

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2019

unicef 

pour chaque enfant

Enfants, nourriture et nutrition

Bien grandir dans un monde
en mutation



Publié par l'UNICEF depuis 1980, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* vise à approfondir les connaissances et à accroître la sensibilisation au sujet des grands enjeux qui touchent les enfants, et plaide en faveur de solutions qui amélioreront leur vie.

ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉLABORATION DU RAPPORT

Brian Keeley, *Rédacteur en chef* ; Céline Little, *Rédactrice* ; Juliano Diniz de Oliveira, *Spécialiste de la recherche et des politiques* ; Eric Zuehlke, *Rédacteur* ; Gregory Sclama, *Chercheur* ; Kasper Vrolijk, *Analyste de données* ; Upasana Young, *Associée au programme (conception)* ; Dawit Ghebremichael, *Associé au programme* ; et David Anthony, *Chef, Analyse des politiques*.

ANALYSE DES DONNÉES ET INNOVATIONS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Chika Hayashi, Richard Kumapley et Vrinda Mehra.

RÉVISION ET PRODUCTION

Samantha Wauchope, *Spécialiste de la production* ; Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi, *Éditeur pour l'arabe* ; Carlos Perellon, *Éditeur pour l'espagnol* ; Alix Reboul-Salze, *Éditrice pour le français* ; Xinyi Ge et Yasmine Hage, *Recherche et vérification des faits* ; Adam Woolf, Allison McKechnie et Deborah Yuill, *correctrices (Proseworks)* ; et Germain Ake, *Associé à la diffusion*.

CONCEPTION GRAPHIQUE

Gabriela Montorzi, Nona Reuter et Shangning Wang.

MÉDIAS ET COMMUNICATIONS

Kurtis Albert Cooper, Sabrina Sidhu et Guy Taylor.

RECHERCHE

Des recherches générales ont été effectuées en prévision du rapport par Cynthia M. Bulik, Clare Collins, Fabrice DeClerck, Alessandro Demaio, Amandine Garde, Jody Harris, Jenna Hollis, Peninah Masibo, Karen McColl, Melissa Munn-Chernoff, Nicholas Nisbett, Michael N. Onah, Kendra Siekmans, Mimi Tatlow-Golden, Dylan Walters et l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN).

Les articles de la série *Perspectives* représentent les vues personnelles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

La reproduction de toute partie de cette publication est sujette à autorisation.

Veuillez contacter :

Division de la communication, UNICEF, Permissons
3 United Nations Plaza New York, NY 10017, États-Unis, Tél. : +1 (212) 326-7434 ; Courrier électronique : nyhqdc.permit@unicef.org

Pour toutes les données ultérieures à la mise sous presse, consulter le site : <data.unicef.org>.

Citation suggérée : UNICEF (2019).

La Situation des enfants dans le monde 2019. Enfants, nourriture et nutrition : Bien grandir dans un monde en mutation. UNICEF, New York.

ISBN : 978-92-806-5004-4

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), octobre 2019.

Photo de couverture : Une fillette mange dans la communauté de Hanaq Chuquibamba, au Pérou. © UNICEF/Vilca/2019

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes et institutions. L'équipe chargée de l'élaboration du rapport remercie tous ceux qui ont généreusement contribué à cette publication en y consacrant leur temps, leur expertise et leur énergie, notamment :

GROUPE CONSULTATIF DE HAUT NIVEAU

Victor M. Aguayo, Francesco Branca, Sandro Demaio, Jessica Fanzo, Lawrence Haddad, Purnima Menon, Ellen Piwoz, Victoria Quinn, Juan Rivera, Meera Shekar, Cesar Victora et Keith West, pour les orientations stratégiques, les directives techniques et les conseils en matière de politiques.

GROUPE CONSULTATIF INTERNE

Yarlina Balarajan, France Begin, Silaja Birks, Luisa Brumana, Lizette Burgers, Stefano Fedele, Alison Fleet, Bernadette Gutmann, Diane Holland, Josephine Ippe, Roland Kupka, Joan Matji, David Matern, Christiane Rudert, Tamara Rusinow, Oren Schlein, Harriet Torlesse, Vilma Tyler, Amirhossein Yarparvar et Noel Marie Zagre, pour l'examen des versions préliminaires du rapport et les orientations et conseils fournis.

DIVISION DES DONNÉES ET DE L'ANALYSE

Vidhya Ganesh, *Directrice* ; Robert Bain, Jan Beise, Claudia Cappa, Liliana Carvajal, Allysha Choudhury, Enrique Delamonica, Mamadou Salio Diallo, Karoline Hassfurter, Chika Hayashi, Mark Hereward, Lucia Hug, Yves Jacques, Aleya Khalifa, Julia Krasevec, Richard Kumapley, Sinae Lee, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Padraic Murphy, Colleen Murray, Rada Noeva, Mohamed Obaidy, Khin Wityee Oo, Lauren Pandolfelli, Hyunju Park, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Jennifer Raquejo, Nona Reuter, David Sharrow, Tom Slaymaker, Sameen Wajid, Danzhen You et Yanhong Zhang.

DIVISION DES PROGRAMMES

Omar Abdi, *Directeur général adjoint* ; Ted Chaiban, *Directeur* ; et Jens Aerts, Patty Alleman, Yousif Almasri, Christina Calabrese, David Clark, Nita Dalmiya, Aashima Garg, Thomas George, Saul Ignacio Guerrero Oteya, Jumana Haj-Ahmad, Tatiana Harmon, Andreas Hasman, Sanda Hlaing, Annette Imohe, Jo Jewell, Emna Kayouli, Ragini Khurana, Catherine Langevin-Falcon, Jennifer Lopez, Isabel Madzorera, Erin McLean, Andrew Mok Yuan Min, Reuel Kirathi Mungai, Louise Mwirigi, Gautam Narasimhan, Cristina Hayde Perez Gonzalez, Nicole Ricasata, Dolores Rio, Jessica Rodriguez, Sirjana Rogowska, Mawuli Sablah, Joseph Senesie, Sirjana Shakya, Deepika Sharma, Sagri Singh, Ruth Situma, Irum Taqi, Rakshya Rajyashwori Thapa, Vanya Tsutsui, Tamara Rusinow et Amy Wickham.

COLLECTE DE FONDS ET PARTENARIATS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Carlotta Barcaro, Jacquetta Hayes, Andrew Mawson, Morel Naim, Annabelle McDougall et Keiko Sakamoto.

DIVISION DE LA COMMUNICATION

Charlotte Petri Gornitzka, *Directrice générale adjointe* ; Paloma Escudero, *Directrice* ; et Mauricio Aguayo, Nigina Baykabalova, Penni Berns, Marissa Buckanoff, Mariana Da Cunha Pinto Amaral, Jedd Flanscha, Joe English, Angus Ingham, Deborah Toskovic Kavanagh, Gbolayemi Lufadeju, Najwa Mekki, Christine Mills, Christine Nesbitt, Edita Nsubuga, Priyanka Pruthi, Leah Selim, Michael Sidwell, Tanya Turkovich, Judith Yemane et Dennis Yuen.

COMITÉ DU ROYAUME-UNI POUR L'UNICEF

Pauline Castres, Kirtbir Chahal, Jose Cuesta, Ceri Gautama, Roxanne Portnoi et Liam Sollis.

SIÈGE DE L'UNICEF À NEW YORK

Diana Cordero, Kathleen Edison, Andres Franco, Hongwei Gao, Dennis Gayanelo, Bindu Kotimreddy, Ganesh Narahari, Brina Seidel, Arber Stublla.

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Les collègues de l'UNICEF en Afghanistan, Australie, Bangladesh, Chine, Égypte, États-Unis, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Inde, Indonésie, Kirghizistan, Mexique, Nigéria, Philippines, Serbie, Soudan et Zimbabwe, pour leur contribution à l'organisation d'ateliers en prévision de *La Situation des enfants dans le monde*.

Alex Cadillo, Carolyn McCaffrey, Hugo Razuri, Carlos Rojas, Maria Elena Ugaz, Ines Villar et Marilu Wiegold, à Lima, Pérou ; Stephen Barrett, Marianne Clark-Hattingh, Maryam Halim, Zouhair Rosli, Marc Vergara et Faradiza Zahri, à Kuala Lumpur, Malaisie ; Mx Balibago, Maria Evelyn Carpio, Mariella Castillo, Zafrin Chowdhury, Rene Galera, Wigdan Madani et Julia Rees, à Manille, Philippines ; et Jee Hyun Rah et Kate Rose à Jakarta, Indonésie, pour leur patience, leur soutien et leur bonne humeur au cours des visites de site de l'équipe du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Les collègues de l'UNICEF en Afrique du Sud, Bangladesh, Belize, Brésil, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, El Salvador, France, Ghana, Indonésie, Libéria, Malawi, Mali, Malaisie, Mexique, Moldova, Myanmar, Nigéria, République centrafricaine, Sierra Leone, Eswatini, Syrie, Thaïlande, Tunisie, Royaume-Uni, Ukraine, Vietnam et Zimbabwe, pour leur participation au sondage U-Report en prévision de *La Situation des enfants dans le monde*, et le Centre mondial de l'innovation de l'UNICEF, pour la réalisation et l'analyse du sondage U-Report pour le présent rapport.

Alejandro Calvillo Unna, Hilal Elver, Inge Kauer, Peter Bakker, Sania Nishtar, Scholastica Nguli, Sherrie Westin et Raya, pour leur participation à la série d'articles *Perspectives*, et Viktoria Aberg, Hallie Ruvin, Moria Moderelli, Mark Wjine, Marisa Macari, Alison Cairns, Kristin Heume et Melissa Shapiro, pour leur aide concernant ces articles.

Elyse Champagne-Klassen, Catharine Fleming, Girish Lala, Virginia Schmied et Amanda Third de l'Université occidentale de Sydney pour leur travail de conception de la méthodologie et d'analyse des résultats issus des ateliers organisés à l'échelle mondiale pour le présent rapport *La Situation des enfants dans le monde* ; et Peggy Koniz-Booher et Rafael Perez-Escamilla, membres du groupe consultatif du projet.

Derek Headey, pour sa contribution à l'élaboration de l'encadré sur le prix des aliments et la nutrition à partir de la publication scientifique *The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents*, auteurs : Derek D. Headey et Harold H. Alderman.

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, la Section de la nutrition de la Division des programmes de l'UNICEF et les participants à la consultation sur les systèmes alimentaires pour les enfants et les adolescents, tenue à Florence du 5 au 7 novembre 2018.

Ian Au, Tara Dooley, Elizabeth Fox, Nada Hamadeh, Jens-Christian Holm, Sue Horton, Priscilla Idele, Achila Imchen, Faizal Karmali, Manmeet Kuar, Selenge Lkhagva, Joseph Pell Lombardi, Makmende Media, Takaaki Masaki, William Masters, David Nabarro, Dan Parker, Marko Olavi Rissanen et le Conseil mondial des entreprises pour le développement durable, pour leur aide et leur appui.

Lisa Rogers, de l'Organisation mondiale de la Santé, pour avoir fourni es données originales utilisées dans le présent rapport.

L'UNICEF remercie le Royaume des Pays-Bas et la Norvège pour le soutien qu'ils ont accordé à l'élaboration du présent rapport.

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde* est produit par le Bureau des éclairages mondiaux et des politiques (OGIP)

Laurence Chandy, *Directeur*.

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2019
**ENFANTS, NOURRITURE
ET NUTRITION**
Bien grandir dans un monde
en mutation

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	6
Messages clés	8
Comment le triple fardeau de la malnutrition nuit aux enfants, aux adolescents et aux femmes	12

INTRODUCTION | Bien grandir dans un monde en mutation 14

Un monde en mutation	16
La malnutrition – Un triple fardeau	16
Survivre sans s'épanouir	18
Renforcer l'accent sur les systèmes alimentaires	19
Créer des systèmes alimentaires adaptés aux enfants	20
À propos de ce rapport	22
Faire de la nutrition infantile une priorité	23
U-Report : Que pensent les jeunes de l'alimentation et de la nutrition ?	24
<i>La Situation des enfants dans le monde 2019</i> – Ateliers avec des jeunes et des mères	26



01 La malnutrition infantile de nos jours 34

La malnutrition infantile de nos jours	36
Quand les différentes formes de malnutrition coexistent	50
Le rôle des systèmes alimentaires	54
Quelles sont les conséquences économiques de la malnutrition ?	60
Section spéciale : Le surpoids et l'obésité dans les pays de l'OCDE et de l'UE	48



02 L'alimentation aux différentes étapes de l'enfance 64

Petite enfance (de 0 à 5 ans) : une période de vulnérabilité et de possibilités	68
Phase intermédiaire de l'enfance (5 à 9 ans) : une période de transition	81
Adolescence (de 10 à 19 ans) : des années déterminantes pour la nutrition tout au long de la vie	83
Section spéciale : Qu'est-ce qu'une alimentation saine ?	90



03 La malnutrition dans un monde en mutation 94

Cycles intergénérationnels de malnutrition	100
Mondialisation	101
Urbanisation	106
Chocs climatiques	112
Section spéciale : Les filles et les femmes ont besoin d'un soutien accru pour une meilleure nutrition	102
Section spéciale : La nutrition dans les situations d'urgence	116



04 Quelles réponses apporter à la malnutrition ? 120

La réponse des gouvernements face à une dynamique grandissante	123
Des réponses multiples à un défi multiforme : l'approche systémique	125
Placer l'enfant au cœur du système alimentaire	132
Réponses des sociétés civiles et de la collectivité	140
Exemples d'innovations dans le domaine de la nutrition	148
Section spéciale : À quoi ressemble dans la pratique une approche systémique au service de la nutrition ?	128
Section spéciale : L'influence du marketing alimentaire sur l'alimentation des enfants	144



05 Un programme pour faire du droit des enfants à une bonne nutrition une priorité 150

Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes de demander des aliments nutritifs	155
Inciter les fournisseurs de denrées alimentaires à agir dans l'intérêt des enfants	156
Créer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants	157
Mobiliser les systèmes de soutien afin d'améliorer les résultats nutritionnels pour tous les enfants	158
Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de bonne qualité pour orienter les actions et suivre les progrès	160
Section spéciale : De meilleures données pour une meilleure alimentation	162



Références	166
Méthodologie des ateliers de <i>La Situation des enfants dans le monde 2019</i>	178
Remarques relatives aux figures	179
Tableaux statistiques	180

PERSPECTIVES

Faire respecter le droit de l'enfant à l'alimentation et à la nutrition, <i>par Hilal Elver</i>	32
Pourquoi la nutrition des enfants a-t-elle de l'importance pour le développement économique global d'un pays ? <i>par D^r Sania Nishtar</i>	62
Des femmes innovent avec des activités communautaires en faveur de la nutrition infantile dans une région rurale de Tanzanie, <i>par Scholastica Nguli</i>	92
La marionnette Raya, de Sesame Workshop, enseigne des habitudes saines aux enfants, <i>par Sherrie Westin et Raya</i>	118
L'industrie alimentaire doit intensifier ses efforts dans la lutte contre la crise nutritionnelle mondiale, <i>par Inge Kauer</i>	138
L'activisme communautaire contre l'obésité de l'enfant au Mexique, <i>par Alejandro Calvillo Unna</i>	146
Travailler ensemble pour l'avènement de populations en bonne santé sur une planète saine, <i>par Peter Bakker</i>	164

GROS PLANS

Au Royaume-Uni, les enfants les plus pauvres risquent davantage le surpoids et l'insécurité alimentaire	53
Une journée n'est (presque) jamais suffisante : le quotidien d'une mère allaitant son enfant dans une région rurale du Laos	72
Les aliments complémentaires et l'évolution des comportements au Rwanda	77
Des clubs de mères luttent contre la malnutrition en Haïti	79
En quête d'habitudes alimentaires saines en Indonésie	87
La nutrition infantile dans les zones urbaines défavorisées de Kuala Lumpur	107
L'obésité chez l'enfant : un problème pressant pour la Chine	109
Les changements climatiques menacent la nutrition infantile au Bangladesh	113
Des efforts sans précédent en matière d'étiquetage alimentaire	135
Survivre et s'épanouir au Pérou	141

ENCADRÉS

1.1 La prise en charge des enfants émaciés à domicile	41
1.2 Comment l'agriculture peut-elle contribuer à améliorer la nutrition ?	55
2.1 L'alimentation à l'écoute de l'enfant	80
2.2 Troubles alimentaires, alimentation et santé mentale des adolescents	88
3.1 Facteurs déterminants de la malnutrition maternelle et infantile	97
3.2 L'entéropathie environnementale	99
3.3 Les additifs	100
3.4 L'épigénétique	101
3.5 Les aliments ultra-transformés	104
3.6 Les prix de la nourriture et l'alimentation	110

GRAPHIQUES

Comment le triple fardeau de la malnutrition nuit aux enfants, aux adolescents et aux femmes	12
Cadre Innocenti pour des systèmes alimentaires au service des enfants et des adolescents	56
L'alimentation et la nutrition tout au long de l'enfance	66
Les bienfaits de l'allaitement au sein pour la mère et l'enfant	69
Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la nutrition maternelle et infantile	97
La nutrition au sein des objectifs de développement durable	123
Des réponses multiples à un défi multiforme : l'approche systémique	126
Systèmes d'étiquetage alimentaire	135
Faire de la nutrition infantile une priorité	152

FIGURES

A.1	Prévalence des enfants de moins de 5 ans qui ne grandissent pas bien (en raison d'un retard de croissance, d'une émaciation ou d'un surpoids), 2018	17
1.1	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, 2018	37
1.2	Projections relatives à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans par rapport aux objectifs de 2030	40
1.3	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'émaciation, 2018	42
1.4	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de faim insoupçonnée	44
1.5	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans en surpoids, 2018	46
1.6	Tendance du pourcentage de pays selon la classification des pays en fonction de leur revenu de la Banque mondiale où au moins 10 % des enfants âgés de 5 à 19 ans sont en surpoids	47
1.7	Hausse du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, les enfants âgés de 5 à 19 ans et les jeunes	47
1.8	Pourcentage d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans présentant un surpoids dans 41 pays de l'OCDE et de l'UE	49
1.9	Nombre de pays où les enfants présentent plusieurs formes de malnutrition simultanément (retard de croissance, émaciation, surpoids et anémie)	50
1.10	Pourcentage d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans les foyers les plus pauvres et les plus riches dans les pays à revenu faible, intermédiaire des tranches inférieure et supérieure et élevé	52
2.1	Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris avec des préparations pour nourrissons, par région de l'UNICEF, 2018	70
2.2	Tendances concernant le pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein, par région de l'UNICEF, aux alentours de 2005 et de 2018	71
2.3	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type, à l'échelle mondiale, 2018	74
2.4	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale), par région de l'UNICEF, 2018	74
2.5	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments, par quintile de richesse et lieu de résidence, à l'échelle mondiale, 2018	74
2.6	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type et selon la classification des pays en fonction de leur revenu de la Banque mondiale, 2018	75
2.7	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type et âge, à l'échelle mondiale, 2018	75
2.8	Régime alimentaire des adolescents en fonction des groupes de revenus de la Banque mondiale, 2008-2015	85
3.1	Prévalence du retard de croissance, de la maigreur et du surpoids chez les enfants (âgés de 7 à 18 ans) en Chine, 1985-2014	109
4.1	Une approche systémique pour relever le défi de la malnutrition	126

TABLEAUX STATISTIQUES

Notes générales sur les données	180	VIH/sida : couverture des interventions	212
Estimations des taux de mortalité de l'enfant	181	Nutrition : nouveau-nés, nourrissons et enfants en bas âge	216
Classements régionaux	182	Nutrition : enfants d'âge préscolaire et scolaire, femmes et ménages	220
Notes sur certains tableaux	183	Développement de la petite enfance	224
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et mortalité des enfants de moins de 5 ans par pays en 2018	190	Éducation	228
Indicateurs démographiques	192	Protection de l'enfance	232
Mortalité de l'enfant	196	Protection sociale et équité	236
Santé de la mère et du nouveau-né	200	EAH	240
Santé de l'enfant	204	Adolescents	244
VIH/sida : épidémiologie	208	Indicateurs économiques	248
		Émancipation économique des femmes	252

Avant-propos



© UNICEF/UN0154449/Nesbitt

Dans la cuillère qu'une mère ou qu'un père tend à son bébé, la nourriture représente l'amour. Dans le repas de fête qu'une famille prépare pour l'anniversaire d'un enfant, la nourriture représente la communauté. Dans les cris et les rires d'adolescents qui partagent une collation après l'école, la nourriture représente la joie. Et pour chaque enfant et chaque jeune partout, la nourriture représente la vie – un droit fondamental et la base d'une alimentation saine et d'un bon développement physique et mental.

Malheureusement, comme le montre ce rapport sur la situation des enfants dans le monde, nos enfants et nos jeunes sont bien trop nombreux à ne pas recevoir l'alimentation dont ils ont besoin, ce qui mine leur capacité à grandir, à se développer et à apprendre pour réaliser leur plein potentiel. Cette situation ne porte pas seulement préjudice aux enfants et aux jeunes en question, mais porte aussi préjudice à chacun d'entre nous.

Face à un tel constat, nous n'avons pas d'autre choix que de nous poser des questions difficiles : comment se fait-il qu'aujourd'hui, au XXI^e siècle, 149 millions d'enfants de moins de 5 ans continuent de présenter un retard de croissance et près de 50 millions d'enfants, de souffrir d'émaciation ? Comment est-il possible que le surpoids et l'obésité continuent d'augmenter chez les enfants et les jeunes, et soient de plus en plus présents dans les milieux défavorisés ? Comment se fait-il qu'une alimentation saine coûte de plus

en plus cher et qu'il soit de plus en plus économique de consommer des aliments non nutritifs et mauvais pour la santé ?

La nutrition se trouve depuis longtemps au cœur des activités de l'UNICEF. En 2018, nous avons contribué à fournir des aliments thérapeutiques qui sauvent des vies à 4,1 millions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère, nous avons amélioré la qualité de l'alimentation de plus de 15,6 millions d'enfants grâce à des programmes d'enrichissement des aliments dans les foyers, nous avons appuyé des programmes visant à prévenir l'anémie et d'autres formes de malnutrition chez plus de 58 millions d'adolescentes et d'adolescents, et nous avons veillé à ce que plus de 300 millions d'enfants bénéficient de services visant à prévenir le retard de croissance et d'autres formes de malnutrition.

La nutrition occupe aussi depuis longtemps une place importante dans l'exercice de notre leadership éclairé. En 1990, nous avons instauré un cadre révolutionnaire en matière de nutrition qui visait à définir les multiples causes de la malnutrition. En 2019, nous avons repensé ce cadre afin de mettre l'accent sur les facteurs indispensables à une bonne nutrition, à savoir l'alimentation des enfants et des femmes, les soins dont ils bénéficient, les environnements alimentaires dans lesquels ils évoluent, ainsi que les valeurs et l'engagement politique des sociétés pour soutenir le droit à une nutrition adéquate. Chacun de ces facteurs déterminants renferme une possibilité

d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants, des jeunes et des femmes de nos sociétés.

En ma qualité de Directrice générale de l'UNICEF et de présidente du Groupe de direction de l'initiative Renforcer la nutrition, je tiens à réaffirmer mon engagement, ainsi que l'engagement de l'UNICEF, à exploiter l'ensemble de ces possibilités afin d'améliorer la nutrition de chaque enfant, en particulier au cours des 1 000 premiers jours décisifs de sa vie, de sa conception à son deuxième anniversaire, et de l'adolescence, qui constituent deux fenêtres de possibilités inégalées. En témoignage de cet engagement, nous publions le présent rapport ainsi que la nouvelle stratégie de l'UNICEF en matière de nutrition, qui définit nos priorités et nos plans pour améliorer la situation nutritionnelle des enfants, des jeunes et des femmes au cours des années à venir.

Nous savons comment combattre la malnutrition sous toutes ses formes, de la conception à l'adolescence, en passant par l'enfance. Cependant, nous ne pourrions pas remporter ce combat seuls. Il est impératif que les gouvernements nationaux fassent preuve d'une véritable détermination politique, renforcée par des engagements financiers clairs, ainsi que par des politiques et des mesures d'incitation qui encouragent le secteur privé à investir dans des produits alimentaires nutritifs, sûrs et abordables pour les enfants, les jeunes, les femmes et les familles. Il devient aussi urgent que nous nous employions à faire de la nutrition des enfants une priorité, non seulement dans les systèmes alimentaires, mais aussi dans les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'éducation et de protection sociale. Les avancées réalisées dans

chaque système contribueront aux avancées réalisées dans tous les autres systèmes.

Les jeunes et les femmes ont conscience de l'importance de la nutrition et de l'alimentation. « Manger sainement, c'est se montrer responsable à l'égard de sa propre santé », a affirmé une fille de 16 ans en Chine durant l'un des quelque 70 ateliers organisés dans le cadre de la réalisation de ce rapport. « La nourriture est importante pour nous, car elle nous aide à étudier correctement », nous a par ailleurs confié une jeune fille de 13 ans en Inde. Les jeunes et les femmes ont également une idée précise des obstacles qui les empêchent d'avoir une alimentation saine. « Je n'ai pas assez d'argent pour m'acheter à manger et pour acheter à manger à mon bébé », nous a dit une mère de 20 ans au Guatemala. « Je ne sais pas quels aliments sont bons pour la santé », a déploré une adolescente de 18 ans au Zimbabwe.

Une alimentation saine ouvre la voie à l'égalité des chances. Attachons-nous ensemble à faire tomber les obstacles et à garantir que chaque enfant, chaque jeune et chaque femme bénéficient du régime alimentaire nutritif, sûr, abordable et durable dont ils ont besoin à chaque moment de leur vie pour réaliser leur plein potentiel.



Henrietta H. Fore
Directrice générale de l'UNICEF



Un enfant vend des en-cas à d'autres enfants devant une clinique de Gaza, dans l'État de Palestine. © UNICEF/UN068011/EI Baba

Enfants, nourriture et nutrition | Bien grandir dans un monde en mutation

Messages clés

Au moins un enfant âgé de moins de 5 ans sur trois est dénutri ou en surpoids et un sur deux souffre de faim insoupçonnée, autant de pathologies qui sapent la capacité de millions d'enfants à bien grandir et à réaliser leur plein potentiel.

- À l'échelle du globe, au moins un enfant âgé de moins de 5 ans sur trois ne grandit pas bien car il souffre d'une ou de plusieurs des trois formes les plus visibles de la malnutrition, à savoir le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids.
- Dans le monde, au moins un enfant âgé de moins de 5 ans sur deux souffre de faim insoupçonnée en raison de carences en vitamines et autres nutriments essentiels.
- La dénutrition continue de nuire gravement aux enfants. En 2018, près de 200 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance ou une émaciation, tandis qu'au moins 340 millions souffraient de faim insoupçonnée.
- Le surpoids et l'obésité ne cessent de gagner du terrain. De 2000 à 2016, la part des enfants âgés de 5 à 19 ans en surcharge pondérale est passée de 10 % à près de 20 %.
- Le nombre d'enfants présentant un retard de croissance a décliné dans toutes les régions, excepté en Afrique, tandis que celui des enfants en surpoids a augmenté dans toutes les régions, y compris en Afrique.

Le triple fardeau de la malnutrition – à savoir la dénutrition, la faim insoupçonnée et le surpoids – menace la survie, la croissance et le développement des enfants, des jeunes, mais aussi les économies et les nations.

