

2014

Synthèse

L'INDICE DE LA FAIM DANS LE MONDE

LE DÉFI DE LA FAIM INVISIBLE

Synthèse IFPRI
Octobre 2014

| 83



Le rapport de l'Indice de la faim dans le monde 2014 – neuvième édition – propose une mesure multidimensionnelle de la faim au niveau national, régional et mondial. Le GHI 2014 montre les progrès effectués en matière de réduction de la faim depuis 1990, mais des efforts restent à faire, le niveau de la faim restant alarmant voire extrêmement alarmant dans 16 pays.

Cette année, le GHI se concentre sur un aspect particulier de la faim souvent négligé : la faim invisible. Egalement connue sous la forme de carences en micro-nutriments, la faim invisible touche plus de 2 milliards de personnes dans le monde. Les conséquences de ces carences en vitamines et en minéraux sont à la fois graves et pérennes. La faim invisible n'empêche pas seulement les personnes qui en sont affectées de survivre et de devenir des membres actifs de la société, elle ramène également les pays dans des cycles de malnutrition, de mauvaise santé, de pertes de productivité, de pauvreté persistante et de croissance économique réduite.

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

Le GHI se base sur les données suivantes équitablement pondérées :

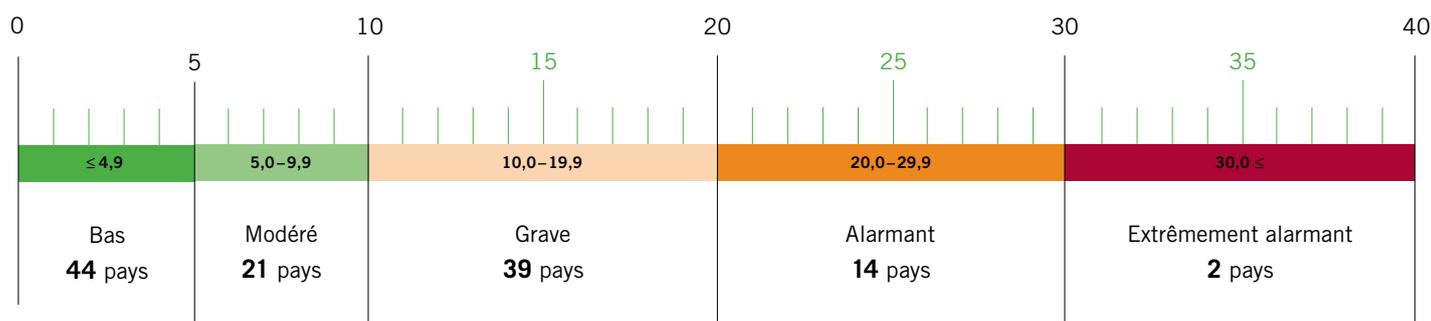
- Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- La part des enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale ;
- La part des personnes sous-alimentées.

Les sources, dont sont issues les estimations utilisées sont la FAO, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le DHS, le Groupe Inter-agence pour l'Estimation de la Mortalité Infantile de l'Organisation des Nations

Unies et l'IFPRI. Le GHI 2014 est calculé pour 120 pays pour lesquels les données sont disponibles et reflètent les données les plus récentes entre 2009 et 2013.

