par pays.



Cas d'études dans les pays post-conflits : Afghanistan et Sierra Leone



Mesures pour réduire la malnutrition aigüe et la faim chronique



Le cercle vicieux de la faim et de la pauvreté



Crise financière et inégalité des genres



La crise de la sous-nutrition infantile



Hausse et volatilité des prix alimentaires



Assurer une sécurité alimentaire durable dans un monde sous contraintes en eau, en énergies et en terres



Construire la résilience pour une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable



Le défi de la faim invisible

Pour en savoir plus sur le GHI 2014

[www.ifpri.org/ghi/2014](http://www.ifpri.org/ghi/2014)

Ressources supplémentaires :

- Cartes interactives
- Dataverse data files
- Global Hunger Index Linked Open Data (LOD) disponible en format description de ressources (RDF) et langage ontologique web (OWL) pour réutilisation dans d'autres applications et analyses
- Global Hunger Index SPARQL Endpoint

#### Welthungerhilfe

Friedrich-Ebert-Str. 1  
53173 Bonn, Germany  
Tel. +49 228-2288-0  
Fax +49 228-2288-333  
www.welthungerhilfe.de

#### Président et Secrétaire général :

Dr. Wolfgang Jamann

#### Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI)

2033 K Street, NW  
Washington, DC 20006-1002, USA  
Tel. +1 202-862-5600 // Fax +1 202-467-4439  
www.ifpri.org

#### Directeur général :

Dr. Shenggen Fan

#### Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street  
Dublin 2, Ireland  
Tel. +353 1-417-7700 // Fax +353 1-475-7362  
www.concern.net

#### Directeur général :

Dominic MacSorley

#### ACTED

33, rue Godot de Mauroy  
75009 Paris, France  
Tel. : +33 (0)1 42 65 33 33  
www.acted.org  
www.foodrightnow.fr  
www.convergences.org

#### Directrice générale :

Marie-Pierre Caley

#### Editeurs :

Andrea Sonntag (Right to Food and Food Security Policy Officer, Welthungerhilfe), Larissa Neubauer (Public Affairs and External Relations, Welthungerhilfe), Olive Towe (Head of Advocacy, Ireland & EU, Concern Worldwide), Klaus von Grebmer (Research Fellow Emeritus, IFPRI), Sandra Yin (Editor, IFPRI)

#### Citation recommandée :

K. von Grebmer, A. Saltzman, E. Birol, D. Wiesmann, N. Prasai, S. Yin, Y. Johannes, P. Menon, J. Thompson, A. Sonntag. 2014. 2014 Global Hunger Index: The Challenge of Hidden Hunger. Bonn, Washington, DC, and Dublin: Welthungerhilfe, International Food Policy Research Institute, and Concern Worldwide.

#### Conception, mise en page et production :

Annika Nelles, Anna-Maria Süß  
(muehlhausmoers corporate communications gmbh, Cologne, Germany)

Version française : ACTED

Impression : Chevillon Imprimeur

#### Traduction : Antonia Estrada (Fuego Translations)

Traduit avec l'autorisation de l'IFPRI, Concern Worldwide et Welthungerhilfe. ACTED est responsable de la qualité et de l'exactitude de la traduction. Version anglaise originale [www.ifpri.org/ghi/2014](http://www.ifpri.org/ghi/2014)

#### Auteurs :

**International Food Policy Research Institute:** Klaus von Grebmer (Research Fellow Emeritus), Amy Saltzman (Senior Program Analyst), Ekin Birol (Head, Impact Research/Senior Research Fellow), Doris Wiesmann (Independent Consultant), Nilam Prasai (Data Curator), Sandra Yin (Editor), Yisehac Yohannes (Research Analyst), Purnima Menon (Senior Research Fellow)

**Concern Worldwide:** Jennifer Thompson (Advocacy Officer for Hunger)

**Welthungerhilfe:** Andrea Sonntag (Right to Food and Food Security Policy Officer)

#### Ordering number :

460-9479

#### ISBN version française :

978-0-89629-960-3

#### DOI:

<http://dx.doi.org/10.2499/9780896299580>

#### Crédits photographiques :

Couverture : Mikkel Ostergaard/Panos, Bharuamonda Village, Orissa, India, Sanamati Gauda, 28, is cooking at her home, 2006 ; page 2 : Gareth Bentley/Concern, Zambia, Queen, 36, works in her vegetable garden. She has received tools, seeds, livestock and training from Concern's RAIN program, 2014 ; page 6: Neil Palmer/CIAT, Kampala, Uganda, iron-biofortified beans at a market, 2009 ; page 10 : Tiago Miranda/laif, Marandallah, Ivory Coast, Timite Nani grills river fish which she will later sell to working men for lunch, 2013 ; page 20 : Florian Kopp/Welthungerhilfe, Cañadón Peñas, Bolivia, Epifania Ayala's family makes a living with homemade dairy products sold in the regional capital Oruro. Welthungerhilfe offers training and infrastructure for the commercial production of cheese and yogurt, 2010 ; page 28 : Roland Brockmann/Welthungerhilfe, Adivasi indigenous people, Orissa, India, Living Farms organized a food fair to demonstrate the variety of wild forest foods available to enhance dietary diversity, 2014 ; page 31 : Jennifer Nolan/Concern, Mumbwa District, Central Province, Zambia, Esnat Shibleki, 45, single mother of five. She joined the RAIN project in 2011 after being selected by the community members. She had one malnourished child, 2014 ; page 33 : Roland Brockmann/Welthungerhilfe, Katalipadar Village, Orissa, India, Minati Tuika, 25, Adivasi farmer collecting wild foods, 2014 ; page 35 : Welthungerhilfe, Romas Phas, 30, Dal Veal Leng Village, Ratanakiri Province, Cambodia, a mother of four children, who was trained on dietary diversity through one of Welthungerhilfe's partners ; page 35 : Welthungerhilfe, Romas Phas, 30, Dal Veal Leng, Ratanakiri Village, Cambodia, a mother of four children, who learned more about diversifying diets in a nutrition training program ; page 36 : Andreas Herzau/Welthungerhilfe, Jacmel, Haiti, selling mangos at the market, 2010 ; page 54-55 : Gwen Dubourthoumi-eu.

#### Commentaire :

Les frontières, les noms et les désignations utilisés sur les cartes de ce rapport ne constituent en aucune façon une reconnaissance ou l'expression d'un soutien officiel de la part de l'IFPRI, Welthungerhilfe, Concern Worldwide ou ACTED



Le GHI 2013 a été élaboré avec l'aide de l'Union européenne, dans le cadre du projet « Sensibilisation aux enjeux de développement et promotion de l'éducation au développement dans l'Union Européenne. »

Son contenu relève de la seule responsabilité d'ACTED et de ses partenaires et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union européenne.