- Le retard de croissance – signe évident qu'un enfant ne se développe pas bien – est à la fois un symptôme de privation passée et un indicateur de pauvreté future.
- L'émaciation peut être mortelle chez l'enfant, en particulier dans ses formes les plus sévères. Contrairement aux croyances populaires, la majorité des enfants émaciés dans le monde vivent en Asie et non dans des situations d'urgence.
- La faim insoupçonnée porte préjudice aux enfants comme aux femmes. Chez l'enfant, les carences en fer diminuent les capacités à apprendre tandis que chez la femme, l'anémie ferriprive augmente le risque de décès pendant ou peu après l'accouchement.
- Le surpoids chez l'enfant peut entraîner l'apparition précoce d'un diabète de type 2, la stigmatisation et la dépression. L'obésité infantile est également un important facteur d'obésité à l'âge adulte, laquelle entraîne des répercussions sanitaires et économiques majeures.
- Le fardeau de la malnutrition sous toutes ses formes est essentiellement porté par les enfants et les jeunes issus des milieux les plus pauvres et marginalisés, qui perpétuent ainsi le cycle de la pauvreté à travers les générations.

Le triple fardeau de la malnutrition est à mettre sur le compte d'une mauvaise alimentation infantile : deux enfants sur trois ne bénéficient pas de la diversité alimentaire minimale recommandée pour une croissance et un développement optimaux.

- Seuls deux enfants âgés de moins de 6 mois sur cinq bénéficient de l'allaitement exclusif recommandé. L'allaitement pourrait pourtant sauver la vie de 820 000 enfants chaque année dans le monde.
- Le recours aux substituts du lait maternel est préoccupant. De 2008 à 2013, les ventes de formules à base de lait ont en effet augmenté de 41 % à l'échelle mondiale et de 72 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comme le Brésil, la Chine et la Turquie.
- Les mauvais régimes alimentaires conduisent à la malnutrition dès la petite enfance : 44 % des enfants âgés de 6 à 23 mois ne mangent ni fruits, ni légumes, et 59 % ne reçoivent ni œufs, ni produits laitiers, ni poisson, ni viande.
- Seul un enfant âgé de 6 à 23 mois sur cinq issu des foyers les plus pauvres et des milieux ruraux reçoit une alimentation conforme à la diversité alimentaire minimale recommandée pour une croissance et un développement cérébral optimaux.
- De nombreux adolescents scolarisés consomment des aliments hautement transformés : 42 % boivent des sodas au moins une fois par jour et 46 % consomment des aliments issus de la restauration rapide au moins une fois par semaine.

La mondialisation, l'urbanisation, les inégalités, les crises humanitaires et les chocs climatiques entraînent des changements négatifs inédits de l'état nutritionnel des enfants dans le monde.

- La mondialisation influe sur l'éventail d'aliments proposés et les choix alimentaires : 100 grandes entreprises fournissent à elles seules 77 % des aliments transformés vendus dans le monde.
- Dans les villes, les enfants pauvres vivent dans des « déserts alimentaires », dans lesquels les aliments sains ne sont pas disponibles, ou dans des « bourbiers alimentaires » proposant une abondance de produits transformés hautement caloriques et à faible teneur en nutriments.

- Les familles pauvres ont tendance à opter pour des aliments de mauvaise qualité moins coûteux. Du fait de la pauvreté et de l'exclusion, les enfants les plus défavorisés sont ceux qui courent le plus grand risque de souffrir de malnutrition, toutes formes confondues.
- Les chocs climatiques, la perte de biodiversité et la pollution de l'eau, de l'air et des sols aggravent les perspectives nutritionnelles de millions d'enfants et de jeunes, en particulier dans les milieux pauvres.
- En 2018, l'UNICEF et ses partenaires ont traité plus de 3,4 millions d'enfants atteints de malnutrition sévère dans des contextes humanitaires, de l'Afghanistan au Yémen en passant par le Nigéria et le Soudan du Sud.

Améliorer la nutrition infantile requiert des systèmes alimentaires qu'ils fournissent une alimentation nutritive, sûre, abordable et durable à tous les enfants.

- Des millions d'enfants mangent en quantité insuffisante les aliments dont ils ont besoin tandis que des millions d'autres consomment en excès ceux dont ils n'ont pas besoin : les mauvais régimes alimentaires représentent aujourd'hui le premier facteur de risque pour la charge mondiale de morbidité.
- La nutrition infantile doit être placée au cœur des systèmes alimentaires nationaux : en effet, répondre aux besoins nutritionnels spécifiques des enfants est crucial pour parvenir à un développement durable.
- Des incitations financières doivent être mises en place pour récompenser les acteurs qui améliorent la disponibilité des aliments sains et abordables sur les marchés et dans les autres points de vente, en particulier dans les communautés à faible revenu.
- Des mesures financières dissuasives visant les denrées malsaines peuvent améliorer l'alimentation des enfants. Par exemple, les taxes appliquées sur les aliments et les boissons sucrés peuvent contribuer à réduire leur consommation.
- Pour lutter contre la faim insoupçonnée chez les enfants, les jeunes et les femmes, les interventions telles que l'enrichissement des aliments de base et complémentaires en micronutriments affichent un bon rapport coût-efficacité.

Les environnements alimentaires sont déterminants. Lorsque les aliments sains sont abordables, pratiques et désirables, les enfants et les familles font de meilleurs choix alimentaires.

- Si les enfants, les adolescents, les jeunes, les parents et les familles ont besoin d'aide pour demander des aliments nutritifs, les environnements alimentaires doivent, de leur côté, promouvoir et soutenir une alimentation saine.
- Les stratégies de communication innovantes, amusantes, accrocheuses et stimulantes visant à promouvoir une alimentation saine s'avèrent efficaces lorsqu'elles tirent parti des aspirations culturelles et sociales des enfants, des adolescents et des familles.
- La législation peut jouer un rôle de premier plan dans la promotion de régimes alimentaires sains pour les enfants, notamment en réglementant le marketing des substituts du lait maternel ciblant les mères et les familles, ainsi que celui des aliments défavorables à la santé des enfants.
- Le marketing des produits alimentaires néfastes et des boissons sucrées est directement associé à la hausse du surpoids et de l'obésité infantiles.
- Des étiquettes – visibles, exactes et faciles à comprendre – apposées sur la face avant des emballages peuvent aider les enfants, les jeunes et les familles à opter pour des aliments meilleurs pour leur santé et inciter les fabricants alimentaires à proposer des aliments plus sains.
- Les gouvernements doivent promouvoir des environnements alimentaires sains à l'école, notamment en proposant des repas scolaires équilibrés et en limitant la vente et la publicité de produits néfastes à proximité des écoles et des terrains de jeux.
- Les systèmes de la santé, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de la protection sociale ont également un rôle crucial à jouer dans la promotion et le soutien d'une bonne nutrition pour les enfants, les adolescents et les femmes.

La nutrition doit être perçue comme un investissement stratégique si l'on prétend atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030.

- Investir dans la nutrition infantile est crucial pour le développement du capital humain. En effet, la nutrition est une pierre angulaire de la croissance,

du développement cognitif, de bons résultats scolaires et de la productivité future des enfants.

- Une main d'œuvre jeune et importante, dotée d'un grand potentiel de créativité et de productivité, est en train d'émerger en Afrique et en Asie. Cependant, la malnutrition risque de limiter ce dividende démographique.
- Les investissements réalisés en faveur de la nutrition engendrent d'importantes retombées économiques. À titre d'exemple, chaque dollar investi dans la lutte contre le retard de croissance génère des retombées économiques équivalant à 18 dollars des États-Unis environ dans les pays les plus durement touchés.

Un seul mot d'ordre doit guider notre lutte contre la malnutrition infantile : l'action. En effet, nous devons adopter des mesures qui tiennent compte du rôle central des systèmes alimentaires, renforcent l'offre et la demande d'aliments sains, améliorent l'environnement alimentaire des enfants et tirent pleinement parti du rôle des principaux systèmes à même de soutenir la nutrition.

Parallèlement à l'action, un autre impératif s'impose : la responsabilité. Celle-ci implique que les progrès soient mesurés, partagés, suivis d'effet et célébrés. Une bonne nutrition est essentielle pour le bien-être des enfants et la réalisation des objectifs de développement durable. Aussi doit-elle être placée au cœur des politiques publiques tout en étant soutenues par les acteurs clés concernés, notamment la société civile et le secteur privé.

Le rapport de l'UNICEF *La Situation des enfants dans le monde 2019* conclut sur ce **Programme pour faire du droit des enfants à une bonne nutrition une priorité :**

- 1 Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes de demander des aliments nutritifs.
- 2 Inciter les fournisseurs de denrées alimentaires à agir dans l'intérêt des enfants.
- 3 Créer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants.
- 4 Mobiliser les systèmes de soutien – la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la protection sociale – afin d'améliorer les résultats nutritionnels pour tous les enfants.
- 5 Collecter régulièrement des données et éléments de preuve de bonne qualité pour orienter les actions et suivre les progrès. ■



Comment le triple fardeau de la malnutrition nuit aux enfants, aux adolescents et aux femmes

● **Dénutrition : retard de croissance et émaciation**

- Mauvaise croissance, infection et décès
- Mauvaise cognition, manque de préparation à l'école, mauvais résultats scolaires
- Faible potentiel de revenus plus tard

● **Faim insoupçonnée : carences en micronutriments**

- Mauvais développement et croissance
- Piètre immunité et développement des tissus
- Mauvaise santé et risque de décès

● **Surpoids (y compris obésité)**

- Court terme : problèmes cardiovasculaires, infections et mauvaise estime de soi
- Long terme : obésité, diabète et autres troubles métaboliques



ENFANTS ET ADOLESCENTS



FEMMES ENCEINTES

● **Dénutrition : retard de croissance et insuffisance pondérale**

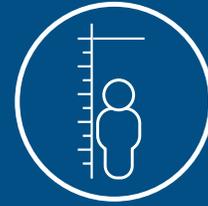
- Complications périnatales
- Prématurité et insuffisance pondérale à la naissance
- Maladies chroniques pour l'enfant plus tard

● **Faim insoupçonnée : carences en micronutriments**

- Mortalité et morbidité maternelles
- Anomalies du tube neural chez les nouveau-nés
- Prématurité, insuffisance pondérale à la naissance et développement cognitif déficient chez les nouveau-nés

● **Surpoids (y compris obésité)**

- Diabète gestationnel et prééclampsie
- Complications obstétriques
- Surpoids et maladie chronique pour l'enfant plus tard



149 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance

+



Presque 50 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'émaciation

+



40 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de surpoids

=

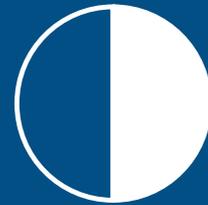


Plus d'1 enfant sur 3 ne grandit pas bien



Plus de 340 millions d'enfants souffrent de carences en micronutriments essentiels (vitamines et minéraux)

=



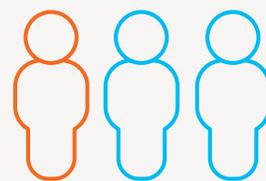
Au moins 1 enfant sur 2 souffre de faim insoupçonnée



Introduction

BIEN GRANDIR DANS UN MONDE EN MUTATION

Au moins un enfant sur trois ne reçoit pas l'alimentation dont il a besoin pour bien grandir, en particulier au cours des 1 000 premiers jours décisifs de sa vie, qui vont de sa conception à son deuxième anniversaire, et souvent au-delà. Un nombre croissant d'enfants et de jeunes survivent, mais beaucoup ne peuvent s'épanouir à cause de la malnutrition. Si nous voulons relever les défis du XXI^e siècle, nous devons prendre conscience de l'incidence de certains facteurs sur la nutrition, comme l'urbanisation et la mondialisation, et nous attacher davantage à exploiter les systèmes alimentaires locaux et mondiaux pour améliorer les régimes alimentaires des enfants, des jeunes et des femmes.



- Au moins un enfant sur trois à travers le monde ne grandit pas bien à cause de la malnutrition sous ses formes les plus visibles, à savoir le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids. Au moins un enfant sur deux souffre de faim insoupçonnée en raison de carences, souvent invisibles, en nutriments essentiels.
- Ce triple fardeau de la malnutrition – la dénutrition, la faim insoupçonnée et le surpoids – sape la santé et le développement physique et cognitif des enfants.
- Les systèmes alimentaires sont essentiels : ils doivent fournir aux enfants et aux jeunes une alimentation nutritive, abordable et durable.

mal·nu·tri·tion
[malnytrisjɔ̃]
nom

absence de
nutrition adaptée
induite par le fait
de manquer de
nourriture, de ne
pas consommer
les bons aliments
ou d'être incapable
d'assimiler la
nourriture que
l'on mange.

Un monde en mutation

Cela fait 20 ans que le rapport *La Situation des enfants dans le monde* n'avait pas examiné la nutrition des enfants. Beaucoup de choses ont changé entretemps.

Nos lieux de vie ont changé. De plus en plus de familles quittent les fermes et les campagnes pour s'installer en ville et ce phénomène mondial devrait continuer de s'intensifier au cours des années à venir.

Nos rôles ont changé. Dans les sociétés du monde entier, les femmes rejoignent de

plus en plus le marché du travail formel et doivent assumer leurs responsabilités professionnelles tout en s'occupant de leurs enfants, mais elles reçoivent souvent peu de soutien de la part de leur famille, de leurs employeurs ou de la société au sens large.

Les conditions de vie sur notre planète ont changé. La crise des changements climatiques, la perte de biodiversité et la dégradation de l'eau, de l'air et des sols suscitent désormais des inquiétudes quant à notre capacité à nourrir durablement les enfants de la génération actuelle, sans parler des générations futures.

Enfin, nos habitudes alimentaires ont changé. Nous avons délaissé les régimes alimentaires traditionnels et autochtones pour adopter des régimes alimentaires modernes, souvent riches en sucres et en graisses, pauvres en nutriments essentiels et en fibres, et basés sur des aliments hautement transformés.

Voilà la toile de fond de la malnutrition infantile aujourd'hui. Comme tout le reste, ce problème aussi évolue. Si la malnutrition était autrefois systématiquement

associée à la faim et à la famine dans l'esprit du public, elle ne concerne plus seulement les enfants présentant un retard de croissance et souffrant d'émaciation, mais touche désormais un éventail bien plus large d'enfants : ceux qui souffrent d'une « faim insoupçonnée » en raison de carences en vitamines et minéraux essentiels ainsi que le nombre croissant d'enfants et de jeunes qui souffrent de surpoids ou d'obésité.

Ces enfants ne grandissent pas bien.

Plus inquiétant encore, ils sont extrêmement nombreux (voir figure A.1). À l'échelle mondiale, au moins un enfant de moins de 5 ans sur trois présente un retard de croissance ou souffre d'émaciation ou d'excès pondéral. Certains souffrent même de deux de ces formes de malnutrition à la fois. Par ailleurs, au moins un enfant sur deux souffre d'une faim insoupçonnée en raison de carences – souvent invisibles – en vitamines et autres nutriments essentiels, ce qui peut nuire à sa survie, à sa croissance et à son développement à chaque étape de sa vie.

La malnutrition – Un triple fardeau

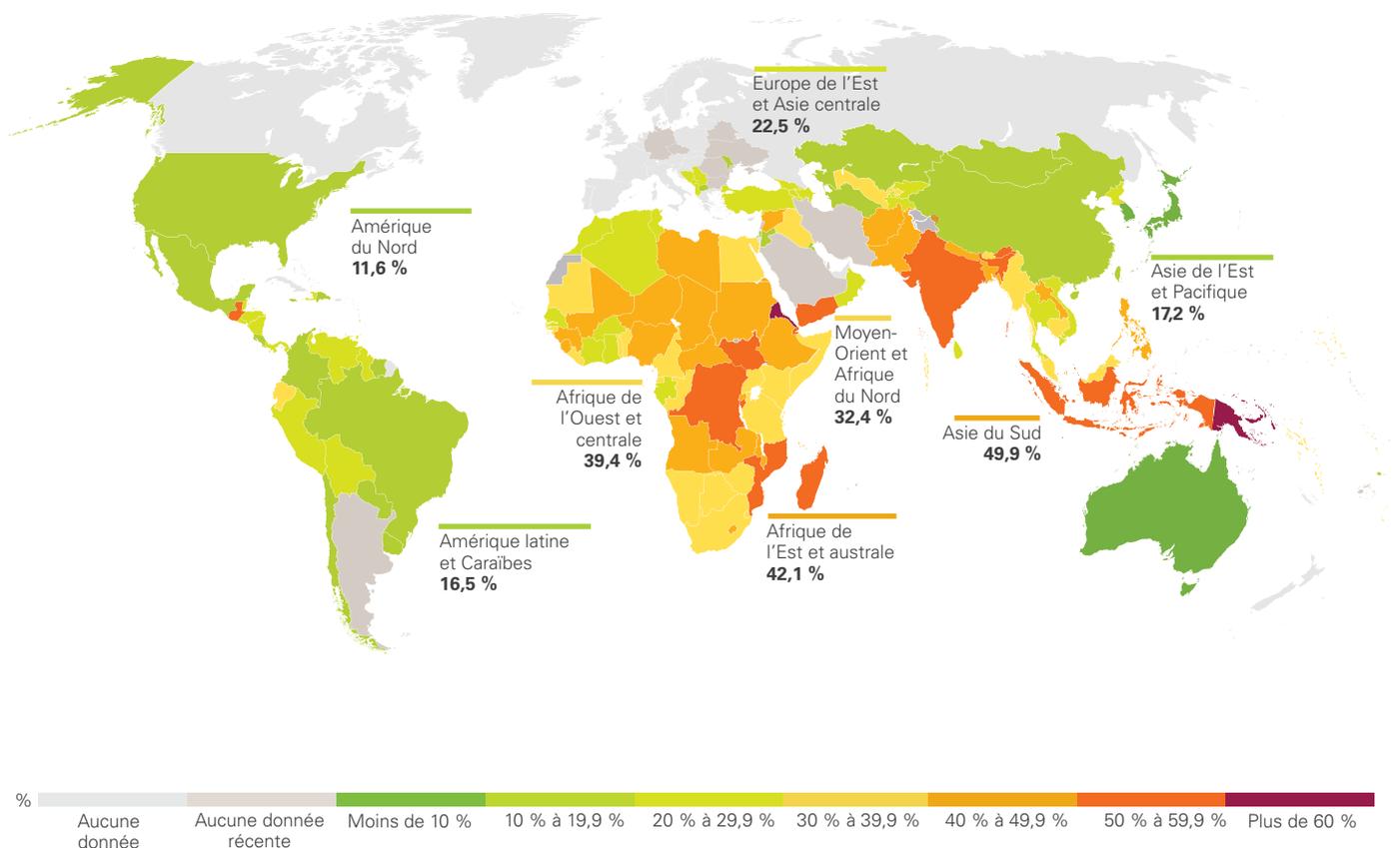
Ces enfants qui ne grandissent pas bien sont victimes des trois aspects de la malnutrition, un triple fardeau qui gagne rapidement les communautés du monde entier, notamment certains pays les plus pauvres.

Le premier aspect est la **dénutrition**. Bien qu'elle soit en recul, la dénutrition continue de toucher des dizaines de millions d'enfants. On remarque sa présence sur les corps chétifs des enfants privés d'une alimentation adéquate durant les 1 000 premiers jours décisifs de leur vie, de leur conception à leur deuxième anniversaire, et souvent au-delà. Ces enfants risquent de payer le prix de ce retard de croissance précoce tout au long de leur vie et de ne jamais réaliser leur plein potentiel physique et intellectuel. La dénutrition est aussi manifeste sur les corps émaciés des

De mauvais régimes
alimentaires
constituent désormais
la principale cause de
mortalité dans
le monde

Où se trouvent les enfants qui ne grandissent pas bien ?

FIGURE A.1 | **Prévalence des enfants de moins de 5 ans qui ne grandissent pas bien (en raison d'un retard de croissance, d'une émaciation ou d'un surpoids), 2018**



1 enfant de moins de 5 ans sur 3 à travers le monde ne grandit pas bien



Remarques : Les données par pays correspondent aux estimations disponibles les plus récentes pour la période 2006-2018 ; la couleur gris foncé indique l'absence de données récentes lorsque seules des données antérieures à 2000 sont disponibles. Les désignations employées et la présentation adoptée dans ce rapport ne reflètent en aucun cas une prise de position quelconque du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) quant au statut juridique des pays ou territoires représentés ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

« Bien grandir » s'entend comme grandir sans retard de croissance, émaciation ou surpoids.

Source : Analyse par l'UNICEF des estimations conjointes UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/Groupe de la Banque mondiale, édition 2019.

De plus en plus d'enfants et de jeunes survivent, mais trop peu s'épanouissent

enfants à toutes les étapes de leur vie, lorsque la pénurie de nourriture, de mauvaises pratiques alimentaires ou des maladies infectieuses, fréquemment aggravées par la pauvreté, les crises humanitaires et les conflits, les privent d'une alimentation adéquate et, bien trop souvent, leur coûtent la vie. En 2018, 149 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance et près de 50 millions souffraient d'émaciation.

Le deuxième aspect de la malnutrition est la **faim insoupçonnée**. Des carences en vitamines et minéraux essentiels, souvent désignés sous le terme de « micronutriments », privent les enfants de leur vitalité à chaque étape de leur vie et sapent leur santé et leur bien-être, ainsi que la santé et le bien-être des jeunes et des femmes. Ce fardeau est d'autant plus insidieux que la faim insoupçonnée passe souvent inaperçue jusqu'au moment où ses effets sont irréversibles. Le nombre d'enfants frappés par cette faim insoupçonnée est alarmant. D'après les dernières données disponibles, l'UNICEF estime qu'au moins 340 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de carences en micronutriments¹.

Le troisième aspect est le **surpoids** et, dans sa forme la plus grave, l'obésité. Le nombre de garçons et de filles de 5 à 19 ans atteints d'obésité monte en flèche depuis le milieu des années 1970 : ils sont 10 à 12 fois plus nombreux dans le monde². Le surpoids, longtemps considéré comme un problème de riches, est en passe de devenir un problème de pauvres en raison de la disponibilité accrue, dans la quasi-totalité des pays du monde, de « calories bon marché » contenues dans des aliments gras et sucrés. Le surpoids augmente le risque de contracter des maladies non transmissibles, comme le diabète de type 2 ou l'insuffisance coronaire. Une analyse réalisée dans le cadre d'une étude sur la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease) suggère que les régimes alimentaires dépourvus d'apports

nutritifs adaptés constituent désormais la principale cause de mortalité dans le monde³.

Derrière tous ces chiffres se trouvent des vies d'enfants et de femmes. Ce sont des tout-petits comme Moteab, qui, à l'instar de centaines de milliers d'autres enfants au Yémen, a dû se battre pour ne pas mourir d'émaciation sévère. Moteab a survécu, mais un trop grand nombre d'enfants pris au piège de conflits et de crises humanitaires dans le monde n'ont pas eu cette chance. Ce sont des nourrissons comme Joemar, aux Philippines, qui vit à l'écart des zones de guerre, mais qui souffre également d'émaciation sévère. Ce sont des enfants comme ceux d'Uruma, en Tanzanie, qui se rendent à l'école le ventre vide parce que leurs parents n'ont pas les moyens d'acheter de la nourriture. Ce sont des adolescents comme Zahfa, en Indonésie, qui n'a pas assez de temps pour faire de l'exercice et qui est entourée d'aliments mauvais pour la santé. Ce sont des mères comme Xaiathon, dans une région rurale du Laos, qui doit réussir à allaiter son fils tout en travaillant dans les champs.

Survivre sans s'épanouir

On peut résumer la malnutrition chez les enfants au XXI^e siècle de la manière suivante : de plus en plus d'enfants et de jeunes survivent, mais trop peu s'épanouissent. Ils ne s'épanouissent pas durant les 1 000 premiers jours décisifs de leur vie, une période charnière qui jette les bases d'une croissance et d'un développement mental sains tout au long de la vie. Ils ne s'épanouissent pas non plus à d'autres étapes déterminantes de leur vie pour leur développement durant l'enfance et l'adolescence.

La malnutrition a de nombreuses causes. L'état nutritionnel d'une mère, par exemple, a une incidence directe sur la survie, la croissance et le développement de l'enfant, de même que l'alimentation de l'enfant au cours des premières heures et des premiers jours de vie. Pour bien

trop d'enfants, la malnutrition peut aussi être due à un manque d'accès à des services de santé essentiels ou à une eau salubre et à des services d'assainissement adaptés, une situation propice à l'apparition de maladies qui les empêchent d'assimiler les nutriments (voir chapitre 3).

Cependant, pour comprendre la malnutrition, il est de plus en plus nécessaire de s'intéresser à la nourriture et à l'alimentation des enfants et des jeunes, et ce, à chaque étape de leur vie.

Il en ressort une image inquiétante :

beaucoup trop d'enfants et de jeunes consomment trop peu d'aliments sains et trop d'aliments mauvais pour la santé.

Ces problèmes commencent tôt. Durant les six premiers mois de vie, seuls deux nourrissons sur cinq sont exclusivement allaités au sein, ce qui signifie qu'une majorité de nourrissons est privée de la meilleure nourriture qu'un bébé peut recevoir. Pour ce qui est des « premiers aliments » (ou aliments complémentaires) que les nourrissons devraient commencer à consommer à l'âge de 6 mois environ, la plupart ne répondent pas non plus aux besoins des enfants. Moins d'un enfant de 6 à 23 mois sur trois reçoit une alimentation variée capable de soutenir la croissance rapide de son corps et de son cerveau. Chez les enfants les plus démunis, cette proportion chute à un enfant sur cinq. La plupart des enfants plus âgés ne consomment pas assez de fruits et de légumes⁴. C'est également le cas de beaucoup d'adolescents, qui sont aussi nombreux à ne pas prendre de petit-déjeuner et à consommer des sodas et des aliments provenant de la restauration rapide⁵.

Les régimes alimentaires des enfants d'aujourd'hui reflètent de plus en plus la « transition nutritionnelle » mondiale : les communautés délaissent les régimes alimentaires traditionnels au profit de régimes alimentaires modernes moins bons pour la santé⁶. Pour de nombreuses familles, en particulier les plus pauvres, cela implique de se reposer de plus en plus sur des aliments

hautement transformés, riches en graisses saturées, en sucres et en sel, et faibles en nutriments essentiels et en fibres, ainsi que sur des aliments « ultra-transformés », à savoir des aliments élaborés à partir de formules contenant peu ou pas de vrais aliments, au goût addictif, extrêmement caloriques et pauvres en nutriments essentiels⁷. Les céréales complètes, les fruits, les noix et les graines, les légumes et les acides gras oméga-3 sont souvent absents de ces régimes⁸.

L'incidence de ces régimes alimentaires sur la santé humaine soulève de plus en plus de préoccupations. Si l'on met principalement l'accent sur l'augmentation du surpoids et de l'obésité, les régimes alimentaires modernes influent aussi sur la dénutrition. Une étude récente menée au Népal a mis en évidence que des produits comme les gâteaux secs, les nouilles instantanées et les boissons à base de jus de fruits constituaient en moyenne un quart de l'apport énergétique des enfants de moins de 2 ans, ce qui réduisait leur apport en vitamines et en minéraux essentiels. Les enfants qui consommaient le plus d'en-cas et de boissons de ce type étaient plus petits que leurs pairs⁹.