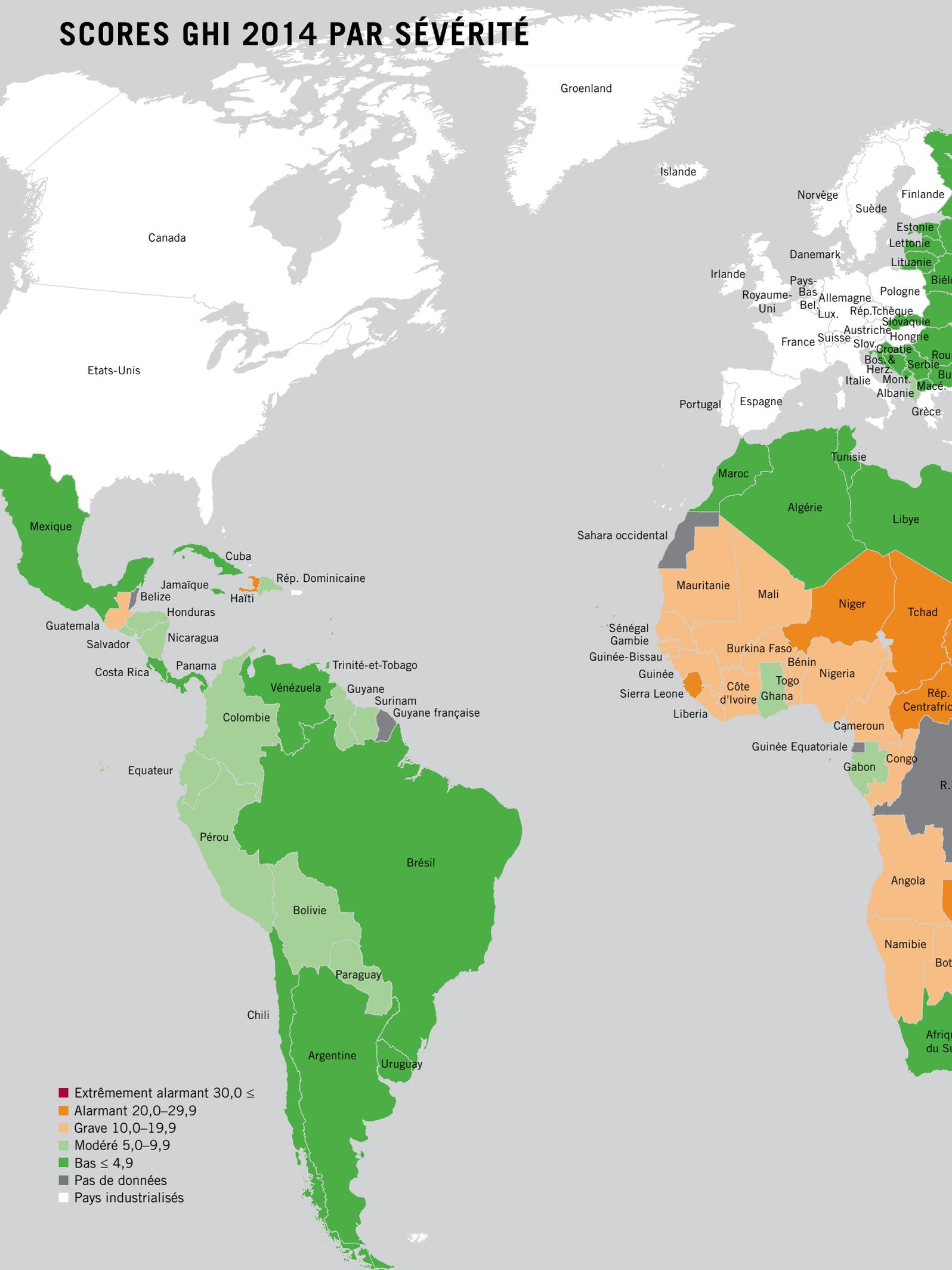
Les pays sont classés sur une échelle allant de 0 à 100 points, 0 étant le meilleur score (pas de faim) et 100 le pire, bien qu'aucun de ces extrêmes n'est atteint en réalité. Les scores inférieurs à 5 reflètent un niveau faible de faim, les scores de 5 à 9,9 reflètent un niveau modéré, les scores de 10 à 19,9 un niveau grave, ceux de 20 à 29,9 un niveau alarmant et ceux supérieurs à 30 un niveau extrêmement alarmant.

GRAPHIQUE 1 **CALCUL DU SCORE GHI**



Note : Les données pour de probables « points chauds de la faim » ne sont pas disponibles.

SCORES GHI 2014 PAR SÉVÉRITÉ



Canada

Groenland

Islande

Norvège

Finlande

Suède

Estonie

Lettonie

Lituanie

Danemark

Irlande

Royaume-Uni

Pays-Bas

Allemagne

France

Italie

Portugal

Espagne

Suisse

Autriche

Slovaquie

Pologne

Rép. Tchèque

Hongrie

Slovénie

Croatie

Bos. & Herz.

Serbie

Mont. Macé.

Albanie

Grèce

Tunisie

Maroc

Algérie

Libye

Sahara occidental

Mauritanie

Mali

Niger

Tchad

Sénégal

Gambie

Burkina Faso

Bénin

Nigeria

Rép. Centrafric.

Guinée-Bissau

Guinée

Côte d'Ivoire

Ghana

Sierra Leone

Liberia

Caméroun

Guinée Equatoriale

Congo

Gabon

R. D. Congo

Angola

Namibie

Botswana

Afrique du Sud

Mexique

Cuba

Rép. Dominicaine

Jamaïque

Belize

Haïti

Honduras

Nicaragua

Guatemala

Salvador

Costa Rica

Panama

Trinité-et-Tobago

Vénézuela

Guyane

Surinam

Guyane française

Colombie

Equateur

Pérou

Brésil

Bolivie

Paraguay

Chili

Argentine

Uruguay

TENDANCES MONDIALES, RÉGIONALES ET NATIONALES

Le nombre élevé de personnes souffrant de la faim dans le monde demeure inacceptable. Environ 805 millions de personnes souffrent de sous-alimentation chronique. Mais, des progrès ont malgré tout été réalisés (Graphique 2). Le GHI pour les pays en développement a diminué de 39% depuis 1990, passant de 20,6 à 12,5 en moyenne. Ce progrès est notamment dû à la diminution de la part d'enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale et de la part des personnes sous-alimentées.

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. Les progrès enregistrés en Asie du Sud-Est et 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 Etats Indépendants, le score GHI 2014 a diminué de 51% par rapport au score de 1995.

L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne ont les scores régionaux les plus élevés avec 18,1 et 18,2 respectivement. Les plus grandes avancées ont été observées depuis 2005. 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 — grâce principalement à un recul d'environ 9% de l'insuffisance pondérale infantile — et, après un ralentissement, des progrès notables ont été accomplis à nouveau

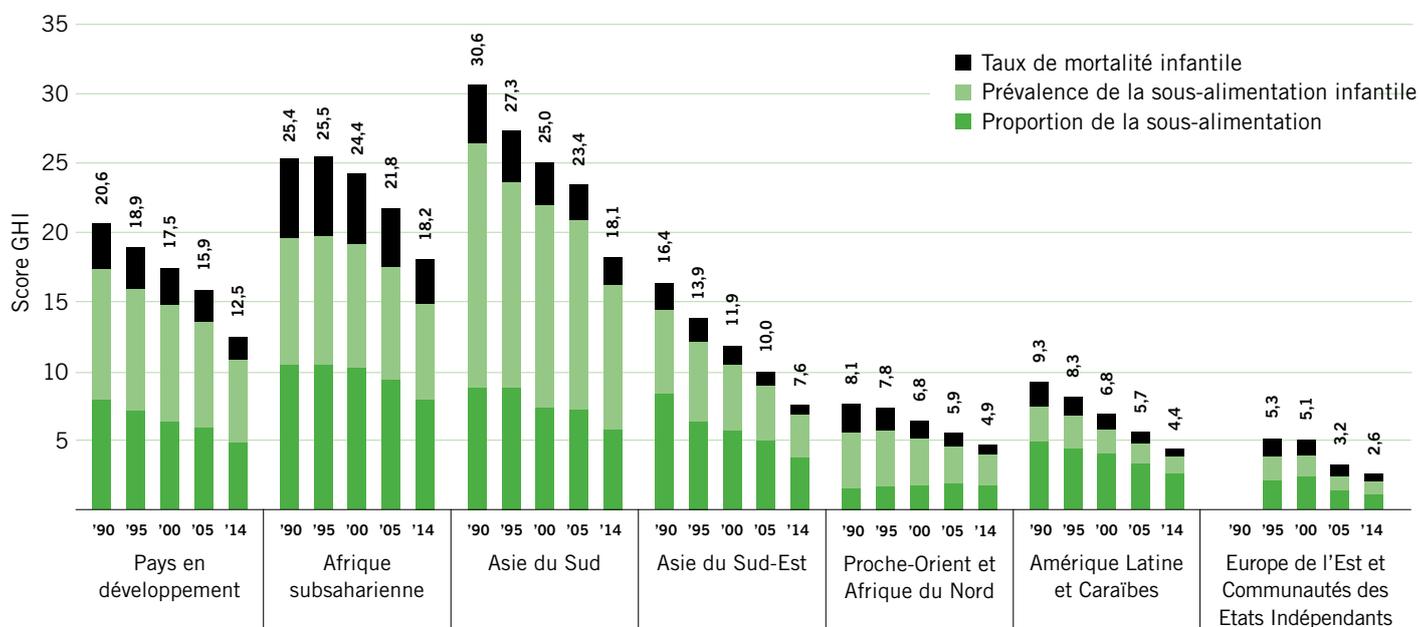
à partir de 2005. Le recul de plus de 5 points du GHI de l'Asie du Sud depuis 2005 s'explique en grande partie par les récents succès obtenus dans la lutte contre la sous-alimentation infantile.