Renforcer l'accent sur les systèmes alimentaires

Les effets des régimes alimentaires modernes sur la santé ne sont pas le seul sujet d'inquiétude. Dans un monde frappé par de multiples crises environnementales, la durabilité de ces régimes soulève également des questions. La production alimentaire est responsable de près d'un tiers des émissions de gaz à effet de serre et de 70 % de l'utilisation d'eau douce, et les modes actuels de production constituent les principales causes des changements environnementaux¹⁰. Les

Beaucoup trop d'enfants et de jeunes consomment trop peu d'aliments sains et trop d'aliments mauvais pour la santé

Pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons comprendre les besoins nutritionnels uniques des enfants à chaque étape de leur vie

chocs liés au climat, tels que les inondations, remettent déjà en question la capacité de certaines communautés à se nourrir et exposent les enfants à un risque accru de contracter des maladies transmises par l'eau. Si les tendances actuelles se confirment, l'incidence de la production alimentaire sur l'environnement ne

pourra que s'amplifier, sachant que la demande de produits alimentaires devrait augmenter d'au moins 50 % d'ici à 2050¹¹. Cette demande devra être satisfaite dans le contexte d'un monde qui observe de nouveau, après des décennies de déclin, une lente progression de la faim et qui comptait 820 millions de personnes sous-alimentées en 2018¹².

Face à ces défis, et dans le cadre de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition, les regards se tournent de plus en plus vers le rôle des **systèmes alimentaires**, à savoir l'ensemble des éléments et des activités impliqués dans « la production, le traitement, la distribution, la préparation et la consommation des produits alimentaires », ainsi que sur les résultats de ces activités, notamment en matière de nutrition et de santé¹³. En d'autres termes, sur l'ensemble des processus et des personnes permettant d'apporter la nourriture « du champ à l'assiette ».

Les systèmes alimentaires deviennent de plus en plus complexes. Davantage de produits alimentaires traversent désormais les frontières et un nombre relativement restreint d'entreprises s'en partage la production – seules 100 grandes entreprises se partagent 77 % des ventes d'aliments transformés dans le monde¹⁴. Les entreprises jouent donc un rôle de plus en plus important auprès des familles du monde entier, non seulement parce qu'elles leur fournissent la nourriture qu'elles consomment, mais aussi parce qu'elles façonnent, par leurs activités de marketing, les choix et les aspirations alimentaires de celles-ci. Dans un tel contexte, l'amélioration de notre alimentation passe

forcément par une meilleure compréhension du fonctionnement des systèmes alimentaires.

Bien trop souvent, les analyses relatives aux systèmes alimentaires ne prennent pas en compte les intérêts d'un groupe très important de la population – les enfants. C'est un oubli dangereux. Les enfants forment un groupe unique. Une mauvaise alimentation nuit de manière permanente à leur croissance et au développement de leur cerveau. C'est la raison pour laquelle nous devons placer les enfants au cœur de notre réflexion sur les systèmes alimentaires. **Des systèmes alimentaires qui répondent aux besoins des enfants, ce sont des systèmes alimentaires qui répondent à nos besoins à tous.**

Créer des systèmes alimentaires adaptés aux enfants

Il y a 30 ans, la Convention relative aux droits de l'enfant exprimait la nécessité de fournir aux enfants des aliments nutritifs adaptés afin de lutter contre la malnutrition et les maladies. Cet objectif n'a pas changé. Ce qui a changé, ce sont les contextes dans lesquels nous évoluons. Or, dans ces contextes, la mise en place de systèmes alimentaires adaptés aux enfants est un élément essentiel à la réalisation de cet objectif. Malheureusement, il est souvent sous-estimé.

Pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons comprendre les **besoins nutritionnels uniques** des enfants à chaque étape de leur vie, en particulier durant les 1 000 premiers jours de vie, mais aussi durant le 1 001^e jour et les jours qui suivent, tant durant la scolarité, car un enfant bien nourri se concentre davantage et apprend mieux en classe, qu'au cours des années déterminantes de l'adolescence, durant lesquelles les jeunes se développent physiquement et mentalement à un rythme plus

soutenu et acquièrent des habitudes alimentaires qui les suivront tout au long de leur vie.

Pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons comprendre les contextes en rapide évolution qui définissent et redéfinissent leurs régimes alimentaires. Les changements climatiques, l'urbanisation et la mondialisation modifient profondément les habitudes alimentaires des enfants ainsi que le contenu de leur assiette, de même que les valeurs sociales et culturelles que nous associons à la nourriture.

Pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons nous attaquer aux défis rencontrés par les enfants, les jeunes, les femmes et les familles du monde entier, à savoir les déserts alimentaires, le coût élevé des aliments sains, les contraintes de temps, la disponibilité restreinte de fruits et de légumes frais dans de nombreuses communautés et la pression marketing et publicitaire que subissent un grand nombre d'enfants, d'adolescents et de familles.

Pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons mettre un terme au scandale du travail des enfants, qui accomplissent souvent des tâches dangereuses, dans les secteurs de l'agriculture et de la production alimentaire. En 2016, 108 millions d'enfants âgés de 5 à 17 ans étaient impliqués dans des travaux agricoles, ce qui représente 71 % de la main-d'œuvre infantile¹⁵.

Enfin, pour créer des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants, nous devons veiller à ce que ces systèmes fonctionnent en synergie avec tous les autres systèmes qui influent sur la vie des enfants, et non contre eux. Les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'éducation et de protection sociale doivent coordonner leurs efforts afin de fournir aux enfants et à leur famille les connaissances, le soutien et les services dont ceux-ci ont besoin pour s'assurer



qu'ils ont une alimentation nutritive favorisant leur croissance et leur développement.

Il en va de notre intérêt à tous de mettre en place des systèmes alimentaires plus adaptés aux enfants. La nutrition a le pouvoir de briser les cycles intergénérationnels vicieux qui veulent que la malnutrition perpétue la pauvreté qui, à son tour, perpétue la malnutrition. Les enfants qui sont nourris correctement jouissent de bases solides sur lesquelles s'appuyer pour réaliser leur plein potentiel. Lorsque cela arrive, les sociétés et les économies, elles aussi, se développent mieux^{16,17}.

Nous devons donc nous attacher à fournir aux enfants une alimentation **nutritive, sûre, abordable et durable.** ■

Un père porte sa fille de 7 mois dans une épicerie de la banlieue de Maitland, au Cap, en Afrique du Sud. © UNICEF/ UN0315717/Sokol

La nutrition a le pouvoir de briser les cycles intergénérationnels vicieux qui veulent que la malnutrition perpétue la pauvreté qui, à son tour, perpétue la malnutrition

À propos de ce rapport

La présente édition du rapport *La Situation des enfants dans le monde* examine les enfants, la nourriture et la nutrition. Son objectif est d'améliorer la compréhension des causes et des conséquences de la malnutrition chez les enfants, sous toutes ses formes, et de mettre l'accent sur les mesures les plus efficaces que peuvent prendre les gouvernements, les entreprises, les familles et les autres parties prenantes pour mettre fin à ce problème.

Le **chapitre 1** examine le nouveau visage de la malnutrition chez les enfants. Il fait le point sur le retard de croissance, l'émaciation, la faim insoupçonnée et le surpoids dans le monde à notre époque et explore la vie des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère. Il fait également état du coût de la malnutrition pour les enfants et pour chacun d'entre nous, et introduit de manière plus détaillée quelques grandes idées concernant les systèmes alimentaires.

Le **chapitre 2** étudie la malnutrition aux différentes étapes de la vie de l'enfant, de son développement dans le ventre de sa mère à son entrée dans l'âge adulte. Il explore les effets de la malnutrition sur le développement des enfants ainsi que leurs besoins nutritionnels uniques à chaque âge et l'incidence de ces besoins sur leur vie.

Le **chapitre 3** explore la malnutrition dans un monde en mutation. La mondialisation et l'urbanisation modifient les régimes alimentaires des enfants, tandis que les changements climatiques, les catastrophes naturelles et les conflits assombrissent les perspectives nutritionnelles de millions d'enfants démunis et exclus. Si nous ne transformons pas les systèmes alimentaires actuels, les enfants les plus démunis continueront de ne pas avoir accès à une alimentation saine, nutritive, abordable et durable, ce qui perpétuera des cycles intergénérationnels de désavantage.

Le **chapitre 4** recense les mesures mises en place pour lutter contre la malnutrition chez les enfants, notamment l'attention accrue portée, à l'échelle mondiale et nationale, à l'importance de s'attaquer à la malnutrition au travers d'une multitude de systèmes et, plus particulièrement, du système alimentaire, en synergie avec les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'éducation et de protection sociale, ainsi que les interventions mises en place par différentes parties prenantes.

Enfin, le **chapitre 5** établit un programme pour accorder la priorité aux droits nutritionnels des enfants. Ce programme est motivé par deux impératifs. Premièrement, les enfants ont des besoins nutritionnels uniques et peuvent subir des préjudices uniques en raison de la malnutrition. Il est essentiel de faire passer les besoins des enfants en premier pour garantir que chaque enfant et chaque jeune reçoit l'alimentation dont il a besoin pour bénéficier du meilleur départ possible dans la vie. Deuxièmement, tous les enfants et les jeunes auront besoin de recevoir une alimentation nutritive sûre, abordable et durable si les sociétés veulent relever les défis économiques, sociaux et environnementaux de ce monde du XXI^e siècle en pleine mutation.

Faire de la nutrition infantile une priorité

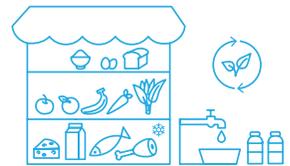
1. Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes d'exiger des aliments nutritifs.

La demande influe sur l'offre, car les producteurs de denrées alimentaires répondent aux comportements et aux aspirations des consommateurs. Lorsqu'ils ont des options saines abordables, pratiques et attrayantes, les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants font de meilleurs choix pour les jeunes. Lorsque les enfants grandissent, les connaissances et les informations peuvent constituer de puissants agents du changement. Pour stimuler la demande d'aliments nutritifs, il faut non seulement instruire les consommateurs sur les bienfaits d'un régime alimentaire sain, mais aussi influencer sur les aspirations culturelles et sociales.



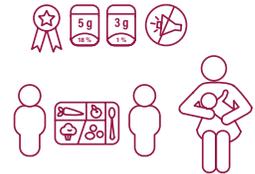
2. Encourager les fournisseurs de produits alimentaires à faire les bons choix pour les enfants.

Il ne suffit toutefois pas d'agir sur la demande, il faut aussi mettre à la disposition du public des aliments sains abordables, sûrs et pratiques. Les producteurs et les fournisseurs de denrées alimentaires ont un rôle essentiel à jouer à cet égard, de même que les gouvernements, qui doivent définir des règles équitables pour tous les producteurs et les fournisseurs, et contribuer à garantir que les mesures mises en place sont conformes à l'intérêt supérieur de l'enfant. Il existe une multitude de régimes alimentaires, de même que de solutions, mais l'ensemble de la production et de la consommation alimentaires doivent impérativement devenir durables si nous voulons protéger la nutrition des enfants, aujourd'hui et demain.



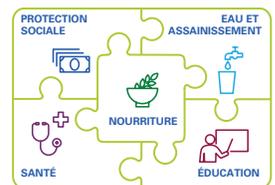
3. Instaurer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants.

Les environnements alimentaires personnels et extérieurs sont les lieux où les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux interagissent avec le système alimentaire. Si les forces de l'offre et de la demande façonnent les environnements alimentaires, des mesures appropriées au contexte, telles que l'étiquetage obligatoire des informations nutritionnelles sur la face avant de l'emballage et la protection contre le marketing abusif, peuvent contribuer à créer des environnements alimentaires propices à l'adoption de régimes alimentaires nutritifs pour les enfants.



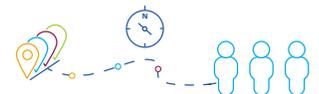
4. Mobiliser des systèmes de soutien pour obtenir des résultats à plus grande échelle en matière de nutrition pour chaque enfant.

Outre les systèmes alimentaires, quatre systèmes fondamentaux doivent être mobilisés pour déployer des services nutritionnels, améliorer les pratiques de nutrition et obtenir des résultats nutritionnels à grande échelle. Les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de protection sociale doivent tous coordonner leurs interventions. Une telle approche systémique peut contribuer à garantir que les enfants et les familles ont accès à des régimes alimentaires sains et que tous les enfants reçoivent les services nutritionnels dont ils ont besoin pour réaliser leur plein potentiel.



5. Recueillir, analyser et utiliser régulièrement des données et des éléments de preuve de bonne qualité afin d'orienter les mesures à prendre et de suivre les progrès.

L'absence de données adaptées empêche les gouvernements de mettre en place des politiques, des stratégies et des programmes efficaces. Des données précises et actuelles sont nécessaires pour comprendre la malnutrition, prendre des mesures coordonnées reposant sur des éléments de preuve et demander des comptes à l'ensemble des acteurs impliqués. Il convient de transformer les méthodes de collecte des données ainsi que leur fréquence pour élargir nos connaissances sur les régimes alimentaires et la nutrition des enfants, des adolescents et des femmes à chaque étape de la vie. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des systèmes de données réactifs et d'instaurer une culture de partage de données et de transparence.



Que pensent les jeunes de l'alimentation et de la nutrition ?

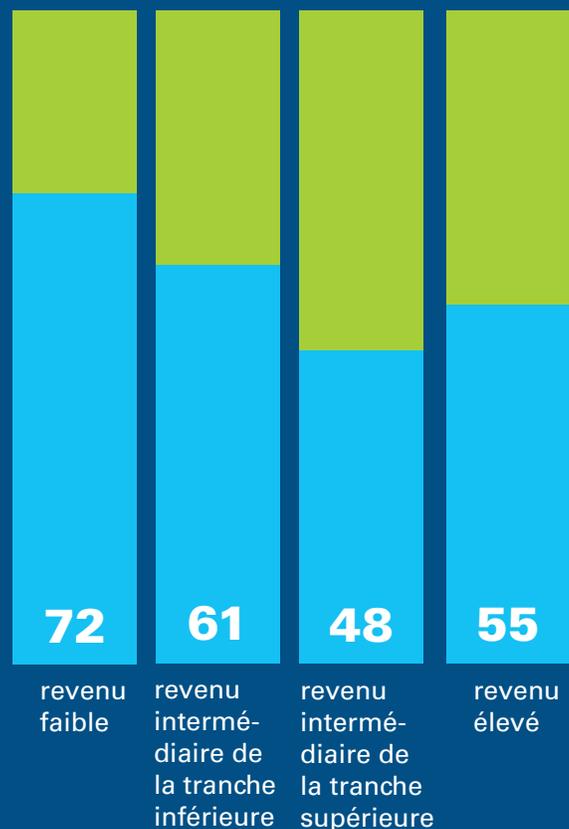
Plus de **150 000 adolescents et jeunes**, de plus de **35 pays**, ont utilisé l'outil U-Report de l'UNICEF pour parler de leur rapport à l'alimentation, à la nutrition et à l'image de leur corps.

U-Report est un outil innovant de messagerie sociale utilisé par plus de 7 millions de jeunes à travers le monde pour faire connaître leurs points de vue sur différentes questions qui concernent tout le monde.

Tous les nombres sont exprimés en pourcentage des répondants. (Il est possible que les totaux ne soient pas égaux à 100 %, les chiffres ayant été arrondis.)

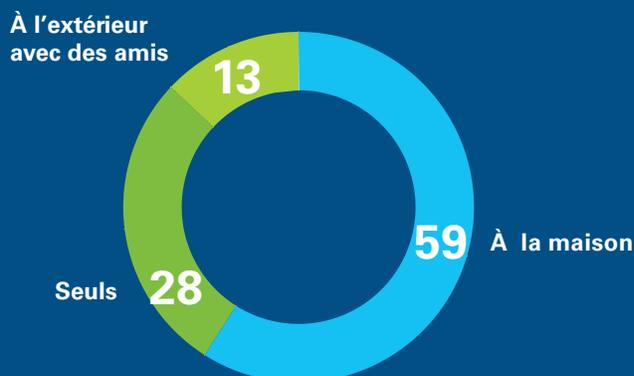
Vous nourrissez-vous sainement ?

La plupart des U-Reporters, en particulier dans les pays à faible revenu, disent s'alimenter sainement.

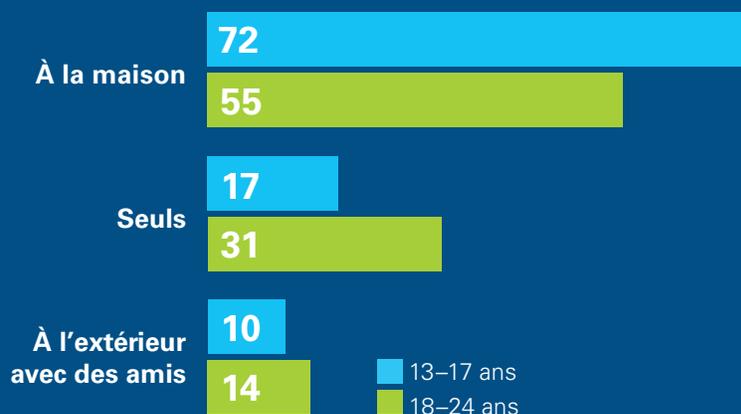


Où prenez-vous le plus souvent vos repas ?

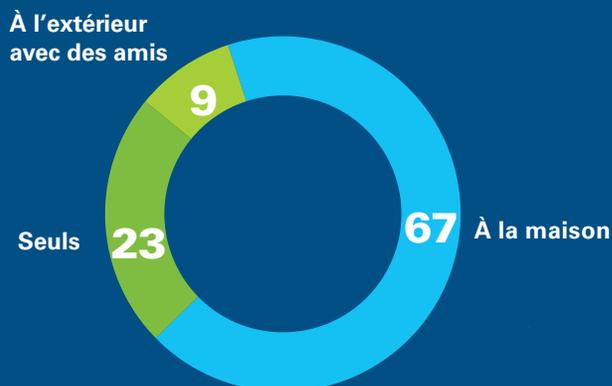
Le plus souvent, les U-Reporters prennent leurs repas à la maison avec leur famille.



Les U-Reporters plus âgés sont plus susceptibles de prendre leurs repas seuls.



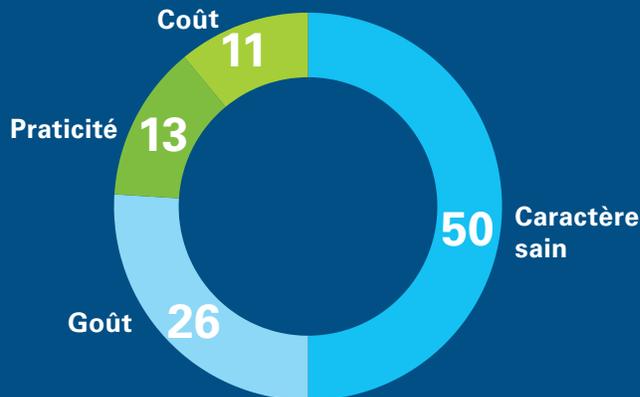
Prendre ses repas avec la famille, c'est s'alimenter plus sainement



Parmi les U-Reporters qui disent se nourrir sainement, 2 sur 3 indiquent qu'ils prennent le plus souvent leurs repas à la maison avec leur famille.

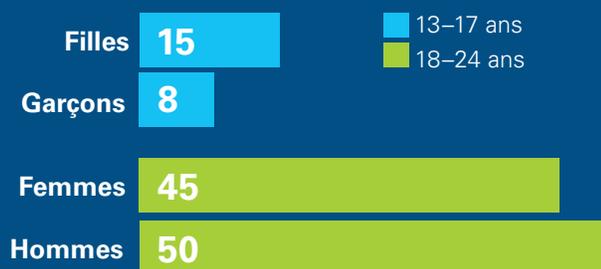
Quel est le facteur le plus important lorsque vous décidez de ce que vous allez manger ?

Le caractère sain de la nourriture est l'aspect le plus important dans les pays à revenu faible et intermédiaire.



Mais le goût se classe au premier rang dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et élevé.

La masse corporelle influe aussi sur les choix alimentaires.



Les U-Reporters plus âgés sont plus nombreux à répondre que la masse corporelle est un facteur important dans les choix alimentaires.

Dans les pays à revenu élevé, le poids constitue une préoccupation pour environ 3 femmes sur 5, mais seulement 1 homme sur 2.

Qu'est-ce qui vous empêche de vous nourrir plus sainement ?

« Souvent, les aliments plus sains sont coûteux. Ma famille n'a donc pas les moyens d'en acheter. »

Fille, 16 ans, Eswatini

« Mon père n'a pas les moyens et je suis un élève de 11^e année Sciences. »

Garçon, 17 ans, Mali

« Les aliments nutritifs sont très coûteux et rares. »

Femme, 23 ans, Inde

« Je ne peux pas acheter de nourriture saine parce que je ne peux pas me le permettre. Nous mangeons parfois des légumes et des fruits, mais ils coûtent trop cher pour que nous en achetions tous les jours. »

Femme, 21 ans, Philippines

« Je manque de temps pour faire la cuisine et il n'y a pas de produits vraiment frais et utiles dans les magasins. »

Femme, 19 ans, Ukraine

« C'est malheureux, mais les aliments mauvais pour la santé ont très bon goût. »

Garçon, 16 ans, Brésil

« À cause de l'apparence et du goût des aliments [sains]. Ils ne sont pas colorés et sont insipides. »

Garçon, 18 ans, Thaïlande



Que pensent les jeunes d'une alimentation saine ?

Plus de 450 jeunes de 18 pays ont pris part aux ateliers réalisés dans le cadre de l'élaboration de ce rapport afin de parler de ce qu'ils mangeaient et pourquoi. Des ateliers similaires ont été organisés en parallèle avec des mères. Voici une première analyse de ce que nous ont dit des participants de 12 pays au sujet des obstacles qu'ils rencontraient pour manger sainement et des moyens qu'ils employaient pour tenter d'améliorer leur régime alimentaire. Une analyse complète sera publiée en 2020. Certaines réponses ont été traduites et modifiées à des fins de clarté.

Les jeunes savent-ils quels aliments sont bons pour leur santé ?

Globalement, les adolescents qui ont participé aux ateliers ont déclaré faire davantage de bons choix alimentaires que de mauvais choix pour leur santé. Ils nous ont décrit ce qu'ils avaient mangé pendant une période de 24 heures et ont évalué dans quelle mesure ces aliments étaient bons ou mauvais pour leur santé. Ils ont bien évalué près de la moitié des produits qu'ils avaient consommés, mais ils se sont trompés sur près d'un cinquième d'entre eux. Ils étaient par ailleurs incapables de se prononcer sur un peu moins d'un tiers de ces aliments. De manière générale, les adolescents ont une compréhension limitée des qualités nutritionnelles de plus de la moitié des aliments qu'ils consomment habituellement.

Qu'est-ce qui empêche les jeunes de s'alimenter sainement ?

Les adolescents ont indiqué qu'ils se heurtaient à des obstacles s'ils voulaient se nourrir sainement. Le coût et le goût figuraient en haut de la liste :

« Nous n'avons pas assez d'argent pour rester en bonne santé. [...] Nos familles n'arrivent pas à trouver de bons emplois. »

Fille, 16 ans, Inde

« Certains aliments sont trop chers » *Garçon, 16 ans, Zimbabwe*

Beaucoup avaient l'impression que les aliments sains étaient plus chers :

« La nourriture bon marché n'est pas saine et les aliments sains ne sont pas bon marché. »

Fille, 13 ans, Chine

Le goût était un autre obstacle :

« J'aime vraiment la malbouffe. »

Fille, 14 ans, Guatemala

« La plupart des aliments sains ne sont pas savoureux. »

Fille, 14 ans, Kirghizistan

Le goût était un facteur particulièrement important pour les participants vivant en zone urbaine. Certains ont suggéré que leurs préférences alimentaires étaient influencées par la disponibilité immédiate de nourriture mauvaise pour la santé.

« Nous ne pouvons pas manger des aliments sains, parce que nous avons goûté la malbouffe et maintenant, nous n'avons plus envie de manger autre chose. »

Garçon, 14 ans, Inde

De nombreux adolescents ont indiqué qu'ils ne trouvaient pas d'aliments nutritifs près de chez eux :

« Il n'y a pas de viande. On a l'argent pour en acheter, mais le magasin qui en vend est trop loin. »

Fille, 14 ans, Ghana

« Il est plus facile de trouver de la nourriture mauvaise pour la santé. »

Garçon, 17 ans, États-Unis

L'accès et le prix constituaient de graves problèmes pour certains. Au Soudan, des adolescents dans un camp de réfugiés étaient près de trois fois plus susceptibles que les participants des régions rurales à affirmer que le coût constituait un obstacle à une alimentation saine. Le manque d'accès à des aliments sains était aussi un problème majeur.

Les participants aux ateliers ont insisté sur le rôle de leurs parents et des personnes qui s'occupent d'eux dans leur alimentation. Ils ont également souligné que le temps constituait un problème, tant pour eux que pour leurs parents :

« On ne me prépare pas ce que je choisirais. Ce sont mes parents qui décident de ce que nous mangeons. »

Fille, 15 ans, Ghana

« Parfois, je n'ai pas le temps de cuisiner, donc je mange des produits de la restauration rapide. »

Fille, 15 ans, Guatemala

« Les mères n'ont pas le temps. »

Garçon, 14 ans, Mexique



© UNICEF/Escobar/2019

Comment les adolescents essaient-ils d'améliorer leur propre alimentation ?

Dans tous les pays, les jeunes interrogés ont indiqué prendre des mesures personnelles pour mieux manger. Beaucoup ont indiqué accorder de l'importance au fait de bien manger et déclaré qu'ils se fixaient des objectifs personnels :

« Je m'oblige à accorder la priorité à ma santé au moins un repas par jour. » *Fille, 18 ans, États-Unis*

« J'essaie de mieux planifier ce que je vais faire durant la journée pour éviter ces types d'aliments [mauvais pour la santé]. » *Fille, 15 ans, Serbie*

De manière générale, les adolescents savaient que certains produits alimentaires ne sont pas sains et prenaient activement des mesures pour manger moins de nourriture sans qualités nutritives :

« J'évite la nourriture qui est trop néfaste pour moi, [...] la malbouffe et les aliments vendus dans la rue. » *Philippines, âge et sexe non indiqués*

« Je m'organise bien pour avoir assez de temps pour manger et pour commencer à cuisiner mes repas. » *Fille, 13 ans, Chine*

Parfois, ils évitent les aliments mauvais pour la santé en fixant leur attention sur autre chose :

« Si j'ai une envie de faire des excès, je fais une promenade, je fais une sieste, j'appelle une amie ou je discute avec ma mère. Je pense à ce que je vais ressentir par la suite. » *Fille, 17 ans, États-Unis*

Certains ont indiqué qu'ils mangeaient des aliments jugés sains même s'ils n'étaient pas très appétissants :

« Je peux tolérer le manque de saveur de la nourriture saine pour ma santé. »

Fille, 17 ans, Égypte

Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, trouver du travail représentait un important moyen de pallier le prix élevé de la nourriture :

« Comme nous n'avons pas d'argent pour la nourriture, je dois travailler [...] pour gagner de l'argent et pouvoir en acheter. »

Garçon, 14 ans, Ghana

« Si je travaille [...] pour gagner de l'argent, j'achète de la nourriture pour ma famille. »

Garçon, 13 ans, Soudan

Économiser et manger des aliments cultivés ou cuisinés à la maison constituaient d'autres solutions :

« Parfois, j'économise un peu pendant la semaine pour pouvoir m'acheter de la nourriture saine. »

Fille, 16 ans, Serbie

« Je [...] plante des fruits et légumes. »

Garçon, 15 ans, Guatemala



©UNICEF/China/2019/Ma Yuyuan

En bref

De nombreux adolescents attachent de l'importance à une alimentation saine et font certains efforts pour manger mieux. Toutefois, beaucoup se heurtent à d'importants obstacles, dont le coût et l'accessibilité des aliments sains.