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% entre 2005-2006 et 2013-2014. Les différents programmes et initiatives lancés par le gouvernement central en Inde et les gouvernements des Etats indiens au cours des dix dernières années semblent enfin avoir eu un effet positif sur la nutrition infantile. Des interventions ciblées sur la nutrition ont été renforcées après 2006 à travers (1) un dernier effort afin d'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 afin d'offrir des services sanitaires essentiels aux habitants des zones rurales.

Les régions et les pays ont atteint des résultats différents en termes de lutte contre la faim. Comparativement à l'Asie du Sud, l'Afrique subsaharienne avait un GHI plus faible en 1990 et a depuis fait des progrès moins importants. Entre 1990 et 1995, le score GHI de l'Afrique subsaharienne a légèrement augmenté, puis baissé jusqu'en 2000 pour diminuer plus rapidement ensuite de plus de 6 points.

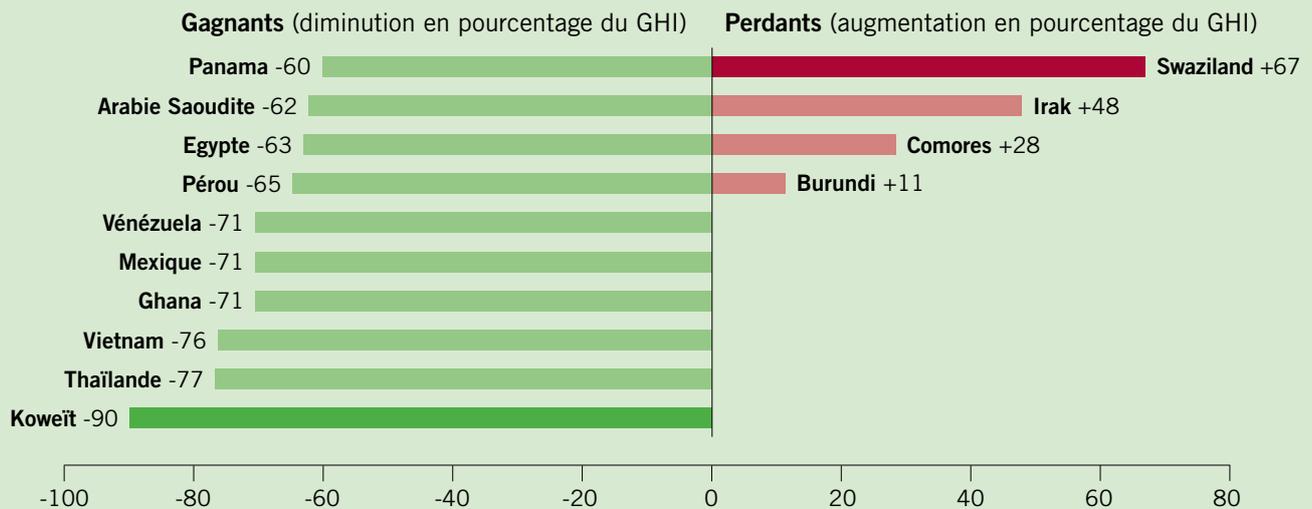
Entre le GHI de 1990 et celui de 2014, 26 pays ont réussi à réduire leur score de 50% ou plus, 39 pays ont connu des progrès modestes, dimi-

GRAPHIQUE 2 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 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 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 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 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 2013, les données sur la proportion de la population sous-alimentée sont celles de 2010-2012 ; les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale infantile sont celles de la dernière année de la période 2008-2012, pour laquelle les données sont disponibles, et les données sur la mortalité infantile sont celles de 2011.