Quelles sont les idées des jeunes concernant l'amélioration de la nutrition ?

Les participants aux ateliers ont souligné la nécessité d'accroître les connaissances et la sensibilisation à l'égard de l'alimentation et de la nutrition :

« Éduquer les gens. Inciter les gens à manger des repas sains. Organiser des réunions à la bibliothèque du village. »

Réponse de groupe, Égypte

« S'informer à l'aide des journaux et d'Internet et acheter la nourriture en conséquence. »

Garçon, 13 ans, Chine

Ils ont indiqué que les gouvernements, les institutions et les dirigeants communautaires avaient un rôle important à jouer...

« Il faut que les dirigeants de la communauté parlent aux parents. »

Réponse de groupe, Ghana

« Empêcher [...] la vente de nourriture présentant des risques. »

Réponse de groupe, Serbie

... tout comme les jeunes :

« Former des groupes coopératifs de jeunes qui se pencheront sur les questions liées à l'alimentation et à la santé. »

Réponse de groupe, Zimbabwe

« Nous pouvons élargir [...] la prise de conscience nécessaire pour régler les problèmes. Et concevoir des bannières. Nous pouvons créer des groupes WhatsApp se consacrant à la résolution des problèmes. »

Réponse de groupe, Égypte



À quels défis se heurtent les mères en matière d'alimentation ?

Plus de 320 femmes à travers 18 pays ont pris part aux ateliers organisés dans le cadre de l'élaboration de ce rapport afin de parler de la manière dont elles se nourrissaient et nourrissaient leur bébé. Ces ateliers, organisés avec les bureaux de pays et les comités nationaux de l'UNICEF et l'Université occidentale de Sydney, se sont tenus en marge des événements organisés avec les jeunes. Pour obtenir des précisions sur la méthodologie appliquée dans le cadre des ateliers, voir l'annexe 1. Nous vous présentons ici une première analyse des réponses des participantes de 12 pays en ce qui concerne les pratiques alimentaires qu'elles emploient avec leur nourrisson et les obstacles qu'elles rencontrent pour nourrir leurs enfants et se nourrir elles-mêmes. Une analyse complète sera publiée en 2020. Certaines réponses ont été traduites et modifiées à des fins de clarté.

Quelles pratiques adoptent les mères pour alimenter leurs bébés et leurs jeunes enfants ?

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de nourrir les bébés exclusivement au sein durant les six premiers mois de leur vie, puis d'introduire des premiers aliments (ou aliments complémentaires) afin de remplacer progressivement le lait maternel entre les âges de 6 et 23 mois. Les résultats de ces ateliers suggèrent que dans de nombreux cas, les pratiques alimentaires employées ne sont pas optimales.

Pratiquement toutes les femmes allaitaient leur enfant à partir de la naissance ou dans les 10 premiers jours suivant la naissance. Cependant, près de deux femmes sur cinq introduisaient des substituts du lait maternel avant que leur bébé n'ait 8 semaines et la plupart combinaient lait maternel et substituts du lait maternel (et, souvent, d'autres liquides) avant que leur enfant n'ait 6 mois. Cela pourrait tenir au fait que ce mélange permet aux mères de travailler. La plupart des mères introduisaient les premiers aliments à l'âge de 6 mois, mais un cinquième commençait avant que leur bébé n'ait 5 mois. Certaines attendaient qu'il ait entre 7 et 9 mois.

À quels obstacles sont confrontées les mères pour ce qui est de bien nourrir leur bébé ?

Majoritairement, leur principal obstacle pour fournir une alimentation saine à leur bébé était d'ordre financier :

« Je ne peux même pas donner à mon bébé des aliments mauvais pour la santé, parce que je n'ai pas d'argent. »
Mère, 20 ans, Zimbabwe

« L'argent. Je n'ai pas les moyens d'acheter de la nourriture pour nourrir mon enfant. »
Mère, 25 ans, Inde

« Nous n'avons pas d'argent. » Mère, 24 ans, Ghana

Les mères confirmaient souvent les propos d'une participante de 38 ans des États-Unis qui disait que « la nourriture saine est chère ».

« En Australie, de nombreux produits sont chers, comme le poisson, [...] les légumes et la viande. [Ces produits] devraient être bon marché afin que tout le monde puisse les acheter. »
Mère, 29 ans, Australie

« Parfois, certains aliments sont chers. »
Mère, 22 ans, Mexique

L'accès et la disponibilité sont aussi des obstacles :

« Parfois, nous n'avons pas de nourriture saine à la maison. »
Mère, 28 ans, Égypte

« C'est difficile d'obtenir un véhicule pour aller [...] acheter de la nourriture. »
Mère, 30 ans, Ghana

« C'est dur de se procurer des fruits et des légumes, du melon, de la pastèque, des concombres, des carottes. »
Mère, 22 ans, Guatemala

Les mères ont signalé avoir des problèmes pour alimenter leur bébé lorsque celui-ci n'aimait pas certains aliments ou était difficile avec la nourriture ou malade.

« Mon bébé n'aime pas la nourriture saine. »
Mère, 24 ans, Égypte

« Les enfants ne veulent pas manger sain, ils nous harcèlent, ils commencent à pleurer. »
Mère, 25 ans, Inde



© UNICEF/Baddoo/2019

« [C'est difficile de trouver] des aliments que mon enfant accepte de manger ; il n'accepte pas un type de nourriture particulier. »
Mère, 29 ans, Soudan

« Mon enfant n'aime pas prendre mon sein. »
Mère, 29 ans, Chine

« Lorsque mon bébé ne se sent pas bien, lorsqu'il fait ses dents, c'est difficile de le nourrir. »
Mère, 20 ans, Ghana

Les mères ont également signalé qu'elles devaient composer avec des conseils familiaux non souhaités :

« Ma belle-mère veut donner du congee (une sorte de bouillie de riz) tous les jours à mon bébé de 8 mois parce que c'est de la nourriture facile à digérer. Je veux que mon bébé goûte à toutes sortes d'aliments. »

Mère, 27 ans, Chine

« La grand-mère de mon mari me dit quelle nourriture je dois donner [à mon bébé]. »

Mère, âge non précisé, Mexique

À quels obstacles sont confrontées les mères pour ce qui est de bien s'alimenter elles-mêmes ?

Comme dans le cas de leur bébé, les mères ont indiqué que le coût constituait le principal obstacle à leurs propres efforts pour bien s'alimenter ; venaient ensuite l'accessibilité et la disponibilité :

« Le manque d'argent [...]. Si j'avais de l'argent, j'achèterais et je préparerais la nourriture comme une mère est censée le faire. »
Mère, 25 ans, Guatemala

« Quelquefois, je manque d'argent pour acheter des aliments sains. »
Mère, 25 ans, Kirghizistan

« Je mange de la nourriture saine quand il y en a. Quand ce n'est pas le cas, je mange ce qu'il y a. »

Mère, 20 ans, Zimbabwe

« Il est plus facile d'acheter d'autres aliments [que des aliments sains]. »
Mère, 19 ans, Mexique

« La route est longue entre le marché et la maison. »

Mère, 26 ans, Soudan



Quelles solutions indiquent les mères pour ce qui est de surmonter les obstacles auxquels elles se heurtent ?

Les mères ont décrit diverses façons créatives de contourner les obstacles auxquels elles sont confrontées pour ce qui est de nourrir leur bébé et de s'alimenter elles-mêmes – notamment, gagner plus d'argent et cultiver elles-mêmes des denrées alimentaires :

« Nous pouvons cultiver du maïs et le vendre pour gagner de l'argent ; faire pousser des légumes et les vendre pour gagner de l'argent ; vendre des téléphones mobiles pour de l'argent ; vendre des vêtements pour de l'argent. »

Mère, 20 ans, Zimbabwe

« Nous pouvons cultiver de la nourriture. »

Mère, 26 ans, Zimbabwe

Pour faire face aux préférences et « caprices » alimentaires des enfants, les participantes ont mentionné diverses solutions créatives :

« Je lui fais regarder des dessins animés, je secoue des jouets, j'essaie de l'amuser

pendant que je la nourris. »

Mère, 34 ans, Serbie

« J'ajoute des légumes en purée à la bouillie et je le nourris quand il ouvre la bouche pour parler. »

Mère, 35 ans, Chine

« Je malaxe des fruits et je les mets dans le gâteau [...]. Je les mélange avec de la nourriture qu'elle aime. »

Mère, 25 ans, Serbie

Pour réagir aux conseils non souhaités de membres de la famille, les répondantes ont, en majorité, indiqué qu'elles essayaient simplement de ne pas en tenir compte, bien que cela ne soit pas toujours possible :

« Ma mère m'a dit de donner de la bouillie à mon bébé, âgé d'à peine une semaine, mais je ne l'ai pas écoutée. »

Mère, âge non précisé, Australie

« Ma belle-mère me disait constamment que je ne produisais pas assez de lait. En fin de compte, j'ai cessé d'allaiter. »

Mère, âge non précisé, Australie

En bref

Le coût est, de loin, le principal obstacle à la bonne alimentation des bébés et des mères ; viennent ensuite le manque de disponibilité et d'accessibilité des aliments sains. Beaucoup de mères ont mentionné d'autres problèmes, dont le fait que les bébés n'aiment pas certains aliments ou « font les difficiles », ainsi que les pressions familiales.



PERSPECTIVE

Faire respecter le droit de l'enfant à l'alimentation et à la nutrition

Hilal Elver
Rapporteuse
spéciale des
Nations Unies
sur le droit à
l'alimentation

Nous devrions tous nous préoccuper du fait que tant d'enfants à travers le monde souffrent de malnutrition, sous toutes ses formes. La situation exige une intervention énergique et efficace en matière de politiques, intervention qui ne sera possible que si elle procède d'une volonté politique de protéger et de respecter les droits de l'enfant, parmi lesquels le droit à une alimentation suffisante – c'est-à-dire le droit d'être à l'abri de la faim, dont la nutrition constitue un élément essentiel. Afin de réaliser ce droit, les États doivent faire en sorte que tous les individus – y compris les enfants – aient accès à une alimentation qui, à tout le moins, satisfait leurs besoins nutritionnels de base, est culturellement acceptable et saine.

Les États doivent aussi apporter une réponse aux causes structurelles et profondes de la faim et de la malnutrition du point de vue des droits de l'homme. Cette réponse doit être guidée par le principe selon lequel les droits économiques, sociaux et culturels des enfants sont indivisibles, principe qui sous-tend la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), dont nous célébrons le 30^e anniversaire cette année. Nulle part cette indivisibilité n'est-elle plus pertinente que dans le domaine de la nutrition : les droits à une eau salubre, à la santé et à un niveau de vie suffisant, par exemple, sont des conditions préalables à la pleine réalisation du droit à l'alimentation.

En outre, la CDE institue des protections supplémentaires pour les enfants afin de garantir leur droit de jouir du meilleur état de santé possible. Par exemple, elle invite

instamment les États à prendre des mesures pour lutter contre la maladie et la malnutrition en fournissant notamment des aliments nutritifs en quantité suffisante, ainsi que des informations et une éducation concernant la nutrition. Les enfants ont également droit à la protection sociale, à un niveau de vie suffisant et à la non-discrimination. Ce dernier principe est particulièrement important pour protéger les adolescentes contre la discrimination et la violence liées au genre, de même que pour prévenir la discrimination à l'égard des enfants issus des collectivités autochtones et rurales.

Même la faim ponctuelle peut compromettre le développement de l'enfant. La CDE reconnaît cette vulnérabilité unique, qui se répercute sur la vie entière. Elle fait état de la nécessité d'appuyer les personnes qui s'occupent des enfants et d'offrir des soins de santé prénatals et postnatals aux mères. Les dispositions de la CDE sont complétées par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui établit des droits dont jouissent les femmes pendant la grossesse et l'allaitement. Malheureusement, cette dernière convention ne va pas jusqu'à protéger le droit individuel des femmes à une alimentation et une nutrition suffisantes dans des circonstances qui ne sont pas liées à leur statut de mère. Il a été démontré que l'attribution aux femmes de l'autonomie requise pour faire des choix au quotidien et de la liberté d'exercer leurs droits fondamentaux améliore la santé procréative, la nutrition familiale et le bien-être des enfants.

Depuis 2014, Hilal Elver exerce la fonction de Rapporteuse spéciale sur le droit à l'alimentation et elle est chargée d'exécuter le mandat relatif au droit à l'alimentation qui a été établi par le Conseil des droits de l'homme. Hilal Elver est professeur de droit international et associée de recherche internationale éminente au Resnick Center for Food Law and Policy (Centre Resnick pour les lois et politiques alimentaires) de l'école de droit de l'Université de Californie, à Los Angeles. Elle est également professeur de recherche à l'Université de Californie à Santa Barbara, où elle est professeur invité éminent depuis 2002.



© UNICEF/UN0315970/Pirozzi

Au fil des ans, le Comité des droits de l'enfant a publié plusieurs observations générales pour aider les États à mettre des politiques en œuvre. L'Observation générale n° 15, par exemple, met en relief la protection sociale, les programmes de distribution de repas à l'école et les mesures de prévention destinées à éviter toutes les formes de malnutrition. En outre, elle exhorte les États à limiter l'exposition des enfants à la publicité sur des aliments préjudiciables à leur santé, et elle exhorte les sociétés privées à se conformer au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'y rapportent.

Mentionnant l'importance de l'allaitement maternel, l'Observation générale n° 7 en préconise la promotion et la protection et souscrit aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'allaitement exclusif. Toutefois, beaucoup de femmes qui occupent un emploi se heurtent encore aujourd'hui à des obstacles considérables à cet égard, en partie parce que les gouvernements omettent souvent de prévoir des congés de maternité adéquats pour protéger tant les mères que les enfants.

D'autres observations générales traitent des incidences des activités des entreprises privées sur les ressources naturelles nécessaires pour produire des aliments sains (n° 16) et des risques particuliers de malnutrition auxquels sont exposés les enfants qui vivent avec le VIH/sida (n° 3). Mentionnons également l'Observation générale n° 11 qui, de concert avec la Déclaration sur les droits des peuples autochtones,

prend des dispositions à l'égard des enfants de ces peuples, pour lesquels la signification culturelle des terres traditionnelles et la qualité de l'environnement naturel sont intrinsèquement liées au droit à la vie et à la survie. Une approche fondée sur les droits de l'homme concernant la nutrition des enfants nécessite une compréhension claire du lien entre la dégradation de l'environnement, l'accès aux ressources naturelles et le droit de l'enfant à l'alimentation et à la nutrition.

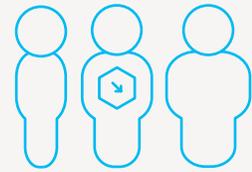
L'intégration dans l'élaboration des politiques de ces instruments des droits de l'homme et d'autres documents de droit non contraignants – par exemple, les Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale – fera en sorte que les enfants des zones rurales, des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées dans leur propre pays, ainsi que les enfants touchés par les conflits et les changements climatiques, ne soient pas laissés pour compte. Elle aidera également les États à garantir le droit à l'alimentation et à la nutrition même dans les communautés les plus marginalisées. L'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme au droit de l'enfant à l'alimentation et à la nutrition, envisagé dans une perspective holistique, requiert une bonne gouvernance et une volonté politique aux niveaux national et international. Une fois cette volonté politique mobilisée, les premières étapes de la mise en œuvre efficace des principes des droits de l'homme consistent en une participation, une redevabilité, un suivi et une transparence accrus. ■



01

**LA MALNUTRITION
INFANTILE DE NOS
JOURS**

Aujourd'hui, à l'échelle de la planète, près de 200 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, d'émaciation, ou des deux, et au moins 340 millions, de faim insoupçonnée, en raison de carences en vitamines et minéraux. Dans le même temps, plus de 40 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans sont en surpoids, et le bilan de la surcharge pondérale et de l'obésité ne cesse de s'alourdir, y compris dans les pays à faible revenu. Ces tendances sont le reflet du triple fardeau de la malnutrition auquel le monde est désormais confronté, une menace pour la survie, la croissance et le développement des enfants et des nations.



- Alors qu'un trop grand nombre d'enfants continue de souffrir de dénutrition et de faim insoupçonnée, le nombre de ceux en surpoids ne cesse de croître rapidement.
- La malnutrition est autant l'une des conséquences que l'une des causes premières de la pauvreté et de la précarité.
- Les systèmes alimentaires offrent un nombre important de possibilités pour améliorer la nutrition infantile.
- L'investissement dans la nutrition, primordial pour atteindre les ODD, génère d'importantes retombées économiques.

Les trois formes de malnutrition – dénutrition, faim insoupçonnée et surpoids – sont étroitement liées

Introduction

La malnutrition revêt au XXI^e siècle trois formes principales. La première, la dénutrition, est un fléau persistant qui, malgré un déclin dans certaines régions du monde, continue de priver un trop grand nombre d'enfants de

l'énergie et des nutriments dont ils ont besoin pour bien grandir, et entraîne encore près de la moitié des décès survenant chaque année chez les enfants âgés de moins de 5 ans¹. La « faim insoupçonnée » constitue la deuxième forme de malnutrition. Il s'agit de carences en vitamines et minéraux essentiels tels que les vitamines A et B, le fer et le zinc. Invisibles et bien trop souvent ignorées, ces carences volent aux enfants leur santé et leur vitalité, voire leur vie. Enfin, le surpoids et, dans sa forme la plus sévère, l'obésité, représentent le troisième type de malnutrition. Autrefois perçu comme la maladie des riches, l'excès pondéral touche aujourd'hui un nombre croissant d'enfants, y compris dans certains des pays les moins avancés – une hausse qui favorise l'essor de maladies non transmissibles liées à l'alimentation se déclarant plus tard au cours de la vie, comme les maladies cardiaques, lesquelles représentent aujourd'hui la principale cause de mortalité à l'échelle mondiale².

Ces trois formes de malnutrition – dénutrition, faim insoupçonnée et surpoids – sont étroitement liées. Elles peuvent toucher à la fois les enfants, les familles et les communautés et affecter simultanément ou tour à tour une même personne au cours de sa vie. Leurs conséquences sont lourdes, non seulement pour les perspectives d'avenir de l'enfant concerné, puisqu'elles se manifestent jusqu'à l'âge adulte, mais aussi pour le développement économique des pays touchés et la réalisation des objectifs de développement durables (ODD).

Ces différents aspects de la malnutrition partagent également de nombreuses causes, lesquelles trouvent en premier lieu leurs origines dans le régime alimentaire des enfants et des mères mais

aussi, de manière plus large, dans la manière dont l'accès à l'alimentation, le prix des aliments et les pouvoirs décisionnels sont organisés dans la société. Par ailleurs, il est de plus en plus difficile de se pencher sur les racines de ces trois grands types de malnutrition sans évoquer les systèmes alimentaires, c'est-à-dire la chaîne par laquelle la nourriture passe du champ à l'assiette. Ainsi la malnutrition qui touche les enfants au XXI^e siècle reflète-t-elle de plus en plus une réalité frappante : un trop grand nombre de systèmes alimentaires ne proposent pas aux enfants la nourriture dont ils ont besoin en quantités suffisantes alors qu'ils leur fournissent en excès celle dont ils n'ont pas besoin.

La malnutrition infantile de nos jours

Dénutrition – retard de croissance et émaciation

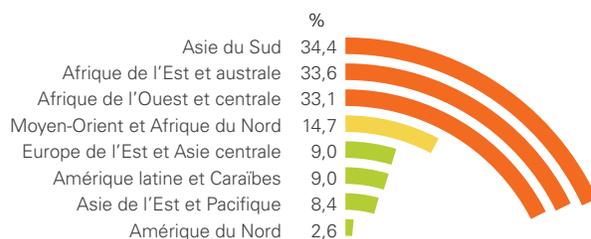
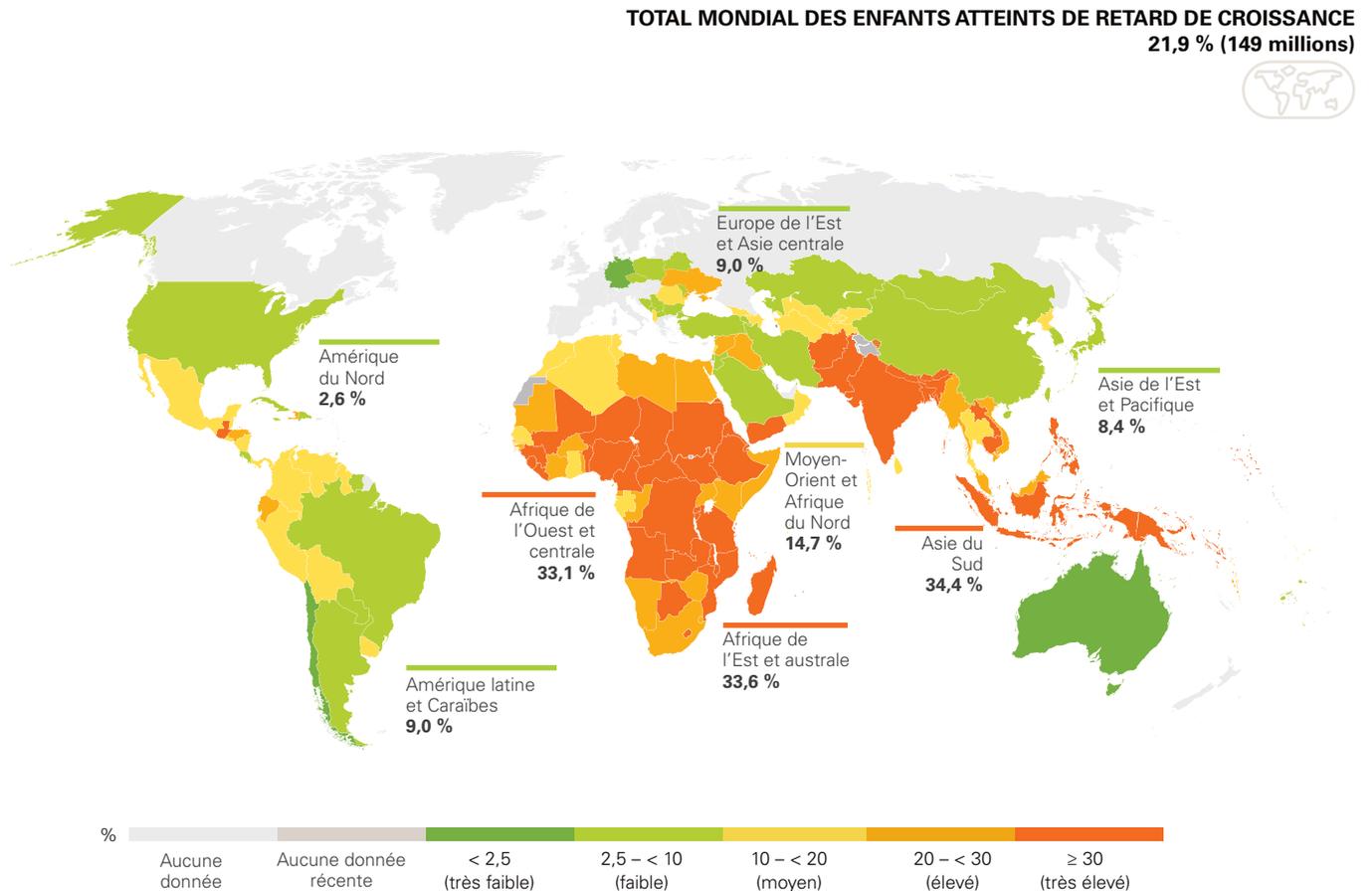
La dénutrition influe profondément sur la manière dont les enfants vivent, grandissent et se développent. Deux de ses formes les plus importantes sont le retard de croissance et l'émaciation.

Retard de croissance

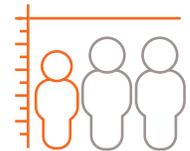
Le terme « retard de croissance » est employé pour décrire un faible rapport âge/taille chez l'enfant. Mais, en réalité, le retard de croissance recouvre bien plus d'aspects que la simple taille d'un enfant. En effet, chaque communauté est composée d'enfants plus ou moins grands. Il s'agit plutôt d'un signe évident qu'un enfant ne se développe pas bien, physiquement et psychologiquement, en particulier au cours des 1000 jours qui s'écoulent entre sa conception et son deuxième anniversaire. Le retard de croissance a non seulement été décrit comme le « meilleur indicateur global » du niveau de bien-être des enfants, mais également comme une image précise des inégalités dans la société³. En effet, comme l'indique un rapport de 2017 de Development Initiatives, le retard de croissance « est à la fois un symptôme de privation passée et un indicateur de pauvreté future⁴ ».

Dans quelles régions du monde les enfants présentant un retard de croissance vivent-ils ?

FIGURE 1.1 | Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, 2018.



En Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, **un enfant sur trois âgé de moins de 5 ans présente un retard de croissance.**



Remarque : Les données par pays correspondent aux estimations disponibles les plus récentes pour la période 2000-2018 ; la couleur gris foncé indique l'absence de données récentes lorsque seules des données antérieures à 2000 sont disponibles. Les désignations employées et la présentation adoptée dans ce rapport ne reflètent en aucun cas une prise de position quelconque du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) quant au statut juridique des pays ou territoires représentés ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/ Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes sur la malnutrition, édition 2019.

En dépit de l'encourageante baisse globale du retard de croissance, la majorité des pays n'est pas en bonne voie pour atteindre les chiffres fixés par les ODD

Malheureusement, dans de nombreuses communautés, en particulier celles dans lesquelles la taille moyenne est plutôt petite, l'ampleur des retards de croissance qui touchent les enfants n'est pas pleinement admise⁵. Du fait des conséquences de cette pathologie sur le développement de l'enfant tout au long de sa vie, cette absence de

diagnostic est grave, non seulement pour le bien-être des enfants en tant qu'individus, mais aussi pour le développement économique et social au sens large.

Comme pour d'autres formes de malnutrition, les causes du retard de croissance sont en premier lieu imputables à l'état nutritionnel de la mère. En effet, celles qui ont souffert d'un retard de croissance au cours de leur enfance ont un risque plus élevé d'avoir des enfants présentant eux aussi un retard de croissance. De même, les femmes de petite taille sont davantage susceptibles de donner naissance à des enfants prématurés ou ayant un faible poids, lesquels seront eux aussi plus enclins à souffrir ultérieurement d'un retard de croissance. D'après les estimations, en 2015, 14,6 % des nouveau-nés présentaient une insuffisance pondérale à la naissance, parmi lesquels 9 sur 10 environ vivaient dans des pays à revenu faible et intermédiaire⁶. Les retards de croissance peuvent ainsi se perpétuer à travers les générations et, en raison de leur lien étroit avec la précarité, devenir un vecteur de pauvreté d'une génération à l'autre.

Il est néanmoins possible de briser ce cycle, et ce, en l'espace d'une seule génération. En effet, les femmes malnutries pendant leur enfance qui auront bénéficié avant la conception d'une amélioration substantielle de leur santé, de leur alimentation et de leurs conditions de vie sont susceptibles d'avoir des enfants de taille quasi normale⁷. Aussi de tels exemples soulignent-ils

l'importance des investissements dans la nutrition maternelle, pour améliorer non seulement les perspectives d'avenir des femmes, mais aussi celles de la génération suivante.