GRAPHIQUE 3 **PAYS « GAGNANTS » ET PAYS « PERDANTS » ENTRE LE GHI 1990 ET LE GHI 2014**



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

nuant leur score GHI de 25% à 49,9%, et 17 pays ont diminué leur score de moins de 25%. Un seul pays d'Afrique subsaharienne, le Ghana, fait partie des 10 meilleurs résultats concernant l'amélioration du score GHI depuis 1990.

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.

L'Angola et le Cambodge sont en train de se relever de conflits dévastateurs. 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. Entre 1999 et 2011, le pays a réduit la part d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale, passant de 62% à 37%.

Depuis 2000, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué en Afrique subsaharienne. Les progrès pour vaincre la malaria, une part plus importante des naissances dans les centres médicaux, une meilleure prise en charge prénatal, un accès amélioré à l'eau potable et à des infrastructures sanitaires et une augmentation des niveaux de revenus – permettant une meilleure nutrition et un meilleur accès aux soins – sont des facteurs qui ont probablement contribué à la réduction des taux de mortalité.

Trois des quatre pays ayant une évolution négative de leur GHI depuis 1990 se situent en Afrique subsaharienne – le Swaziland, les Comores et le Burundi. Au Swaziland, pays ayant la moins bonne performance GHI (Graphique 3), 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. Estimée à 26,5% en 2012, la prévalence du VIH chez les adultes au Swaziland est la plus élevée au monde. 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. 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.

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 due à 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. La faim s'est aggravée jusqu'en 2000 avant de diminuer légèrement jusqu'en 2005, puis de repartir à la hausse. 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 connu un recul après un pic en 2000, tandis que la proportion de personnes sous-alimentées a plus que doublé depuis 1990.

La République Démocratique du Congo, avec une population proche des 70 millions d'habitants en 2014, apparaît encore en gris sur la carte en raison de l'absence de données fiables sur la sous-alimentation et l'impossibilité d'évaluer le niveau de faim. 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.

REPONDRE AU DEFI DE LA FAIM INVISIBLE

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. 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).

Dans les pays qui ne font pas face à des situations de crise, la pauvreté est la cause principale de l'accès limité à une nourriture nutritive et adéquate. De plus, 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.

La faim invisible, ou carence en micronutriments, touche plus de deux milliards d'individus, soit une personne sur trois dans le monde. 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. 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.

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.

C'est en Afrique et en Asie que la part des populations souffrant de carences sévères en micronutriments est la plus importante. Une grande partie de l'Afrique subsaharienne et le sous-continent indien en sont les points névralgiques, avec une prévalence élevée de la faim invisible. Ces taux sont relativement faibles en Amérique latine et dans les Caraïbes, régions où les régimes alimentaires reposent plus rarement sur

des aliments de base uniques, et qui profitent davantage de vastes programmes d'apport en micronutriments, d'éducation à la nutrition et de services de santé de base.

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 la 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 – un véritable cercle vicieux. 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 – un coût mondial de 1 400 à 2 100 milliards de dollars par an. 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.

Les solutions à la faim invisible

Augmenter la diversité alimentaire est l'un des moyens les plus efficaces de prévenir de manière durable la faim invisible. 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. 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 femmes en matière de pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

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, et la biofortification permettent aux consommateurs d'absorber plus facilement la quantité demandée de micronutriments.

Pour combattre la faim invisible, une approche multisectorielle est essentielle. Elle doit inclure des actions sur l'agriculture, la santé, l'eau et l'assainissement, la protection sociale, l'éducation et l'autonomisation des femmes.

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.

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, au 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).

APPROCHES INTEGREES POUR DE MEILLEURS RESULTATS 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. 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.

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

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 visant à s'attaquer au problème que représente la sous-alimentation chronique, en fournissant des solutions intersectorielles durables et modulables afin de transformer le quotidien des populations les plus pauvres et les plus vulnérables de Zambie, pays au niveau de faim alarmant selon le GHI.

Le projet RAIN vise à réorganiser l'agriculture pour améliorer la nutrition, en augmentant la consommation domestique des aliments produits. Les activités agricoles se concentrent avant tout sur les jardins potagers et l'élevage à petite échelle. Les messages clefs en termes de changements sociaux et comportementaux visent à faire évoluer les comportements liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en se concentrant sur 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. Ces messages promeuvent une plus grande participation des femmes aux prises de décision, et un partage plus équitable des travaux agricoles et des soins aux enfants.

Esnart Shibeledi 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. »

Associer l'agriculture, la gestion des ressources naturelles et la nutrition en Asie

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 les secteurs restent sous-exploitées. 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 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.

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 à briser le cercle vicieux de la malnutrition grâce à une formation qui aborde les éléments constitutifs d'une alimentation saine tout au long de la vie. Les familles apprennent en outre à prendre des décisions informées sur leurs dépenses, pour donner la priorité à des aliments riches en nutriment 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.

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, au nord-est du Cambodge. Les habitants de la région sont majoritairement des groupes autochtones. 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 qui ont reçu une formation en nutrition. 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. 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. 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. 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.

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 suffisante 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.

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

- **Améliorer l'accès des filles à l'éducation.** Faire disparaître les obstacles sexuels empêchant les filles d'accéder à l'éducation et à l'alphabetisation leur permet d'être plus autonomes à l'âge adulte.
- **Soutenir un système de protection sociale ciblé** et les aides pour les plus pauvres, ciblant tout particulièrement les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons de moins de deux ans et les adolescents.
- **Chaque pays doit définir le cadre d'intervention le plus adapté**, en envisageant des mesures comme la promotion de la diversité alimentaire, l'enrichissement, la supplémentation, la biofortification, l'éducation à la nutrition / le travail sur les comportements, l'accès à l'eau et aux installations sanitaires, et le travail sur les bonnes pratiques d'hygiène. 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.
- **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

- **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 qui contribue à 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

- **Standardiser et régulièrement collecter des données sur les carences en micronutriments. Les bonnes pratiques doivent s'appuyer sur des données fiables.**
- **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 des interventions alimentaires sur l'état micronutritif des populations cibles – 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.

**International Food Policy
Research Institute**

2033 K Street, NW
Washington, D.C. 20006-1002,
Etats-Unis
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Deutsche Welthungerhilfe e. V.

Friedrich-Ebert-Straße 1
53173 Bonn, Allemagne
Tel. +49 228-2288-0
Fax +49 228-2288-333
www.welthungerhilfe.de
Membre de l'Alliance2015

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Irlande
Tel. +353 1-417-7700
Fax +353 1-475-7362
www.concern.net
Membre de l'Alliance2015

ACTED

33, rue Godot de Mauroy
75009 Paris, France
Tel. +33 (0)1 42 65 61 26
www.acted.org
www.foodrightnow.fr
Membre de l'Alliance2015

IFPRI: Klaus von Grebmer, Amy Saltzman,
Ekin Birol, Doris Wiesmann, Nilam Prasai, Sandra Yin,
Yisehac Yohannes, Purnima Menon

Concern Worldwide: Jennifer Thompson

Welthungerhilfe: Andrea Sonntag

Cette synthèse est basée sur l'Indice de la faim dans le monde 2014,
publié par l'IFPRI, Concern et Welthungerhilfe. Les éditeurs du GHI ne
sont pas responsables de l'exactitude de la traduction de synthèse.

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.

Copyright © 2014 IFPRI. Tous droits réservés.

Contact : ifpri-copyright@cgiar.org pour permission de reproduction.

ISBN: 978-0-89629-857-6

<http://www.ifpri.org/publication/2014-global-hunger-index>