Même après l'accouchement, l'état nutritionnel d'une mère continue d'influer sur celui de son enfant par le biais de l'allaitement (voir chapitre 2). D'autres facteurs jouent également un rôle dans le développement d'un enfant, notamment les moyens dont dispose sa famille pour lui offrir une alimentation et des soins appropriés, ainsi qu'un accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'assainissement. Ainsi, par exemple, les infections et inflammations intestinales à répétition peuvent enfermer un enfant dans le cercle vicieux de la maladie et de la malnutrition : en effet, un enfant souffrant d'une inflammation intestinale aura davantage de difficultés à se nourrir correctement, ce qui aura pour conséquence d'affaiblir son système immunitaire. On estime qu'un quart de l'ensemble des retards de croissance chez les enfants âgés de 2 ans et moins est attribuable au fait qu'ils aient souffert d'au moins cinq épisodes de diarrhée⁸. Aussi lutter contre les retards de croissance requiert-il d'investir dans l'amélioration de la qualité des régimes alimentaires infantiles ainsi que des pratiques et services nutritionnels qui s'y rapportent.

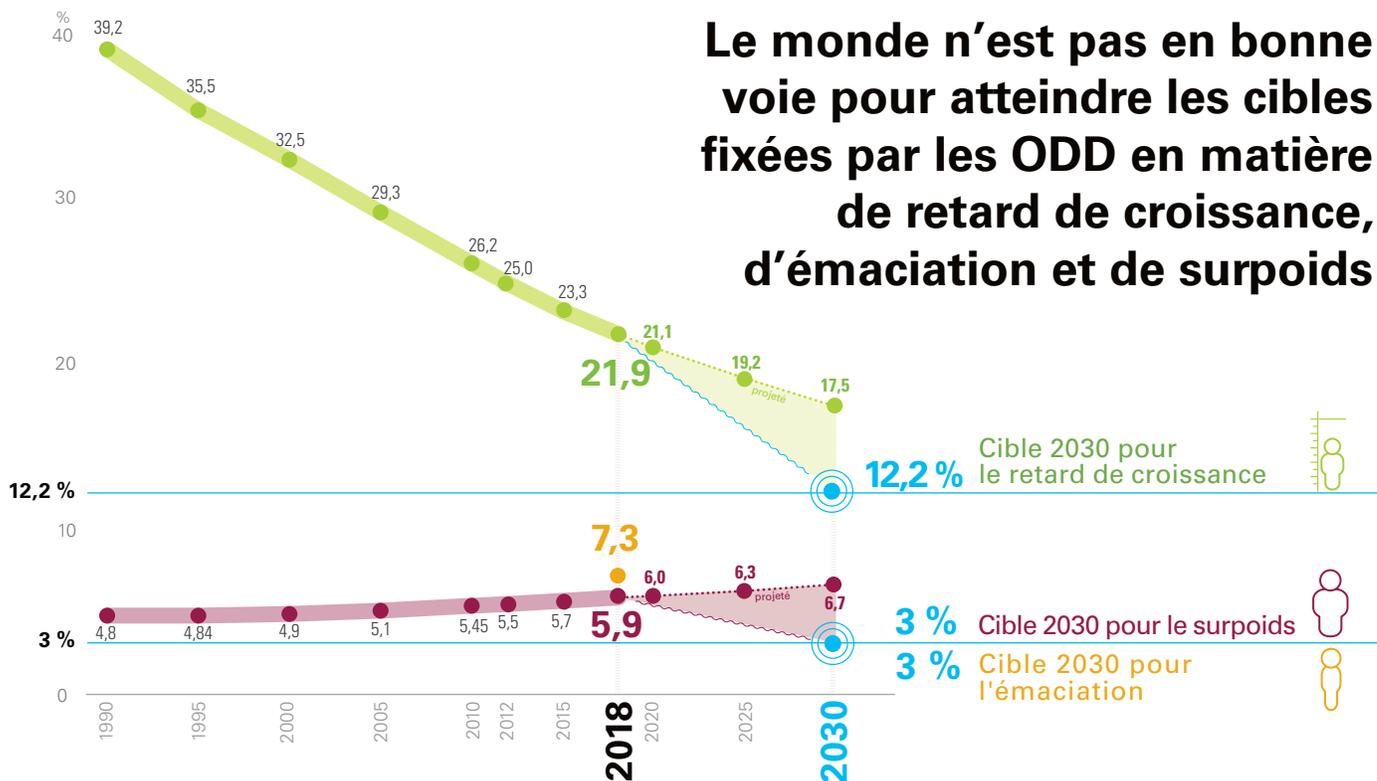
À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est en déclin (voir figure 1.2), puisqu'il a diminué d'un quart entre 2000 et 2018 pour se stabiliser à 149 millions. Globalement, cette tendance est due à une hausse des revenus et à une amélioration de la gouvernance dans de nombreux pays⁹. Néanmoins, en dépit de cette baisse mondiale, les progrès relatifs à la diminution des retards de croissance dans la majeure partie du continent africain sont lents. En effet, en raison de leur forte croissance démographique, deux régions d'intervention de l'UNICEF, à savoir l'Afrique de l'Est et australe et l'Afrique de l'Ouest et centrale, ont vu le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans touchés par un retard de croissance augmenter respectivement d'1,4 million et de 6,5 millions entre 2000 et 2018 ; un fardeau qui continue de peser lourd sur le développement du capital humain en Afrique.

Ainsi, en dépit de l'encourageante baisse globale du nombre d'enfants présentant un retard de croissance,

Au Pakistan, la taille de Mudassir, 6 ans, est mesurée à l'occasion d'un examen de dépistage de la malnutrition. © UNICEF/UN048378/Pirozzi



FIGURE 1.2 | Projections relatives à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans par rapport aux objectifs de 2030



Remarques : Les objectifs de l'AMS pour 2030 sont a) la réduction de 50 % du nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance, b) la réduction et le maintien de la prévalence du surpoids infantile à moins de 3 % et c) la réduction et le maintien du taux d'émaciation chez l'enfant à moins de 3 %. L'émaciation est une pathologie aiguë qui peut évoluer fréquemment et rapidement au cours d'une année, ce qui rend difficile la projection de tendances fiables dans le temps à l'aide des données disponibles. Par conséquent, ce rapport fournit uniquement les estimations mondiales et régionales les plus récentes. <https://data.unicef.org/resources/who-unicef-discussion-paper-nutrition-targets/>

Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes sur la malnutrition, édition 2019. Ces projections se fondent sur des analyses conduites par l'UNICEF/l'Organisation mondiale de la Santé/le Groupe de la Banque mondiale et le Groupe de travail conjoint sur les estimations relatives à la malnutrition.

la majorité des pays n'est pas en bonne voie pour atteindre les chiffres fixés par les ODD dans ce domaine. De même, les cibles relatives à l'émaciation et au surpoids risquent de ne pas être atteintes sans un effort soutenu. Par ailleurs, la réduction des retards de croissance à l'échelle mondiale masque

une autre réalité : dans de nombreux pays, un très grand pourcentage d'enfants continue de souffrir d'un retard de croissance, à l'instar de l'Inde et du Pakistan, dans lesquels environ 38 % des enfants âgés de moins de 5 ans sont concernés, ou de la République démocratique du Congo, où ce chiffre s'élève à 43 %¹⁰.

À l'échelle mondiale, l'émaciation menace la vie de 7,3 % des enfants âgés de moins de 5 ans, soit de presque 50 millions d'enfants

Pire encore, ces statistiques nationales ne brossent qu'un tableau partiel de la situation. En effet, au sein même des pays, il existe parfois des différences majeures entre les régions. En Inde, par exemple, près de la moitié des enfants souffre d'un retard de croissance dans les États les plus touchés, contre un cinquième seulement dans ceux les moins affectés¹¹.

L'émaciation

Le terme « émaciation » est utilisé pour qualifier un faible rapport poids/taille chez l'enfant. À quelques notables exceptions près, l'émaciation traduit souvent une perte de poids *récente* due à un apport en nutriments très insuffisant, à

une maladie, ou aux deux. À l'échelle mondiale, l'émaciation menace la vie de 7,3 % des enfants âgés de moins de 5 ans, soit de presque 50 millions d'enfants. En 2013, environ 13 % des décès survenus à travers le monde chez les enfants âgés de moins de 5 ans étaient à mettre sur le compte de l'émaciation, ce qui correspond pour cette année-là à 875 000 enfants morts d'une cause évitable¹².

Si les tendances de l'émaciation peuvent évoluer rapidement dans un sens ou dans l'autre en fonction de facteurs tels que la disponibilité saisonnière de la nourriture et des schémas pathologiques de la diarrhée et du paludisme, le fait que l'émaciation n'ait pas connu le même déclin que le retard de croissance à l'échelle mondiale suscite des inquiétudes.

Cela est notamment le cas en Asie du Sud, épice mondiale de l'émaciation. En effet,

dans cette région, 15,2 % des enfants âgés de moins de 5 ans sont émaciés, un taux que les organisations internationales qualifient d'« élevé »¹³ (les autres lieux particulièrement touchés sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est et l'Océanie – voir figure 1.3), et qui ne diminue par ailleurs que très lentement¹⁴. En Asie du Sud toujours, l'émaciation présente la particularité de toucher le plus souvent les enfants au cours de leur première année de vie, et d'être moins répandue au-delà de cet âge. L'explication à cela tient au fait que de nombreux enfants émaciés sont nés ainsi¹⁵. Aussi la reconnaissance de ce phénomène joue-t-elle un rôle majeur dans la lutte contre l'émaciation (et le retard de croissance) dans la région, puisqu'elle incite clairement à adopter une approche essentiellement axée sur la prévention et, en particulier, sur l'amélioration de la nutrition des

L'émaciation peut être dévastatrice pour les enfants, notamment dans ses formes les plus sévères

ENCADRÉ 1.1 | La prise en charge des enfants émaciés à domicile

Au cours des dernières années, d'importantes avancées ont été réalisées dans le traitement de la MAS, notamment grâce à la prise en charge par la collectivité de la malnutrition aiguë sévère dans de nombreux pays. Avant cette gestion de proximité, les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère étaient le plus souvent hospitalisés pour de longues périodes. Ces longs séjours et le fardeau financier qu'ils représentaient pour de nombreuses familles expliquaient en partie le faible taux de traitement. Aussi la prise en charge par la collectivité de la malnutrition aiguë sévère donne-t-elle la possibilité aux familles de traiter la MAS à domicile, en règle générale au moyen d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour les enfants sans complications médicales, lesquels représentent la majorité des cas.

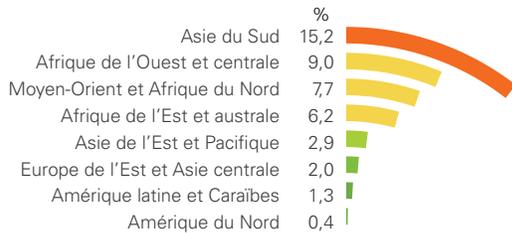
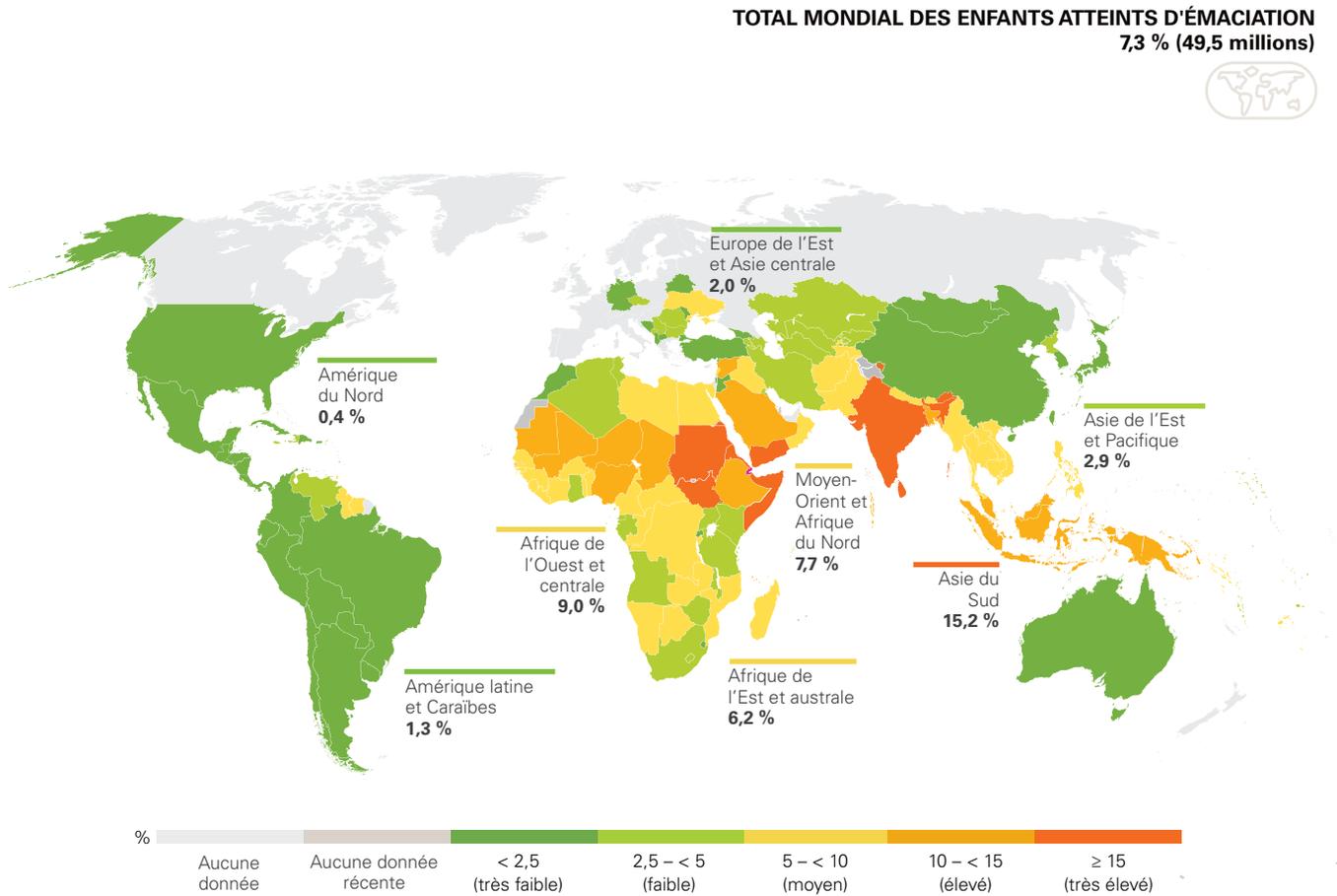
Cette approche a contribué à améliorer le taux de survie de ces enfants en plus de présenter un excellent rapport coût-efficacité, même s'il reste encore à faire pour réduire davantage son coût, par exemple en produisant localement les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi²⁷. Par ailleurs, si la gestion de la malnutrition aiguë sévère compte parmi les 10 interventions nutritionnelles les plus efficaces pour réduire la mortalité infantile²⁸, son impact pourrait être encore renforcé : les services de santé par exemple, via des dépistages précoces de la malnutrition aiguë sévère et du VIH, peuvent jouer un rôle fondamental dans l'amélioration du taux de survie chez les enfants en permettant d'intervenir à un moment déterminant pour prévenir la progression de la maladie et garantir le bon développement de l'enfant. ■



Né aux Philippines dans la province rurale de Palawan, Joemar Bacaltos est issu d'une famille pauvre. Ses deux parents ont souffert de problèmes de santé. Leur communauté ethnique a un accès insuffisant aux services et une compréhension limitée de la malnutrition. Par conséquent, et en dépit de symptômes visibles, la malnutrition aiguë sévère de Joemar n'a pas été immédiatement diagnostiquée. Une fois le traitement mis en place, l'état du petit garçon s'est rapidement amélioré, et ce dernier a pu doubler son poids en l'espace de quelques mois seulement. À l'instar de Joemar, d'autres enfants philippins se voient désormais offrir une seconde chance : soutenues par l'UNICEF, les Philippines s'emploient à développer les services et les capacités pour prévenir et traiter la malnutrition aiguë et visent à mettre en place d'ici à 2022 un programme d'interventions à l'échelle nationale mettant l'accent de manière stratégique sur les 1 000 premiers jours de vie de l'enfant.

Dans quelles régions du monde les enfants souffrant d'émaciation vivent-ils ?

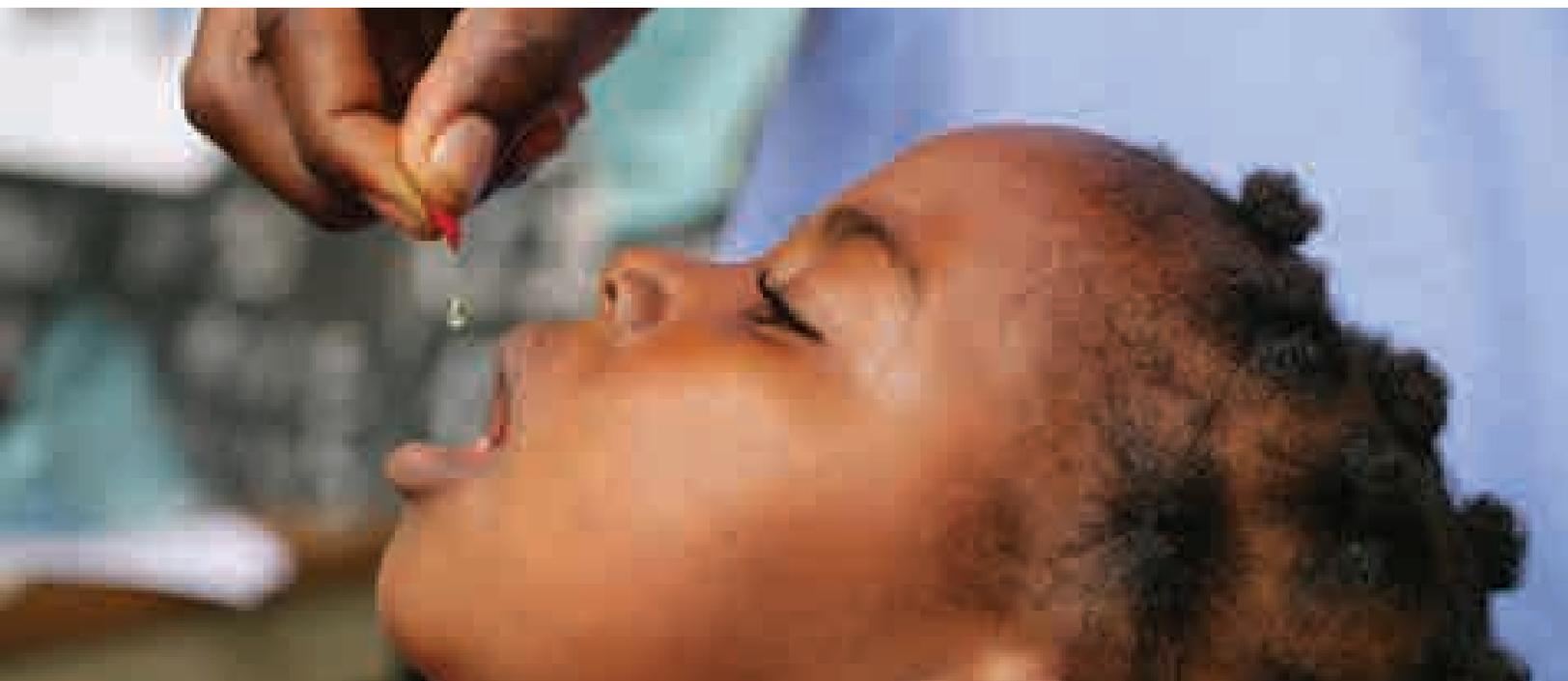
FIGURE 1.3 | Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'émaciation, 2018.



En **Asie du Sud**, plus d'un enfant âgé de moins de 5 ans sur sept est émacié.

Remarque : Les données par pays correspondent aux estimations disponibles les plus récentes pour la période 2000-2018 ; la couleur gris foncé indique l'absence de données récentes lorsque seules des données antérieures à 2000 sont disponibles. Les désignations employées et la présentation adoptée dans ce rapport ne reflètent en aucun cas une prise de position quelconque du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) quant au statut juridique des pays ou territoires représentés ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes sur la malnutrition, édition 2019.



adolescentes et des mères et sur la promotion de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et d'hygiène au cours des deux premières années de vie de l'enfant (voir chapitre 3)¹⁶.

L'émaciation, qui est la forme la plus répandue de malnutrition aiguë, peut être dévastatrice pour les enfants, notamment dans ses formes les plus sévères. Non traité, un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) présente un risque 12 fois plus élevé de mourir qu'un enfant en bonne santé¹⁷. Résultant souvent d'une détérioration rapide de l'état nutritionnel, la malnutrition aiguë sévère se caractérise généralement par une émaciation, une maigreur extrême ou un gonflement typique de l'œdème nutritionnel^{18,19}. Si le risque de décès lié à la malnutrition aiguë sévère est particulièrement élevé chez les enfants âgés de moins de 5 ans, il n'est pas moins présent chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Et même une fois traités, les enfants touchés peuvent continuer à souffrir de troubles cognitifs et d'autres problèmes de développement, en particulier s'ils présentent un retard de croissance²⁰.

À l'échelle mondiale, les taux d'émaciation sévère demeurent élevés : en 2018, on estimait qu'environ

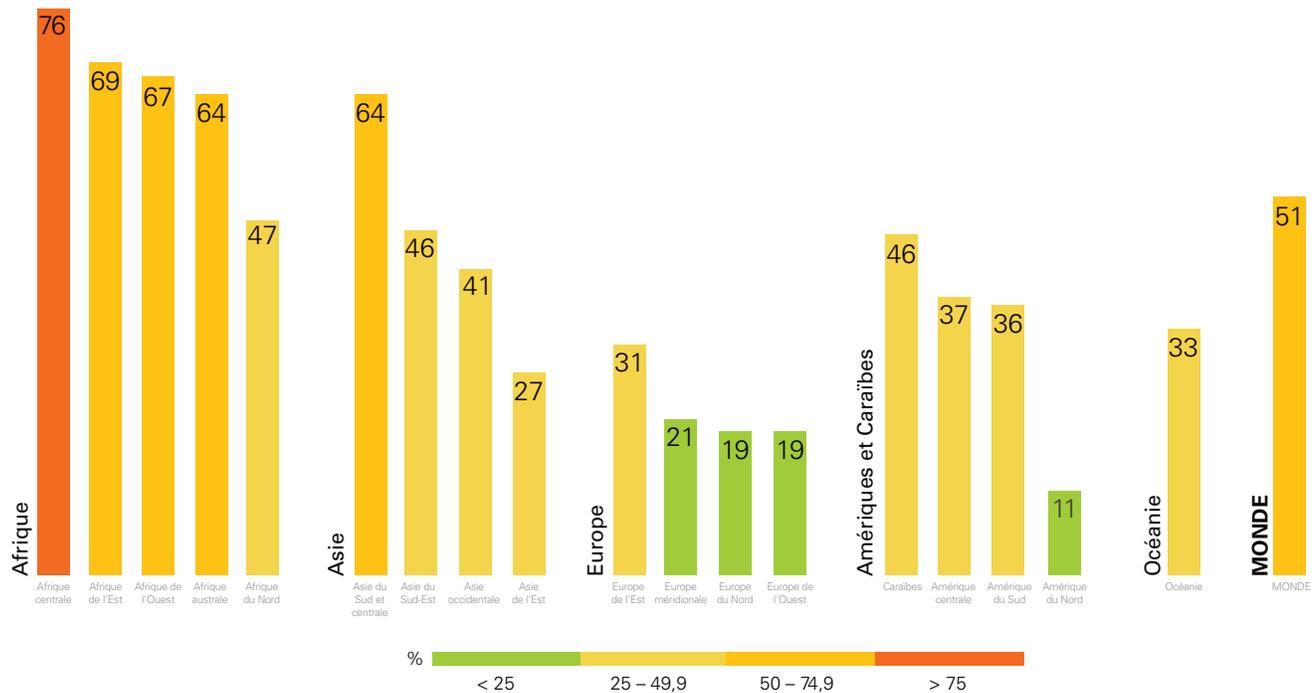
16,6 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans étaient concernés²¹. Et comme pour les autres formes de malnutrition, la pauvreté occupe une place centrale dans la malnutrition aiguë sévère. Les fluctuations saisonnières jouent également un rôle : la saison des pluies est souvent la période précédant la récolte durant laquelle les stocks de nourriture sont bas, les routes, coupées, et l'incidence des maladies transmises par l'eau, accrue. Les enfants malades sont aussi particulièrement exposés : ceux souffrant du VIH sont ainsi trois fois plus susceptibles de mourir de malnutrition aiguë sévère que les autres^{22,23,24}. La combinaison VIH/malnutrition aiguë sévère est particulièrement fatale chez les nourrissons.

Bien que la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant soit l'un des visages typiques des urgences humanitaires, elle se rencontre le plus souvent en dehors des situations d'urgence. Le postulat erroné selon lequel la malnutrition aiguë sévère frappe majoritairement les enfants lors des situations d'urgence – et qu'il incombe donc à la communauté humanitaire de la prendre en charge – a, par conséquent, nuit à la mise en

Une fillette reçoit des gouttes de vitamine A au centre de santé de Mont Ngafula, à Kinshasa, en République démocratique du Congo. Les carences en vitamine A sont la première cause de cécité évitable chez l'enfant. En outre, elles augmentent le risque de décès dû à des maladies infantiles courantes comme la diarrhée. Malgré la disponibilité croissante des aliments enrichis, un enfant sur cinq souffre encore de carences en vitamine A⁴¹.
© UNICEF/UNI44415/Pirozzi

Dans quelles régions du monde les enfants souffrant de faim insoupçonnée vivent-ils ?

FIGURE 1.4 | Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de faim insoupçonnée.



Source : Estimations de l'UNICEF datant de 2019, basées sur Black et al, 2013 et Stevens et al, 2015. Pour plus d'informations, prière de se référer à la section sur la méthodologie.

Au moins un enfant âgé de moins de 5 ans sur deux (soit 340 millions d'enfants) souffre de faim insoupçonnée

place d'une prévention et d'un traitement efficaces de cette pathologie à l'échelle mondiale.

En effet, de manière générale, trop peu d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont pris en charge. Malgré les progrès mondiaux relatifs au nombre

d'enfants soignés (d'1,1 million d'enfants en 2009 à 4,4 millions en 2017), seul un enfant sur quatre environ bénéficie d'un traitement²⁵. Le déploiement à grande échelle des approches ayant fait leurs preuves en la matière nécessite le soutien des politiques nationales, des ressources publiques dédiées ainsi que leur intégration dans les services publics de routine. Dans les pays où de telles mesures ont été mises en place, l'efficacité et la portée de la prise en charge de ces enfants se

sont considérablement améliorées²⁶. Cependant, si le traitement de la malnutrition aiguë sévère sauve des vies, il ne résout pas pour autant les causes sous-jacentes et fondamentales de cette pathologie, une condition pourtant essentielle pour garantir la prévention de l'émaciation à long terme.

La faim insoupçonnée

Chez les enfants et les mères, les carences en micronutriments, c'est-à-dire en vitamines et minéraux essentiels à la survie, à la croissance et au développement, peuvent avoir des conséquences désastreuses. À titre d'exemples, la carence en vitamine A est la principale cause de cécité chez les enfants²⁹ tandis que l'anémie sévère chez les femmes (laquelle est souvent liée – mais pas seulement – à un manque d'apport

en fer) double le risque de mortalité pendant et juste après l'accouchement (voir figure 1.4)³⁰. Enfin, la carence en iode chez l'enfant, même dans sa forme modérée, peut entraver ses capacités d'apprentissage³¹. L'UNICEF estime que dans le monde, au moins un enfant âgé de moins de 5 ans sur deux (soit 340 millions d'enfants) souffre de faim insoupçonnée en raison de carences en vitamines et en autres nutriments essentiels³². Souvent invisibles ou détectées trop tardivement, ces carences sont qualifiées de « faim insoupçonnée », une pathologie dont les conséquences, elles, sont tout à fait concrètes. En effet, comme l'a déclaré en 2004 Kul C. Gautam, Directeur général adjoint de l'UNICEF : « L'estomac ne la ressent peut-être pas, mais cette faim-là frappe au cœur de la santé et de la vitalité³³ ».

Comme pour toutes les autres formes de malnutrition, l'alimentation joue un rôle majeur dans la faim insoupçonnée. C'est la raison pour laquelle la diversité alimentaire sert d'indicateur pour déterminer si les enfants et les mères reçoivent les micronutriments dont ils ont besoin³⁴. Or, les résultats brossent un tableau inquiétant (voir chapitre 2), sans compter que les enfants et les mères doivent également être capables sur le plan physique d'assimiler les vitamines et minéraux. En effet, certaines maladies telles que la diarrhée et les inflammations intestinales chroniques peuvent empêcher cette absorption, à l'instar d'autres facteurs comme l'origine de ces micronutriments (animale ou végétale).

De manière générale, la faim insoupçonnée existe tant dans le cadre de régimes alimentaires traditionnels que modernes. L'alimentation de certaines communautés de pays à faible revenu, par exemple, se résume pour l'essentiel à quelques denrées de bases comme les céréales et les tubercules, et n'inclut que très rarement des aliments à haute teneur en nutriments tels que les fruits, les légumes, la viande, le poisson, les œufs et les produits laitiers. En ce qui concerne l'alimentation moderne, si les aliments transformés et ultra-transformés sont parfois enrichis en vitamines et minéraux essentiels – un processus qui permet aux

enfants dans de nombreuses parties du monde de satisfaire leurs besoins en micronutriments (voir chapitre 4), certains de ces aliments et boissons n'en contiennent que peu ou pas^{35,36}. Or, ces produits, comme les nouilles instantanées et les biscuits bon marché par exemple, étant particulièrement rassasiants, ils diminuent l'appétit des enfants pour d'autres aliments plus nutritifs comme les fruits et les légumes³⁷.

L'insuffisance de données précises et à jour permettant d'estimer l'ampleur de la faim insoupçonnée dans le monde traduit la complexité, le coût et la nature chronophage d'une telle entreprise. Devant la gravité des répercussions de ces carences sur les enfants, il est pourtant urgent de mieux saisir ce problème, notamment via la mise au point de dépistages efficaces et peu coûteux. Les récentes estimations mondiales de l'UNICEF – la faim insoupçonnée toucherait au moins 340 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans – sont prudentes car elles reflètent uniquement le nombre estimé d'enfants souffrant de carences en vitamines A et en fer³⁸. Dans les pays à faible revenu comme dans ceux à revenu élevé, les enfants courent un risque élevé de faim insoupçonnée et souffrent fréquemment de multiples carences en micronutriments en même temps, une situation qui traduit la mauvaise qualité de leur régime alimentaire général^{39,40}.

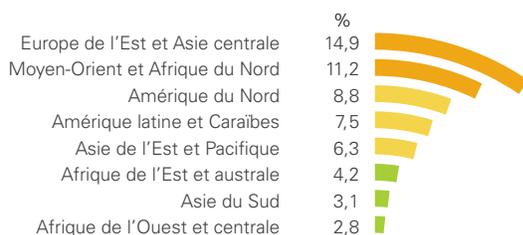
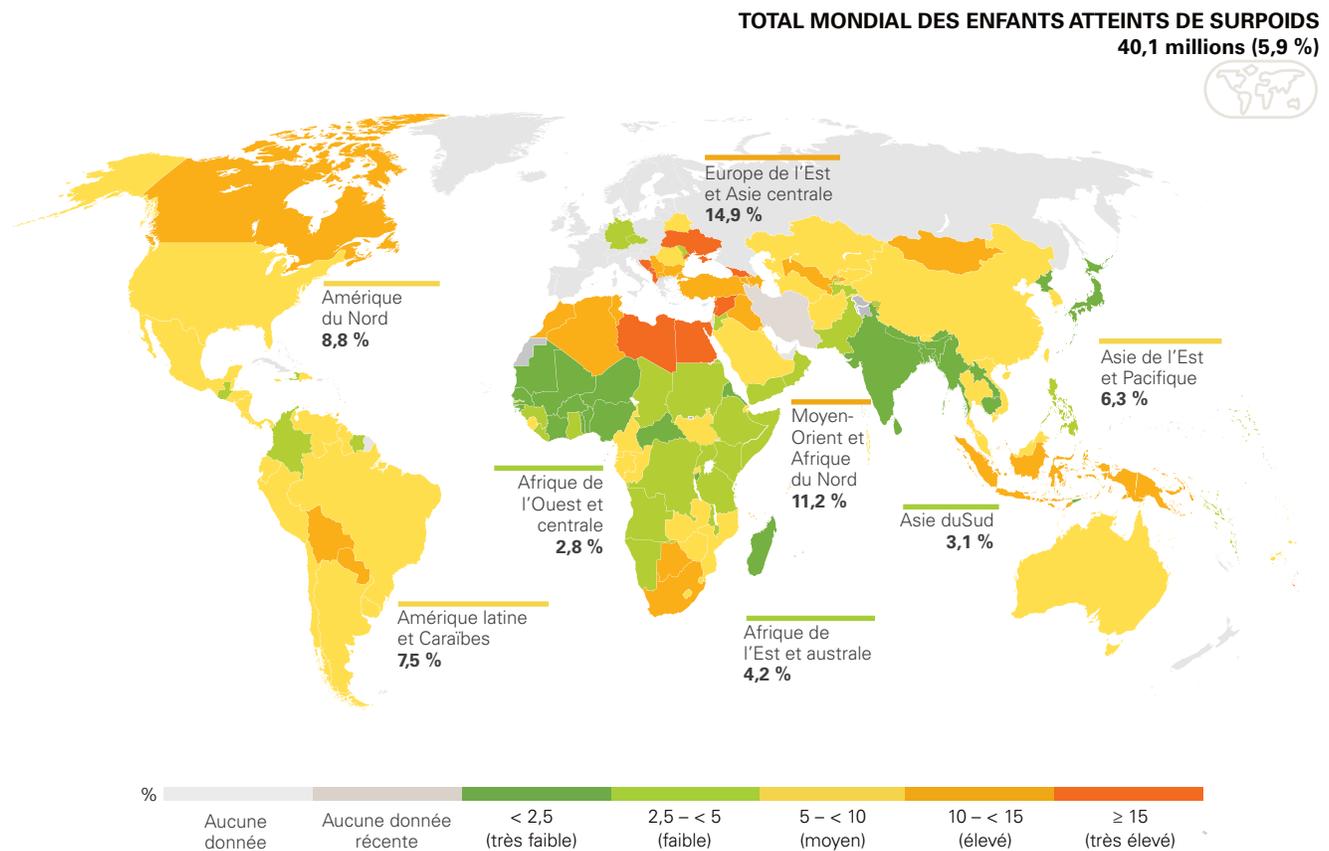
Surpoids et obésité

L'excès pondéral et l'obésité ont tous deux des répercussions chez l'enfant, pendant l'enfance mais aussi plus tard. Durant l'enfance, les problèmes de poids peuvent engendrer différentes maladies, notamment des complications gastro-intestinales, musculosquelettiques et orthopédiques ainsi que la survenue précoce d'un diabète de type 2 et de problèmes d'ordre comportemental et émotionnel, tels que la dépression et la stigmatisation. L'obésité infantile est également un important facteur d'obésité à l'âge adulte, laquelle entraîne des répercussions sanitaires et économiques majeures⁴².

Le surpoids est parfois considéré comme un problème concernant uniquement les pays riches, mais il est frappant de voir à quel point les pays à revenu faible et intermédiaire sont eux aussi désormais touchés

Dans quelles régions du monde les enfants en surpoids vivent-ils ?

FIGURE 1.5 | **Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans en surpoids, 2018.**



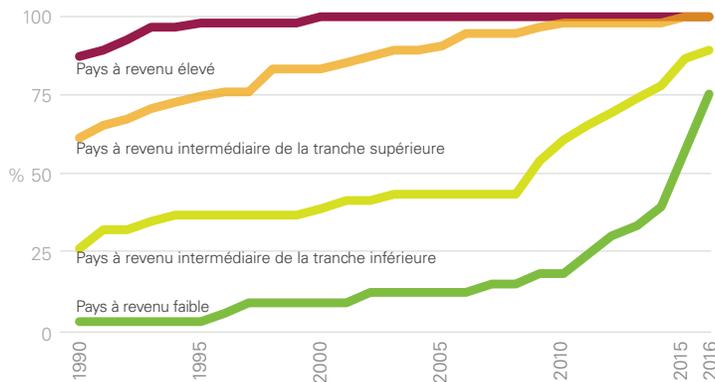
En Europe de l'Est et en Asie centrale, près d'un enfant âgé de moins de 5 ans sur sept est en surcharge pondérale.

Remarque : Les données par pays correspondent aux estimations disponibles les plus récentes pour la période 2000-2018 ; la couleur gris foncé indique l'absence de données récentes lorsque seules des données antérieures à 2000 sont disponibles. Les désignations employées et la présentation adoptée dans ce rapport ne reflètent en aucun cas une prise de position quelconque du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) quant au statut juridique des pays ou territoires représentés ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes sur la malnutrition, édition 2019.

FIGURE 1.6 | **Tendance du pourcentage de pays selon la classification des pays en fonction de leur revenu de la Banque mondiale où au moins 10 % des enfants âgés de 5 à 19 ans sont en surpoids**

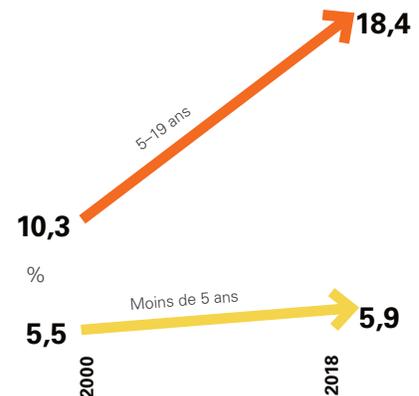
Les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure ont enregistré une hausse significative de leur taux de surpoids au cours de la dernière décennie.



Source : NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults » (Tendances mondiales en matière d'indice de masse corporelle, d'insuffisance pondérale, de surpoids et d'obésité de 1975 à 2016 : analyse combinée de 2 416 études de mesure en population portant sur 128,9 millions d'enfants, d'adolescents et d'adultes), *The Lancet*, 2017, vol. 390, p. 2 627 à 2 642.

Remarques : Le classement des pays en fonction de leur revenu se fonde sur la classification des pays de la Banque mondiale pour l'exercice 2019.

FIGURE 1.7 | **Hausse du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, les enfants âgés de 5 à 19 ans et les jeunes**



Source : UNICEF/Organisation mondiale de la Santé/Groupe de la Banque mondiale, Estimations conjointes sur la malnutrition, et NCD Risk Factor Collaboration (2017).

Le nombre d'enfants en surpoids a augmenté sur tous les continents (voir figure 1.5). D'après les tendances récentes, le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans en surpoids dans le monde devrait passer de 40 millions (soit 5,9 % de cette tranche d'âge) à 43 millions d'ici à 2025⁴³.

Le surpoids est parfois considéré à tort comme un problème concernant uniquement les pays riches, alors qu'il suffit d'observer ce qu'il se passe dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour réaliser à quel point ces derniers sont eux aussi désormais touchés par ce phénomène, et avec quelle rapidité celui-ci est en train de s'amplifier (voir figure 1.6). En 2018, près de la moitié des enfants âgés de moins de 5 ans en excès

pondéral vivait en Asie et un quart en Afrique, où leur nombre a par ailleurs cru de près de 44 % entre 2000 et 2018⁴⁴.

Ces données n'illustrent toutefois qu'une partie du phénomène. En effet, les estimations concernant les enfants plus âgés indiquent la véritable ampleur du défi lié au surpoids. D'après le réseau de scientifiques NCD Risk Factor Collaboration, dans le monde, la proportion des enfants âgés de 5 à 19 ans en excès pondéral est passée d'1 sur 10 (10,3 %) en 2000 à près d'1 sur 5 (18,4 %) en 2016 (voir figure 1.7).

Quelles sont les origines de cette augmentation ? Les recherches pointent du doigt quelques facteurs clés, parmi lesquels un apport accru en calories, le

Le surpoids n'est plus un problème réservé aux pays riches et il progresse plus rapidement parmi les enfants plus âgés

SECTION SPÉCIALE :

Le surpoids et l'obésité dans les pays de l'OCDE et de l'UE

Il y a un siècle, l'excès pondéral et l'obésité étaient synonymes de richesse. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Dans les pays riches, les enfants issus de familles défavorisées sont souvent les plus susceptibles de souffrir de surpoids et d'obésité⁵⁰.

Bien que stabilisée dans de nombreux pays à revenu élevé, la prévalence de l'excès de poids chez l'enfant reste à un niveau tel qu'elle menace la vie, la santé et l'avenir de millions d'enfants⁵¹. Parmi les 41 pays que comptent l'OCDE et l'UE réunies, seul le Japon compte moins d'un enfant sur cinq en surcharge pondérale (enfants âgés de 5 à 19 ans) (voir figure 1.8).

Surpoids et milieux sociaux

En règle générale, les enfants souffrant d'un excès pondéral sont issus de familles défavorisées sur le plan socioéconomique. Aux États-Unis, par exemple, la prévalence du surpoids chez l'enfant est *inversement proportionnelle* aux niveaux d'éducation et de revenu des familles⁵³. Le lien entre obésité et milieux socioéconomiques défavorisés a également été démontré en Europe⁵⁴. Une étude s'appuyant sur des données collectées en 2008 par l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI) de l'OMS en Europe a en effet pu mettre en évidence le lien existant entre le statut socioéconomique, le manque d'éducation des parents et l'obésité infantile en République tchèque, au Portugal et en Suède⁵⁵.

Les répercussions de l'excès pondéral sur la qualité de vie et l'économie devraient alerter les pays à revenu faible et intermédiaire dans lesquels ces risques sanitaires augmentent rapidement⁵⁶. Sur le plan économique, en Allemagne, par exemple, le coût à vie du surpoids et de l'obésité résultant de facteurs tels que la perte de productivité et la maladie est d'environ 145 milliards d'euros (soit 162 milliards de dollars des États-Unis)⁵⁷. Aux États-Unis, 190 milliards de dollars É.-U. sont dépensés chaque année pour traiter l'obésité et ses comorbidités, ce qui correspond à environ un cinquième des dépenses de santé du pays. Enfin, dans les hôpitaux publics brésiliens, le coût direct des maladies associées au surpoids et à l'obésité est estimé à 2,1 milliards de dollars É.-U. par an⁵⁸.

Actions mises en œuvre

Malgré la prise de conscience croissante des risques engendrés par la surcharge pondérale, la mise en œuvre de mesures visant à remédier à ce problème n'est pas systématique⁵⁹. Toutefois, au cours des dernières années, certains pays comme la Belgique, le Chili, la Finlande, la France, la Hongrie et le Mexique ont commencé à mettre en œuvre des politiques de lutte contre l'obésité, notamment par l'intermédiaire de taxes et d'étiquetages nutritionnels faciles à comprendre tels que des étiquettes de mise en garde placées sur la face avant de l'emballage. Ces efforts, entre autres, suivent les recommandations de l'OMS⁶⁰ visant à fournir une approche globale pour lutter contre l'obésité infantile⁶¹.

À l'échelle mondiale, il existe peu de données relatives aux montants des dépenses publiques destinées à répondre au problème de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore certains types de cancers⁶². En 2015, seul 0,01 % de l'aide mondiale au développement avait été alloué à la prévention et au traitement de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation⁶³. Pourtant, compte tenu de l'émergence des multiples conséquences de l'augmentation du surpoids dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les coûts liés à la prévention et au traitement de cette pathologie risquent de dépasser les capacités de réponse des systèmes de santé concernés. ■

Les enfants souffrant de surpoids sont généralement issus de familles socioéconomiquement désavantagées

FIGURE 1.8 | Pourcentage d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans présentant un surpoids dans 41 pays de l'OCDE et de l'UE

Pays	Prévalence (%)	Augmentation (en %) depuis 1990
États-Unis	41,86	49,7
Nouvelle-Zélande	39,46	44,6
Grèce	37,26	48,9
Malte	37,11	20,1
Italie	36,87	39,1
Chili	35,54	61,1
Mexique	35,51	76
Israël	34,80	18,2
Australie	34,11	35,1
Espagne	33,80	38,4
Chypre	33,47	50,6
Portugal	32,57	86,2
Canada	32,15	45,1
Royaume-Uni	31,12	33,1
Irlande	30,86	84,4
France	30,09	38,7
Turquie	29,55	151,1
Bulgarie	28,47	120,6
Hongrie	28,45	117,3
Islande	28,33	15,3
Croatie	28,00	160
République de Corée	27,63	94,9
Norvège	27,47	42,1
Tchéquie	27,19	81,2
Slovénie	27,18	168,8
Finlande	26,81	35,7
Autriche	26,68	48,8
Allemagne	26,58	37
Luxembourg	26,33	29,3
Pologne	25,72	131,1
Danemark	25,11	13,6
Pays-Bas	24,77	61,9
Roumanie	24,56	171
Belgique	23,93	-1,8
Suède	23,62	24,6
Slovaquie	23,36	157
Suisse	21,87	39,4
Lettonie	21,33	75,9
Lithuanie	20,58	84,2
Estonie	20,46	68
Japon	14,42	14,3

La dénutrition, la faim insoupçonnée et le surpoids partagent des causes communes, notamment un régime alimentaire infantile inadéquat

passage des enfants d'un régime alimentaire traditionnel à un régime moderne, l'urbanisation et la forte baisse du niveau d'activité physique⁴⁵. D'après certaines études, la modification du microbiote intestinal pourrait également jouer un rôle dans ce phénomène.

à revenu faible et intermédiaire, et en particulier dans la majeure partie de l'Asie, il semblerait qu'au contraire, la prévalence de la surcharge pondérale continuera d'augmenter au cours des prochaines années. Il n'existe d'ailleurs que peu ou pas de données probantes constantes indiquant qu'un pays ait été en mesure d'infléchir durablement ce phénomène au sein de sa population depuis les années 1980⁴⁹, un constat frappant qui souligne le besoin de mesures préventives dans ce domaine.

Quelles sont les tendances à venir pour les enfants ? Certains signes semblent indiquer que la prévalence de l'excès pondéral serait en train de se stabiliser dans les pays à revenu élevé, mais à des niveaux toutefois très élevés : au Royaume-Uni, par exemple, environ un tiers des enfants âgés de 2 à 15 ans présente un surpoids⁴⁶. En revanche, cette tendance ne concerne pas les communautés les plus pauvres, creusant ainsi davantage les disparités en matière d'obésité entre les groupes de populations à faible revenu et ceux à revenu élevé. Les enfants issus de milieux défavorisés tendent par ailleurs à connaître des formes plus graves de surpoids^{47,48}. En outre, dans les pays

Quand les différentes formes de malnutrition coexistent

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les différentes formes de malnutrition – dénutrition, faim insoupçonnée et surpoids – sont interdépendantes à plusieurs titres. Par exemple, un enfant peut souffrir simultanément ou au cours de sa vie de deux ou trois formes de malnutrition. On constate par ailleurs que deux types de malnutrition, voire de plus en

FIGURE 1.9 | Nombre de pays où les enfants présentent plusieurs formes de malnutrition simultanément (retard de croissance, émaciation, surpoids et anémie).

Combien de pays sont confrontés au triple fardeau de la malnutrition ?

Remarque : Un taux de prévalence moyen du retard de croissance est défini comme > 10 % ; un taux de prévalence moyen du surpoids est défini comme > 5 % ; un taux de prévalence moyen de l'émaciation est défini comme > 5 % ; un taux de prévalence modéré de l'anémie est défini comme > 20 %.

Cette analyse se fonde sur 134 pays disposant d'estimations récentes pour au moins trois indicateurs.

Source : UNICEF, OMS, Groupe de la Banque mondiale (2019). Estimations conjointes sur la malnutrition infantile. OMS, Genève. Sources pour les données relatives à l'anémie : Observatoire mondial de la santé, Organisation mondiale de la Santé (2019). Anémie chez l'enfant âgé de moins de 5 ans – estimations par pays [tableau de données]. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/gho/data/view.main> (en anglais).



plus les trois à la fois, coexistent dans un nombre croissant de pays et de communautés, qui subissent alors le **triple fardeau de la malnutrition** (voir figure 1.9). Enfin, ces trois formes de malnutrition partagent des causes communes, notamment un régime alimentaire infantile inadéquat.

Coexistence de différentes formes de malnutrition chez un individu

La plupart des enfants atteints de formes multiples de malnutrition souffrent à la fois d'un retard de croissance et d'émaciation. Comme l'indique un groupe d'experts spécialisé dans cette problématique : « Un enfant émacié a un risque plus élevé de souffrir d'un retard de croissance et vice versa⁶⁴ ». D'après une étude de *l'American Journal of Clinical Nutrition*, il y a par ailleurs de fortes probabilités pour que ces enfants aient été « confrontés dès leur plus jeune âge à un environnement caractérisé par une grande précarité⁶⁵ ». Or, lorsqu'un enfant souffre simultanément d'un retard de croissance et d'émaciation, il présente un risque de décès supérieur à un enfant souffrant d'émaciation sévère⁶⁶. Compte tenu de ces liens de cause à effet, les appels se sont faits de plus en plus nombreux ces dernières années pour que soient mis en œuvre des programmes nutritionnels visant à lutter à la fois contre les retards de croissance et l'émaciation. À défaut d'une prise en charge adéquate, cette double problématique risque fort de compromettre l'efficacité des programmes de développement⁶⁷.

Par ailleurs, d'autres formes de malnutrition peuvent coexister. Ainsi, on estime que dans le monde, 8,2 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrent simultanément d'un retard de croissance et de surpoids tandis que le retard de croissance, l'émaciation et l'excès pondéral coexistent souvent avec différentes formes de faim insoupçonnée⁶⁸. Un individu peut également présenter différentes formes de malnutrition au cours de sa vie ; en effet, un retard de croissance pendant la petite enfance augmente le risque de surcharge pondérale plus tard⁶⁹.

Le triple fardeau de la malnutrition

De nombreuses régions du monde sont aujourd'hui confrontées au triple fardeau de la malnutrition, lequel se manifeste tant à l'échelle des pays, des communautés locales que des familles. Pour illustrer ce phénomène, on cite régulièrement l'exemple d'une famille au sein de laquelle la mère est en excès pondéral tandis qu'un de ses enfants présente un retard de croissance. En Inde, une analyse de données recueillies en 2011 et 2012 suggère que 5 % des foyers ruraux et 8 % des foyers urbains répondraient à un tel schéma. En Égypte, d'après une analyse de données datant de 2008, 5,6 % des foyers seraient concernés. Dans ces deux pays, le problème semble par ailleurs prendre de l'ampleur⁷⁰. Concernant l'Égypte, les chercheurs attribuent en partie la hausse de cette prévalence à une consommation accrue d'en-cas sucrés dans les familles, lesquels ne fournissent pas les nutriments nécessaires à la bonne croissance des enfants et apportent un excès de calories aux mères⁷¹. Ces exemples soulignent la nécessité d'étudier la problématique de la malnutrition infantile dans le contexte plus large de la famille et du foyer.

De manière plus générale, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire sont aujourd'hui confrontés à la fois aux problèmes persistants liés aux retards de croissance et à l'émaciation et au défi nouveau que constituent les différentes formes de faim insoupçonnée et l'augmentation du surpoids (voir figure 1.9). Or, beaucoup d'entre eux risquent de ne pas disposer des capacités suffisantes pour répondre à ces problématiques multiples.

Pauvreté, exclusion et malnutrition

La pauvreté est souvent au cœur de la malnutrition. Selon une étude de l'UNICEF et de la Banque mondiale de 2016, parmi les 385 millions d'enfants dans le monde vivant dans une situation d'extrême

La pauvreté est souvent au cœur de la malnutrition. Les enfants pauvres sont particulièrement susceptibles d'être sous-nourris ou mal nourris, de tomber malades, de ne pas achever leur scolarité et de retomber dans le cycle de la pauvreté à la suite d'une sécheresse, d'une maladie ou d'une crise économique

En raison de la stigmatisation associée au handicap, il arrive que certains nouveau-nés ne soient pas allaités ou que certains enfants ne soient pas correctement ni suffisamment nourris, voire pas nourris du tout

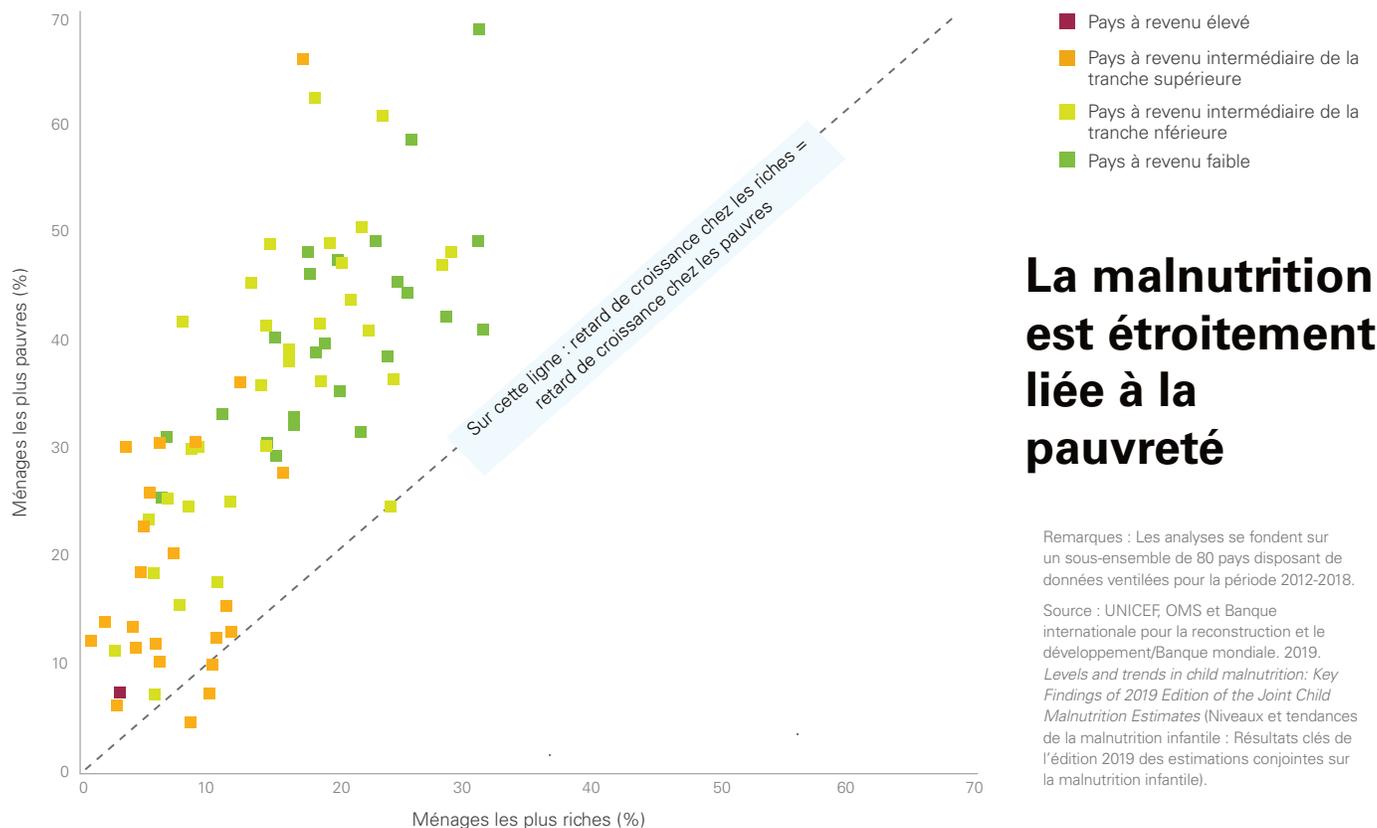
pauvreté en 2013, la moitié se trouvait en Afrique subsaharienne, un peu plus d'un tiers, en Asie du Sud, et plus de 80 % d'entre eux habitaient dans des zones rurales. Ces enfants sont particulièrement susceptibles d'être sous-nourris ou mal nourris, de tomber malades, de ne pas achever leur scolarité et de retomber dans le cycle de la pauvreté à la suite d'une sécheresse, d'une maladie ou d'une crise économique. Les enfants des

milieux défavorisés ont aussi moins de chances d'accéder à de l'eau potable et à des systèmes d'assainissement adéquats, de bénéficier de soins de santé préventifs comme la vaccination, ou de recevoir les soins médicaux

appropriés lorsqu'ils tombent malades. Des problèmes qui s'intensifient d'autant plus chez les enfants vivant dans des contextes d'urgence ou de crise (voir la Section spéciale : La nutrition dans les situations d'urgence).

La pauvreté n'est pas qu'une simple histoire de ressources financières. Pour nombre d'enfants et de familles, elle va de pair avec l'exclusion sociale, la discrimination et la marginalisation, autant de situations aggravées par le genre, le handicap, l'origine ethnique, l'isolement géographique et les déplacements. Tandis qu'au niveau individuel, l'exclusion et les inégalités conditionnent l'accès de proximité aux biens et services, et notamment aux aliments sains, au niveau sociétal, elles engendrent le risque que les voix et les besoins des communautés pauvres

FIGURE 1.10 | Pourcentage d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans les foyers les plus pauvres et les plus riches dans les pays à revenu faible, intermédiaire des tranches inférieure et supérieure et élevé



GROS PLAN

Au Royaume-Uni, les enfants les plus pauvres risquent davantage le surpoids et l'insécurité alimentaire

En Angleterre, un enfant sur trois est atteint de surpoids ou d'obésité à la fin de l'école primaire¹¹³. La prévalence de ces deux pathologies est deux fois plus élevée dans les zones les plus pauvres et les écarts continuent à se creuser davantage puisque l'obésité gagne encore du terrain dans les régions les plus défavorisées¹¹⁴. Cette tendance est d'ailleurs observable dans tout le reste du Royaume-Uni¹¹⁵.

L'alimentation des enfants est fortement influencée par l'environnement dans lequel ils vivent. Dans les régions les plus pauvres d'Angleterre, le nombre d'établissements de restauration rapide est cinq fois supérieur à celui des zones les plus aisées¹¹⁶. Ainsi, les enfants résidant dans les régions les plus défavorisées sont beaucoup plus exposés à la restauration rapide à emporter de type poulet frit, hamburgers et pizzas, sans compter que dans ces mêmes zones, les publicités en faveur d'aliments mauvais pour la santé sont nettement plus visibles que dans les zones plus riches¹¹⁷.

L'environnement de vente au détail de produits alimentaires au Royaume-Uni encourage par ailleurs les mauvaises habitudes alimentaires. En effet, près de 40 % des produits achetés dans les supermarchés sont en promotion, et il s'agit le plus souvent des moins bons pour la santé¹¹⁸. Il a en outre été démontré que les offres promotionnelles incitent les consommateurs à acheter en plus grandes quantités, tandis que les emplacements en tête de gondole ou au niveau des caisses mettent souvent en évidence des produits malsains¹¹⁹.

En même temps, près de 2 millions d'enfants en Angleterre vivent en situation de pauvreté alimentaire¹²⁰ et moins de 20 % des enfants âgés de 5 à 15 ans consomment cinq fruits et légumes par jour¹²¹. Enfin, dans une ville riche comme Londres, près d'un enfant sur 10 dit aller se coucher en ayant faim¹²².

Pour résoudre le problème de malnutrition dans les zones défavorisées, le Royaume-Uni doit donc s'atteler à un double défi : parvenir à restreindre la promotion des aliments mauvais pour la santé, tout en garantissant dans ces mêmes zones une offre de produits alimentaires sains et abordables.

Devant ce constat, le Gouvernement britannique s'est engagé à réduire de moitié d'ici à 2030 le taux d'obésité infantile ainsi que les disparités dans ce domaine entre les enfants issus des milieux les plus pauvres et ceux issus des milieux les plus aisés¹²³. Il a également instauré une taxe sur les boissons sucrées et lancé le premier programme au monde ayant pour objectif de diminuer de 20 % la teneur en sucres des produits les plus consommés par les enfants¹²⁴. Enfin, le pays réfléchit à une nouvelle réglementation visant à interdire la présence d'aliments néfastes à proximité des



© iStock.com/Bea Kiss

caisses, en tête de gondole et à l'entrée des magasins, ainsi que les promotions encourageant la surconsommation de ce type de produits, notamment les campagnes « Un produit acheté, un produit offert », les achats multiples ou les réapprovisionnements illimités¹²⁵.

Depuis, les autorités locales ont été invitées à utiliser leurs pouvoirs en matière d'aménagement du territoire pour limiter le nombre d'enseignes de restauration rapide ouvrant leurs portes à proximité d'établissements scolaires et le maire de Londres a interdit la publicité de produits alimentaires mauvais pour la santé sur l'ensemble du réseau de transports publics de la ville¹²⁶.

Conscient du rôle clé que jouent l'enfance et la petite enfance dans l'établissement des préférences et des habitudes alimentaires, et fort des conclusions de l'agence Public Health England indiquant que certains produits, présentés comme adaptés aux bébés et aux nourrissons, contenaient autant de sucre que les confiseries¹²⁷, le Royaume-Uni a récemment demandé que la teneur en sucres des aliments pour bébés soit réduite et qu'un terme soit mis aux pratiques d'étiquetage trompeuses.

Parallèlement à cela, le Gouvernement britannique a lancé le projet Healthy Start qui donne aux foyers à faible revenu comptant des enfants en bas âge des coupons leur permettant d'acheter des fruits et des légumes, ce qui a conduit ces familles à augmenter de 15 % la part de leur budget consacrée à ces denrées¹²⁸.

Bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour résoudre le problème de l'obésité infantile au Royaume-Uni, le pays est en train de jeter les bases nécessaires pour que tous ses enfants puissent enfin grandir dans un environnement alimentaire sain. ■

et marginalisées ne soient pas entendus lors des prises de décisions à plus grande échelle.

Lorsqu'on observe chacun des visages de la malnutrition et ses causes, l'incidence du **genre** est flagrante (voir chapitre 3, Section spéciale : Les filles et les femmes ont besoin d'un soutien accru pour une meilleure nutrition). Les études et les enseignements tirés des programmes indiquent par ailleurs que l'autonomisation des femmes est associée à une meilleure nutrition des femmes et des enfants. Pourtant, aujourd'hui encore, dans de nombreuses régions du monde, les femmes sont souvent les dernières (et les moins bien) servies lors des repas et disposent d'une autonomie très limitée, laquelle se traduit souvent par une incapacité à maîtriser leur propre revenu et celui de leur famille et par leur exclusion des prises de décisions.

Le **handicap** peut quant à lui être à la fois une cause et une conséquence de la malnutrition. Une carence en nutriments, en vitamines et en minéraux, ou une exposition à des niveaux élevés de toxines, par exemple, peut entraîner une cécité ou des séquelles neurologiques. Parallèlement à cela, certains handicaps, notamment les troubles intellectuels et du développement, ainsi que les fentes palatines, peuvent être à l'origine d'un apport insuffisant en nutriments ou d'une incapacité à satisfaire des besoins nutritionnels accrus. Par ailleurs, en raison de la stigmatisation associée au handicap, il arrive que certains nouveau-nés ne soient pas allaités ou que certains enfants ne soient pas correctement ni suffisamment nourris, voire pas nourris du tout.

Pourquoi tant d'enfants mangent-ils si peu les aliments dont ils ont besoin, tandis qu'un nombre croissant d'entre eux consomme en excès ceux dont ils n'ont pas besoin ?

Les populations autochtones

et autres **groupes ethniques** défavorisés sont également confrontés à de plus grands risques de malnutrition. Au Brésil, par exemple, en 2013, la prévalence des retards de croissance dans les communautés autochtones était deux à cinq fois supérieure à celle du reste de la population. Un apport en nutriments plus

faible, des systèmes d'assainissement de moins bonne qualité et un accès moindre aux services de soins de santé primaires comptent parmi les raisons expliquant cette différence⁷².

L'isolement géographique peut également conditionner l'accès d'une famille aux denrées et aux services de soins et de nutrition de base. Ainsi, comparés à leurs homologues urbains, les enfants vivant dans des zones rurales au Burundi, au Honduras et au Mali ont deux fois plus de risques de souffrir d'un retard de croissance, tandis qu'au Pérou, ce risque est trois fois plus élevé⁷³.

Le rôle des systèmes alimentaires

Les tendances relatives à la nutrition infantile sont sans équivoque : si, de manière générale, le nombre d'enfants souffrant de dénutrition, et notamment d'un retard de croissance, a enregistré une baisse, le rythme de ce déclin est bien trop lent pour atteindre les objectifs fixés à l'échelle mondiale. De même, si on observe une diminution de la prévalence de la faim insoupçonnée dans certaines régions, celle-ci s'effectue également à une cadence très insuffisante. Parallèlement à cela, la part des enfants en surpoids continue de croître rapidement, y compris dans des pays n'ayant toujours pas résolu la problématique de la dénutrition.

Comment expliquer de telles tendances ? Ces tendances sont, entre autres, le reflet d'un monde dans lequel les enfants satisfont de plus en plus leurs besoins énergétiques au détriment de leurs besoins *nutritionnels*. Dans le cadre de la transition nutritionnelle mondiale décrite par Barry Popkin⁷⁴, un nombre croissant d'individus optent pour des régimes alimentaires modernes riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres et en sel. Cette transition est également associée à la hausse de la prévalence des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. En effet, on estime désormais que les régimes alimentaires de mauvaise qualité représentent à eux seuls le premier facteur de risque de l'ensemble des problèmes de santé au niveau mondial⁷⁵.

ENCADRÉ 1.2 | Comment l'agriculture peut-elle contribuer à améliorer la nutrition ?

L'agriculture est le fondement de tout système alimentaire et est essentielle pour fournir aux enfants une alimentation riche, saine, accessible et durable. Pourtant, les interactions entre agriculture et nutrition infantile sont pour le moins complexes.

D'un côté, force est de constater que les objectifs en matière de nutrition infantile peuvent entrer en conflit avec certains objectifs économiques et politiques⁸¹. Par exemple, si des investissements dans l'agriculture ont permis de gagner en productivité, la diversité alimentaire a quant à elle chuté et seuls trois types de cultures (riz, blé et maïs) représentent aujourd'hui près des deux tiers de l'apport calorique sur la planète⁸². D'autre part, les systèmes de production alimentaires sont très variés (ruraux ou urbains, petits ou grands, traditionnels ou modernes) et ont tous une incidence différente sur la nutrition.

Ainsi, bien que les systèmes alimentaires modernes et industrialisés permettent de meilleurs rendements et donnent accès toute l'année à des produits bon marché, ils sont de plus en plus orientés vers la production d'aliments destinés aux animaux, d'intrants industriels utilisés pour la fabrication de produits transformés, ou de biocarburants, au détriment des denrées de consommation primaire. Outre ses conséquences sur l'alimentation, ce type de système est également néfaste pour l'environnement, puisqu'il contribue entre autres à la perte de biodiversité, à la contamination des eaux et des sols et à la production de gaz à effets de serre⁸³.

Des opportunités pour les petits exploitants

La dynamique est tout autre pour les systèmes alimentaires traditionnels bien plus préoccupés par la sécurité sanitaire des aliments et les pertes d'aliments⁸⁴. À l'échelle mondiale, près de 80 % de la population rurale pauvre vit de l'agriculture⁸⁵. Il s'agit dans la plupart des cas de petits exploitants, terme assez vague qui désigne de petites exploitations familiales avec un type de culture vivrière et une ou deux autres cultures commerciales. Les décisions prises par ces familles, ou bien les possibilités

qui s'offrent à elles, sont donc lourdes de conséquences sur l'alimentation de certains des enfants les plus défavorisés au monde.

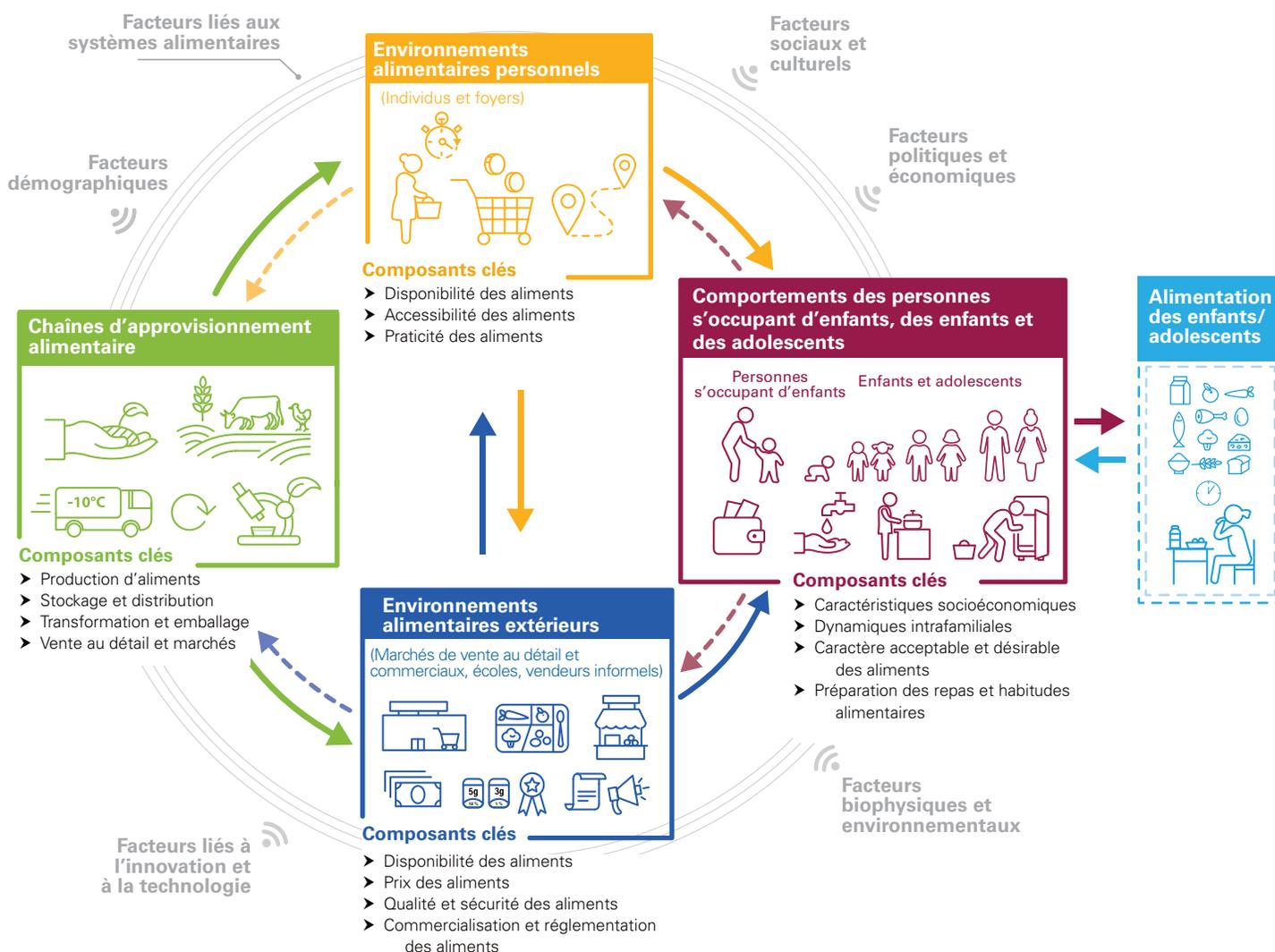
Le principal choix pour ces petits exploitants consiste soit à produire un éventail plus large d'aliments plus nutritifs pour répondre aux besoins de leur famille, soit à vendre cette production pour générer des revenus supplémentaires. Ces ressources peuvent encore augmenter si les familles parviennent à transformer les aliments avant de les vendre, à condition d'avoir accès à des marchés et des transports fonctionnels⁸⁶.

Le secteur de la petite agriculture peut également avoir une incidence sur la nutrition infantile s'il permet l'autonomisation des femmes, qui jouent un rôle majeur dans le travail agricole, la préparation des aliments et l'alimentation des enfants. Le fait que les femmes participent à l'agriculture peut leur permettre en effet de mieux maîtriser les ressources du foyer, permettant ainsi que ces dernières soit davantage dévolues à l'alimentation et aux soins des enfants⁸⁷. Cependant, certains programmes destinés à soutenir le rôle des femmes peuvent avoir des effets délétères involontaires sur la nutrition infantile lorsqu'ils entrent en concurrence avec l'alimentation et les soins prodigués aux enfants, et en particulier avec l'allaitement, ou s'ils s'avèrent néfastes pour la santé ou la nutrition des femmes⁸⁸. Cela souligne à quel point il est nécessaire que les initiatives incitant les femmes à s'investir dans l'agriculture s'accompagnent de mesures supplémentaires, notamment de conseils et de soutien en matière de nutrition, de programmes de communication pour le changement de comportement, ainsi que d'un accès à l'eau, aux services d'assainissement et de santé.

Si des études supplémentaires sont nécessaires pour démontrer la mesure dans laquelle l'agriculture peut améliorer davantage la nutrition des enfants, son potentiel est, quant à lui, indubitable, tout comme le fait que tout changement en profondeur de la nutrition infantile requiert impérativement le soutien de l'agriculture. ■

Cadre Innocenti pour des systèmes alimentaires au service des enfants et des adolescents

Le Cadre Innocenti recense certains aspects clés des systèmes alimentaires pouvant faire l'objet de mesures de manière à augmenter à la fois l'offre et la demande en aliments nutritifs pour les enfants et les adolescents.



Le Cadre Innocenti place le régime alimentaire des enfants au coeur de l'analyse du système alimentaire

Par conséquent, de plus en plus d'enfants survivent, mais bien trop peu parviennent à développer leur plein potentiel physique et cognitif. Aussi devons-nous attacher une importance croissante à la qualité de l'alimentation infantile et nous poser la question suivante : **pourquoi tant d'enfants mangent-ils si peu les aliments dont ils ont besoin, tandis qu'un nombre croissant d'entre eux consomment en excès ceux dont ils n'ont pas besoin ?**

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de nous intéresser de plus près à nos **systèmes alimentaires** – c'est-à-dire à la chaîne par laquelle la nourriture transite « du champ à l'assiette ». En effet, comme l'ont démontré de nombreux experts internationaux – en particulier la FAO, le FIDA, le Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition ainsi que le Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition, les processus et activités qui façonnent notre alimentation aujourd'hui sont de plus en plus complexes^{76,77,78}.

Aussi, pour mieux expliquer la manière dont ces processus affectent les enfants, l'UNICEF a collaboré avec des experts internationaux afin d'élaborer le Cadre Innocenti pour des systèmes alimentaires au service des enfants et des adolescents (voir figure ci-avant)⁷⁹. Ce cadre place le régime alimentaire des enfants au cœur de l'analyse du système alimentaire pour deux raisons : la première, parce que les besoins nutritionnels infantiles sont spécifiques et primordiaux, et la deuxième, parce qu'il n'existe aucune autre solution pour améliorer la nutrition infantile à long terme que de promouvoir des systèmes alimentaires fournissant une alimentation variée, saine, bon marché et durable pour tous les enfants. Or, pour augmenter à la fois l'offre et la demande de denrées nutritives, il conviendrait d'agir à différents niveaux du système tout en adoptant dans le même temps des mesures

L'information nutritionnelle, l'éducation et le conseil constituent des réponses permettant de modifier les comportements adoptés depuis toujours en faveur de choix et d'habitudes alimentaires plus sains, et plus largement, d'une meilleure nutrition



Les denrées traditionnelles constituent la base du régime alimentaire d'Uruma et de sa famille en Tanzanie. Elle a souvent du mal à s'en procurer suffisamment pour nourrir sa famille. « Parfois, les enfants vont à l'école le matin sans avoir mangé », confie-t-elle. Mais lorsque son mari gagne un peu plus, il arrive qu'elle rapporte un peu de viande, pour le plus grand plaisir des enfants.

Produit/photographié par MAKMENDE

à effet synergique dans les domaines de la santé, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et des systèmes de protection sociale (voir chapitre 4).

Le Cadre Innocenti est composé de trois volets principaux – les **facteurs**, les **déterminants** et les **interactions**.

Les facteurs

La manière dont les sociétés fournissent et distribuent de la nourriture aux enfants, l'éventail de choix disponibles pour les personnes qui prennent soin des enfants et les consommateurs ainsi que les décisions que prennent ces derniers sont tous susceptibles d'être influencés par des facteurs qui, à première vue, peuvent sembler sans rapport avec les systèmes alimentaires. Pourtant, au cours des dernières décennies, la hausse des revenus, l'innovation technologique, le marketing et la mondialisation ont tous contribué à la transformation de ces systèmes et des aliments qu'ils fournissent aux enfants et aux adolescents.

Déterminants

Le cœur du Cadre Innocenti consiste en quatre déterminants décrivant les processus, les contextes et les acteurs les plus directement impliqués dans la production et la consommation d'aliments destinés aux enfants.

Les chaînes d'approvisionnement alimentaire comprennent l'ensemble des acteurs et activités participant à la production, la transformation et la distribution des aliments (puis à l'élimination et à l'utilisation des déchets). La production agricole, qui reste la principale source des aliments que consomment les enfants, offre d'importantes occasions d'améliorer la nutrition infantile, notamment via la recherche et le développement de cultures plus nutritives. D'autres interventions, par exemple, fournir aux petits exploitants et aux femmes des équipements leur permettant de cultiver des légumes à forte valeur nutritive, d'élever davantage de bétail à cycle court tel que la volaille et les chèvres, ainsi que de développer

des systèmes d'exploitation et de culture mixtes et l'aquaculture pour la production de poisson visent le même objectif. En outre, il existe le long de la chaîne alimentaire d'autres occasions de produire une alimentation de meilleure qualité pour les enfants, notamment en enrichissant les denrées en micronutriments essentiels et en réduisant leur teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres et en sel. Enfin, l'amélioration du stockage et de la gestion alimentaires peut contribuer à réduire les risques en matière de sécurité sanitaire des aliments et de contamination, et à diminuer la perte et le gaspillage alimentaires.

L'environnement alimentaire extérieur décrit avant tout les lieux physiques où se rendent les personnes qui s'occupent des enfants, les enfants et les adolescents pour acheter ou consommer de la nourriture. Les produits alimentaires disponibles en rayons ou sur les marchés contribuent en grande partie à déterminer les choix des consommateurs en termes de praticité, d'accessibilité et de disponibilité. Par exemple, il se peut que les produits frais ne soient tout simplement pas disponibles pour les familles vivant dans des « déserts alimentaires » (voir chapitre 3). Le marketing et la publicité sont également importants dans l'environnement alimentaire extérieur puisqu'ils contribuent à façonner les goûts et influencent les décisions d'achat⁸⁹. Ainsi des interventions clés dans l'environnement alimentaire extérieur peuvent-elles aider à améliorer la nutrition des enfants. Elles comprennent l'instauration de normes relatives à l'enrichissement des aliments, la création de taxes et d'avantages fiscaux visant à réduire la demande de produits malsains et à promouvoir l'offre de produits bons pour la santé, ou encore la modification de la réglementation relative à l'étiquetage, aux emballages ou au marketing des produits alimentaires, en particulier de ceux destinés aux enfants et aux adolescents (voir chapitre 4).

L'environnement alimentaire personnel

comprend tous les facteurs qui déterminent et, bien souvent limitent, les choix alimentaires des familles et des enfants. Ceux-ci incluent notamment l'accès

aux magasins et aux marchés et le pouvoir d'achat, lesquels vont définir l'aspect accessible et pratique des différents produits alimentaires proposés (voir chapitre 3). Tout comme l'insuffisance de revenus, le manque de temps constitue un lourd fardeau, en particulier pour les femmes vivant dans des zones rurales qui doivent trouver le juste équilibre entre leurs activités agricoles non rémunérées et leur rôle primordial en tant que mère de famille⁹⁰. Pour répondre à ces défis, des mesures comme les transferts d'argent en espèces, conjugués à des conseils et un soutien nutritionnels adaptés, permettent d'offrir des revenus supplémentaires aux familles et les incitent à acheter des aliments nutritifs pour les enfants⁹¹. Les actions visant à aider les personnes qui manquent de temps en réduisant le fardeau que représentent pour ces femmes les tâches ménagères et agricoles constituent autant de mesures utiles. Ainsi, par exemple, l'amélioration de l'accès des foyers aux points d'eau permet de réduire le temps que passent les femmes à aller chercher de l'eau, tout comme de meilleurs outils permettent d'accélérer la plantation ou le désherbage pendant que des crèches s'occupent des enfants⁹².

Le comportement des personnes qui prennent soin des enfants, des enfants et des adolescents, c'est-à-dire la manière dont les familles, les enfants et les jeunes obtiennent et préparent leur nourriture et comment les enfants sont nourris et gérés, dépend de nombreux facteurs, notamment des habitudes alimentaires, des connaissances nutritionnelles, des préférences gustatives, de l'appétit et du niveau d'activité physique. Les facteurs socioéconomiques, tels que les tabous entourant certains aliments ou régimes alimentaires, ou encore la tendance dans certaines cultures à privilégier les garçons et les hommes au détriment des filles et des femmes à l'heure des repas sont également très importants. Aussi, l'information nutritionnelle, l'éducation et le conseil constituent des réponses permettant de modifier les comportements adoptés depuis toujours en faveur de choix et d'habitudes alimentaires plus sains, et plus largement, d'une meilleure nutrition.



Au Mexique, Gabriela essaie de bien nourrir sa famille en lui proposant par exemple de la salade pour le déjeuner. Mais Ikal, âgé de 6 ans, voit les choses bien différemment, et réclame souvent des bonbons à sa mère. Et c'est très difficile pour Gabriela. « Ce ne sont que des enfants ! Les bonbons sont recouverts de belles images, et pleins de sucre ! Et comme ce sont des enfants, ils ne voudraient manger que ça ! »

Produit/photographié par MAKMENDE

Interactions

Aucun de ces quatre déterminants n'est totalement indépendant. Comme le montrent les flèches du Cadre Innocenti, ils interagissent les uns avec les autres, se modifient, se renforcent et peuvent s'avérer bénéfiques tout autant que délétères pour la nutrition des enfants. Par exemple, si l'offre de denrées proposées sur les marchés locaux façonne les régimes alimentaires des enfants et des familles, elle est à son tour influencée par la demande de ces mêmes enfants et familles. De telles interactions montrent à quel point il est important de veiller à ce que les politiques mises en place pour améliorer l'offre d'aliments nutritifs renforcent également la demande pour ce type de produits.

La malnutrition nuit à plusieurs titres aux perspectives économiques de l'enfant et, à terme, à son développement socioéconomique en général

Quelles sont les conséquences économiques de la malnutrition ?

La population mondiale s'apprête à connaître de profondes mutations dans les décennies à venir. Parmi elles, l'Afrique enregistre le plus fort taux de croissance démographique au monde. En 2050, sa population aura doublé par rapport à 2017, et s'élèvera à 2,5 milliards d'individus.

En d'autres termes, l'avenir de l'humanité sera de plus en plus africain. En effet, alors que dans la majeure partie du reste du monde, la population vieillira, l'Afrique restera un continent jeune dans les prochaines décennies. Ainsi, dans 30 ans, un peu plus des deux cinquièmes de la population mondiale seront nés en Afrique⁹³.

L'émergence d'une population active à la fois jeune et nombreuse dans un laps de temps si court donnera à l'Afrique, ainsi qu'à l'Inde et d'autres pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, la possibilité de bénéficier de leur dividende démographique. Mais pour ce faire, il faudra impérativement que ces régions améliorent leur capital humain, c'est-à-dire l'éducation, la formation, les compétences et la santé de leur population⁹⁴. Or, la malnutrition constitue l'un des principaux obstacles à surmonter pour y parvenir.

Les conséquences sur les enfants

La malnutrition nuit à plusieurs titres aux perspectives économiques de l'enfant et, à terme, à son développement socioéconomique en général. Un retard de croissance dans les 1 000 premiers jours de vie par exemple va de pair avec un développement des capacités cognitives moindre et de moins bons résultats scolaires⁹⁵. En outre, des données probantes émanant de divers pays montrent qu'un enfant souffrant de malnutrition passe moins de temps à l'école, le plus souvent parce que son cerveau s'est moins bien développé, qu'il est moins bien préparé à l'école ou simplement parce que sa scolarité

commence plus tard ; aussi ces enfants sont-ils plus susceptibles de redoubler des classes. En Afrique subsaharienne, des recherches ont par exemple indiqué que les enfants perdaient jusqu'à 2,5 ans de scolarité si une famine avait eu lieu pendant leur vie in utero ou dans leur enfance⁹⁶.

À l'inverse, de nombreux exemples montrent l'incidence positive d'une bonne nutrition sur les performances scolaires des enfants. Dans les années 1940, notamment, le Gouvernement américain avait exigé que le pain soit enrichi pour aider à lutter contre les carences généralisées en fer. Des études ultérieures ont ainsi pu montrer qu'à la suite de cette mesure, le taux de scolarisation avait augmenté⁹⁷. De manière comparable, les enfants tanzaniens ayant reçu d'importants suppléments d'iode à la fin des années 1980 et dans les années 1990 ont été scolarisés jusqu'à six mois de plus que leurs camarades n'en ayant pas reçu⁹⁸. Enfin, des études relatives aux programmes de supplémentation menés au Guatemala⁹⁹ et en Chine¹⁰⁰ semblent indiquer que les enfants concernés ont également amélioré leurs résultats en mathématiques et en lecture, entre autres.

Une des manières les plus simples de vérifier la relation de cause à effet entre la malnutrition et les perspectives économiques d'un individu est de l'observer par le prisme de ses revenus, c'est-à-dire d'observer l'incidence de la malnutrition sur la productivité. Une des études disponibles en la matière montre en effet que les pertes moyennes de revenus liées au retard de croissance et calculées sur toute la durée de vie sont de 1 400 dollars É.-U. par enfant et qu'elles oscillent entre 300 dollars É.-U. au Tadjikistan et plus de 30 000 dollars É.-U. dans certains pays riches tels que les Bahamas, les Émirats arabes unis, le Koweït et le Qatar¹⁰¹. D'autres études concluent également que le retard de croissance est à mettre en relation avec des revenus moindres. Selon l'une d'entre elles, une augmentation de la taille d'un centimètre à l'âge adulte était associée à une augmentation de 4 % du salaire pour les hommes et de 6 % pour les femmes¹⁰².

Trop souvent passée sous silence, l'aggravation des conflits par la malnutrition est également lourde de conséquences sur les perspectives socioéconomiques des enfants. De plus en plus d'éléments de preuve démontrent qu'une mauvaise situation économique et sanitaire, et notamment la malnutrition, est associée à des taux de conflits armés plus élevés. Selon une étude parue en 2008, une réduction de la prévalence de la malnutrition de 5 points de pourcentage chez les enfants âgés de moins de 5 ans correspondait à une diminution de la probabilité du risque de conflit pouvant aller jusqu'à 3,5 points de pourcentage¹⁰³. Même si les raisons de ces relations restent difficiles à vraiment saisir, comme le disait John Boyd Orr, premier Directeur général de la FAO : « La paix ne se construit pas le ventre vide¹⁰⁴ ».

Toutes ces conséquences sur l'individu entravent la capacité des pays à développer leur capital humain, c'est-à-dire leur « niveau global d'éducation, de formation, de compétences et de santé au sein de la population¹⁰⁵ ». Il s'agit là de pertes importantes et, selon l'étude *Le coût de la faim en Afrique* dirigée par l'Union africaine, la malnutrition infantile coûte aux économies africaines entre 1,9 % et 16,5 % de leur PIB chaque année¹⁰⁶. D'autres études plus récentes indiquent également que la malnutrition continue à peser lourdement sur l'économie du continent¹⁰⁷.

Un nombre bien moins important de travaux a en revanche été réalisé sur l'estimation du coût de l'obésité infantile, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourtant, le surpoids peut avoir une incidence sur l'économie au sens large puisqu'il rend les personnes qui en souffrent moins productives, moins actives physiquement et plus sujettes aux maladies non transmissibles, et qu'il engendre une augmentation des coûts liés aux traitements de maladies telles que l'hypertension, le diabète et les AVC. Selon certaines estimations préparées pour l'OMS, si les tendances actuelles persistent, les pertes économiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire imputables aux maladies cardiaques, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques représenteront plus de 7 billions de dollars É.-U. pour la période 2011-2025, soit environ 4 % de la production annuelle de ces pays.

Investir dans la nutrition

La nutrition doit donc être perçue comme un investissement stratégique si l'on prétend atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030. Selon les estimations de la Banque mondiale, entre autres, le coût supplémentaire par enfant et par an pour atteindre les objectifs mondiaux relatifs au retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans ne serait que de 8,50 dollars É.-U.¹⁰⁸. Cela équivaut à un investissement de 5 milliards de dollars É.-U. par an. En d'autres termes, cela représente un peu moins que les dépenses publicitaires annuelles cumulées des trois plus importantes chaînes de restauration multinationales au début des années 2010¹⁰⁹, qui s'élèvent à environ 7,2 milliards de dollars É.-U. ; ou à peine 1 % des 620 milliards de dollars É.-U. dépensés chaque année par les pays riches ou émergents pour soutenir leur agriculture¹¹⁰ (paiements directs aux agriculteurs, barrières tarifaires et subventions à l'exportation comprises).

De tels investissements affichent pourtant d'impressionnants taux de rendement puisque d'après les estimations, chaque dollar investi dans la lutte contre le retard de croissance génère des retombées économiques équivalent à 18 dollars É.-U. environ dans les pays les plus durement touchés¹¹¹. Mais, indépendamment de ces chiffres, investir dans la nutrition infantile doit être au cœur de toute démarche axée sur le principe d'équité car, comme le souligne Jim Yong Kim, ancien Président de la Banque mondiale : « Le monde entier ne jure que par l'égalité des chances. Pourtant, nous nous mentons à nous-même puisque 25 % des enfants dans le monde souffrent d'un retard de croissance. Des inégalités se forgent donc dans le cerveau de 25 % des enfants du monde avant l'âge de 5 ans. Aussi, pour pouvoir affirmer de manière réaliste qu'il existe bel et bien une égalité des chances, il faudrait avant toute autre chose parvenir à éliminer les retards de croissance¹¹² ». ■

Chaque dollar investi dans la lutte contre le retard de croissance génère des retombées économiques équivalent à 18 dollars É.-U. environ dans les pays les plus durement touchés



PERSPECTIVE

Pourquoi la nutrition des enfants a-t-elle de l'importance pour le développement économique global d'un pays ?

Le Dr Sania Nishtar,
adjointe spéciale du
Premier Ministre pour
la réduction de la pau-
vreté et la protection
sociale, Pakistan

Après des années de conflit brutal, le Yémen est devenu le théâtre de l'une des pires crises humanitaires du monde et sombre peu à peu dans la famine. Même si le conflit prend fin demain, les conséquences de la crise perdureront, notamment en raison de l'effet d'une bonne nutrition sur le développement du cerveau, qui se répercute sur les aptitudes cognitives de la future main-d'œuvre. L'insécurité alimentaire d'aujourd'hui prive le Yémen de ses talents futurs.

Malheureusement, la malnutrition ne se confine pas aux situations de famine extrême dans les zones de guerre. Dans bien des régions du monde, les enfants doivent composer avec de multiples formes de malnutrition qui ne se limitent pas à la dénutrition.

De nombreux pays sont aux prises avec le double fardeau de la nutrition. La dénutrition pendant la petite enfance et la surnutrition plus tard dans la vie engendrent un plus grand risque de maladies coûteuses comme l'hypertension et le diabète. Ces deux aspects de la malnutrition peuvent être douloureusement apparents au sein d'un même pays – voire, selon toute vraisemblance, au sein d'un même foyer, d'une même salle de classe ou d'un même terrain de jeux.

Des épidémies majeures de diabète en Chine, au Cambodge et en Ukraine ont été liées à des famines et à de l'inanition survenues 40 ou 50 ans plus tôt. De graves pénuries alimentaires pendant la Seconde Guerre mondiale pourraient expliquer l'actuel taux élevé de diabète à Nauru, à Singapour et en Malaisie. Cela soulève la possibilité d'apparition de futurs « foyers » de diabète dans des régions frappées par

la sécheresse et la famine ou décimées par des conflits internes ou régionaux (par exemple, la Corne de l'Afrique et le Yémen), lorsque les conditions socioéconomiques se seront améliorées.

La malnutrition ne fait pas que conduire à la mort et à la maladie. Elle sape également le droit de la personne à une vie saine, et elle a des effets néfastes sur le développement économique en faisant grimper le coût des soins de santé et en occasionnant des pertes de productivité.

S'agissant de la dénutrition, les pertes de productivité sont attribuables à l'amoindrissement des capacités physiques et intellectuelles, tandis que concernant l'obésité, ce sont des facteurs comme les jours de travail perdus, la productivité réduite au travail, la mortalité et les invalidités permanentes qui entrent en jeu.

L'impact de ces coûts sur le produit intérieur brut (PIB) d'un pays peut être énorme. En Asie, les pertes annuelles de PIB imputables à l'insuffisance pondérale, aux retards de croissance pendant l'enfance et aux carences en micronutriments s'élèvent en moyenne à 11 %. Les répercussions économiques mondiales de l'obésité sont estimées à 2 billions de dollars des États-Unis, soit 2,8 % du PIB mondial – approximativement le même coût économique que le tabagisme ou les conflits armés. Cumulativement, l'impact estimé sur l'économie mondiale des différentes formes de malnutrition pourrait s'élever à pas moins de 3,5 billions de dollars des États-Unis par an, soit 500 dollars des États-Unis par individu.

Le Dr Sania Nishtar est adjointe spéciale du Premier Ministre du Pakistan pour la réduction de la pauvreté et la protection sociale ; elle est également Ministre fédérale au sein du Gouvernement du Pakistan. Elle est Présidente du Benazir Income Support Programme (Programme Benazir de soutien du revenu) et Coprésidente de la Commission de haut niveau de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les maladies non transmissibles.

Le Dr Nishtar a fondé le groupe de réflexion non gouvernemental et à but non lucratif appelé Heartfile. En 2017, elle a été nommée candidate du Pakistan à la Direction générale de l'OMS et elle a fait partie des trois dernières personnes retenues en tant que finalistes.



© UNICEF/UN0281635/Dejongh

Le lien peut-être le plus convaincant entre la nutrition et le développement économique d'un pays réside dans le capital humain. En 2018, la Banque mondiale a lancé un indice de capital humain, en soulignant qu'en cette ère du numérique, les pays doivent investir d'urgence dans leur population s'ils espèrent être compétitifs au sein de l'économie de l'avenir.

L'indice de capital humain est une mesure composite qui prend en compte la survie des enfants, les années de scolarité et les retards de croissance. Il a permis d'établir que la malnutrition est, effectivement, directement responsable de la perte de capital humain.

Les enfants qui subissent un retard de croissance risquent de perdre du temps de scolarité et d'entrer tardivement sur le marché du travail ; cela signifie que 43 % des enfants âgés de moins de 5 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont exposés à un risque élevé de pauvreté en raison des retards de croissance.

Investir dans la nutrition des enfants engendrerait des effets à long terme sur le développement. Le Consensus de Copenhague a indiqué que chaque dollar dépensé pour la nutrition pendant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant peut engendrer par la suite un bénéfice moyen de 45 dollars des États-Unis.

Un investissement annuel moyen de 7 milliards de dollars É.-U. au cours des 10 prochaines années serait suffisant pour atteindre les cibles mondiales de nutrition – et donc réduire l'émaciation et les retards de croissance chez les enfants, ainsi que l'anémie chez les mères, et améliorer les taux d'allaitement maternel. Grâce à un tel investissement, la vie de 3,7 millions d'enfants pourrait être sauvée d'ici à 2025, avec au moins 65 millions d'enfants de moins souffrant de retards de croissance, 105 millions de plus d'enfants allaités exclusivement et 265 millions de moins de femmes souffrant

d'anémie comparativement à 2015. Sans cet investissement, des opportunités de développement seront manquées.

Aussi coûteuse que soit la malnutrition, les solutions ne doivent pas nécessairement l'être. *The Lancet* estime que la vie de plus de 820 000 enfants pourrait être sauvée par des mesures comme l'allaitement exclusif immédiatement après la naissance, et la poursuite de l'allaitement en tant que composante du régime alimentaire jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.

Toutefois, il convient de ne pas invoquer l'utilité des mesures ne coûtant rien pour minimiser toute l'efficacité que peut avoir l'argent remis entre les mains de ceux qui se trouvent aux premières lignes de la malnutrition. Dans la foulée de la nouvelle priorisation de la nutrition par le Gouvernement du Pakistan, j'ai été invitée à diriger le *Benazir Income Support Programme* (BISP, Programme Benazir de soutien du revenu), un système national de transfert d'espèces.

Le programme, d'une valeur de 1,15 milliard de dollars É.-U., remet actuellement de l'argent entre les mains de plus de 5,6 millions de familles pauvres et marginalisées. Une évaluation indépendante a montré que le programme autonomise en particulier les femmes, en transformant la façon dont elles sont considérées dans leur propre communauté. Je me réjouis à la perspective d'intégrer prochainement dans ce programme une nouvelle initiative axée sur la nutrition, afin d'intensifier la lutte contre la malnutrition.

Nous avons de plus en plus conscience, et nous possédons de plus en plus de preuves, du fait que les investissements destinés à réduire la malnutrition produisent des résultats et sont vraiment nécessaires. Pour le bien de notre santé et de notre économie, aujourd'hui et à l'avenir, les pays doivent s'attaquer à cette hydre à nombreuses têtes qu'est la malnutrition. ■



02

L'ALIMENTATION AUX
DIFFÉRENTES ÉTAPES
DE L'ENFANCE

À chaque étape de leur vie, du ventre de leur mère à l'adolescence, les enfants ont des besoins nutritionnels ainsi que des comportements et des influences alimentaires uniques et sont touchés de différentes manières par la malnutrition. Durant la petite enfance, ils connaissent une croissance rapide et sont vulnérables sur le plan nutritionnel. Avec l'école, ils sont exposés à de nouvelles influences qui pèsent sur leur alimentation et leurs choix alimentaires. Enfin, à l'adolescence, ils bénéficient d'une fenêtre de possibilités pour adopter des pratiques alimentaires saines pour le reste de leur vie.



- La malnutrition durant la grossesse et la petite enfance peut nuire au développement cérébral des enfants.



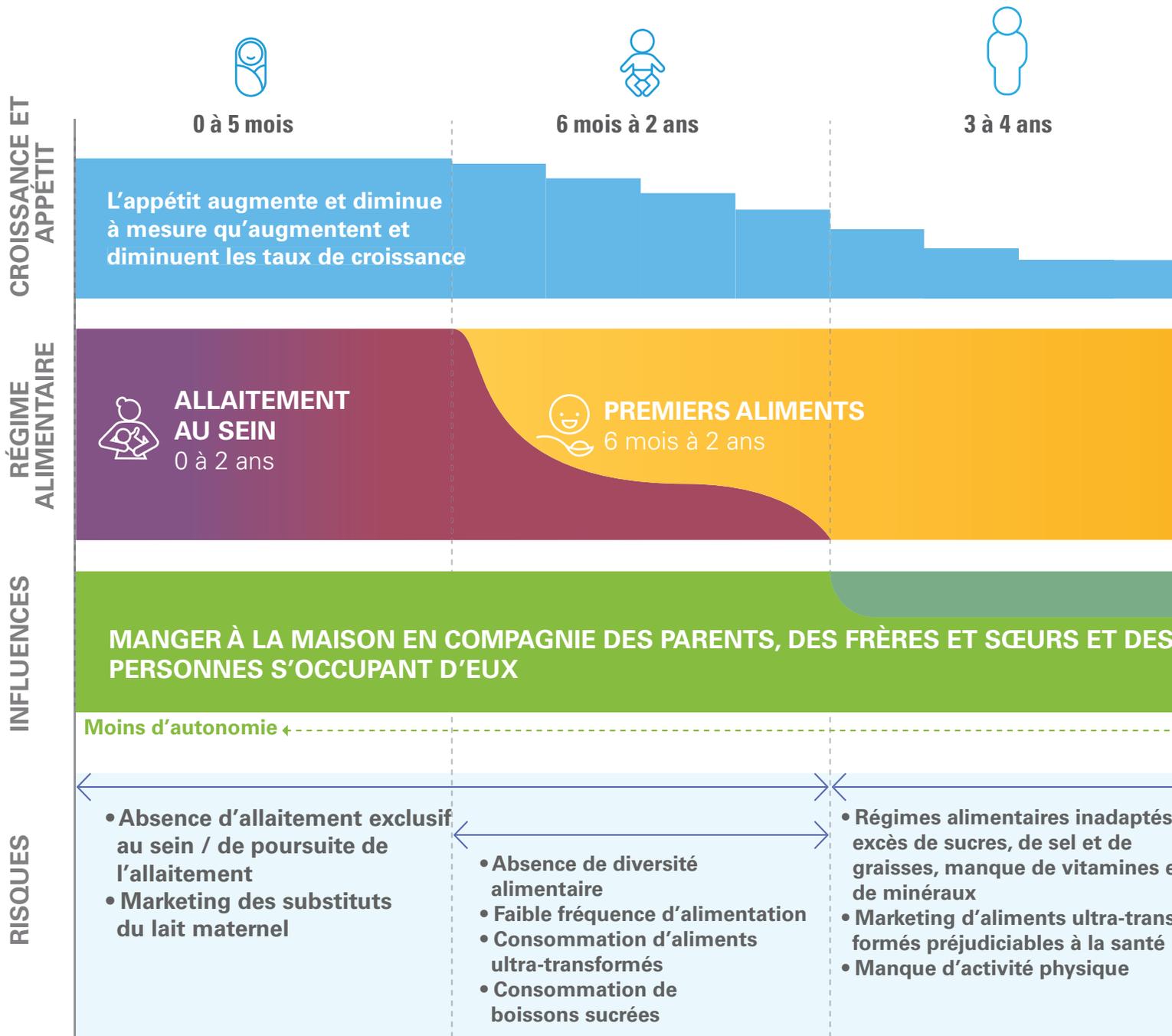
- De manière générale, dans le monde entier, les enfants d'âge scolaire ne mangent pas assez d'aliments riches en nutriments et consomment trop de collations mauvaises pour leur santé.



- L'obésité à l'adolescence peut laisser des séquelles permanentes au cerveau et contribuer à l'apparition précoce de dysfonctionnements cognitifs liés au vieillissement.

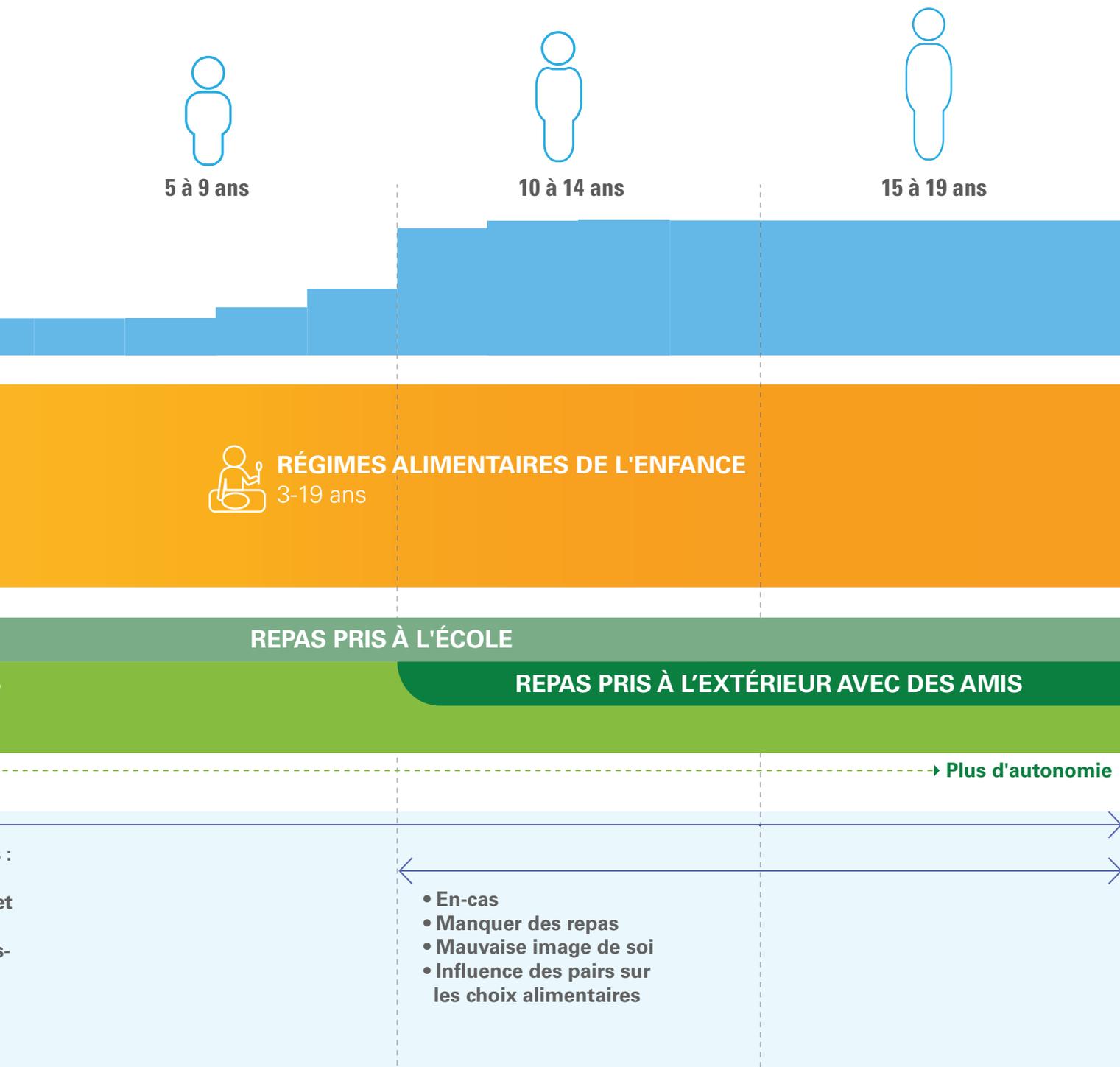
L'alimentation et la nutrition tout au long de l'enfance

Des enfants de tous âges n'ont pas une alimentation suffisamment riche en nutriments ou variée et consomment trop de sucres, de sel et de graisses. Quel que soit leur âge, ce régime alimentaire peut les exposer à une ou plusieurs formes de malnutrition : retard de croissance, émaciation, faim insoupçonnée et surpoids ou obésité. Cette situation est susceptible de miner leurs résultats scolaires et leurs perspectives économiques à long terme, et de présenter des risques pour leur santé à l'âge adulte.



Source : Elizabeth Fox, « Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors » (Caractéristiques des besoins diététiques et des schémas alimentaires des enfants et facteurs expliquant leurs comportements nutritionnels) (non publié).

Chaque étape de l'enfance est associée à des besoins, des risques et des comportements nutritionnels uniques.



Une mauvaise nutrition pendant les premières années de vie peut avoir des conséquences à long terme

Introduction

À chaque étape de l'enfance – du ventre de la mère à l'âge adulte – les besoins nutritionnels des enfants ainsi que leur comportement et leurs influences alimentaires ne cessent d'évoluer.

Semaine après semaine, les nourrissons sont sujets à d'importantes transformations physiologiques. Une fois en âge d'aller à l'école, leurs habitudes et leur régime alimentaires sont susceptibles de changer radicalement. À l'adolescence, période durant laquelle ils ont la possibilité d'adopter des habitudes alimentaires saines pour le reste de leur vie, ils sont vulnérables aux effets à long terme du surpoids et de l'obésité. Une nutrition maternelle et infantile adaptée durant les premières étapes de la vie réduit les risques des enfants de souffrir de problèmes de santé plus tard dans leur vie et de contracter des maladies non transmissibles¹. Cependant, pour concevoir des politiques et des programmes qui soutiennent efficacement la nutrition infantile, il est important de comprendre les spécificités de l'alimentation des enfants à chaque étape de l'enfance.

Les principales figures influençant l'alimentation des enfants changent au fil du temps. Les parents et les personnes qui ont la charge d'enfants, qui exercent le plus d'influence durant la petite enfance, passent ensuite le relais au personnel des crèches et des écoles, qui sont eux-mêmes supplantés par les camarades et les amis plus tard dans la scolarité et à l'adolescence. Par ailleurs, le marketing alimentaire et des forces sociales plus larges influent sur la nourriture que les parents et autres adultes donnent aux enfants, et agissent plus directement sur les choix alimentaires de ces derniers lorsqu'ils grandissent.

Petite enfance (de 0 à 5 ans) : une période de vulnérabilité et de possibilités

Durant la petite enfance, les enfants sont soumis à une croissance et à un développement cérébral

rapides. S'ils ne reçoivent pas une alimentation appropriée et sont exposés à des maladies et à des infections durant ces premières années de vie, ils risquent d'en subir les conséquences à long terme, aussi bien au niveau de leurs résultats scolaires que de leur santé et de leur situation économique, en particulier s'ils sont issus des communautés les plus pauvres ou les plus marginalisées.

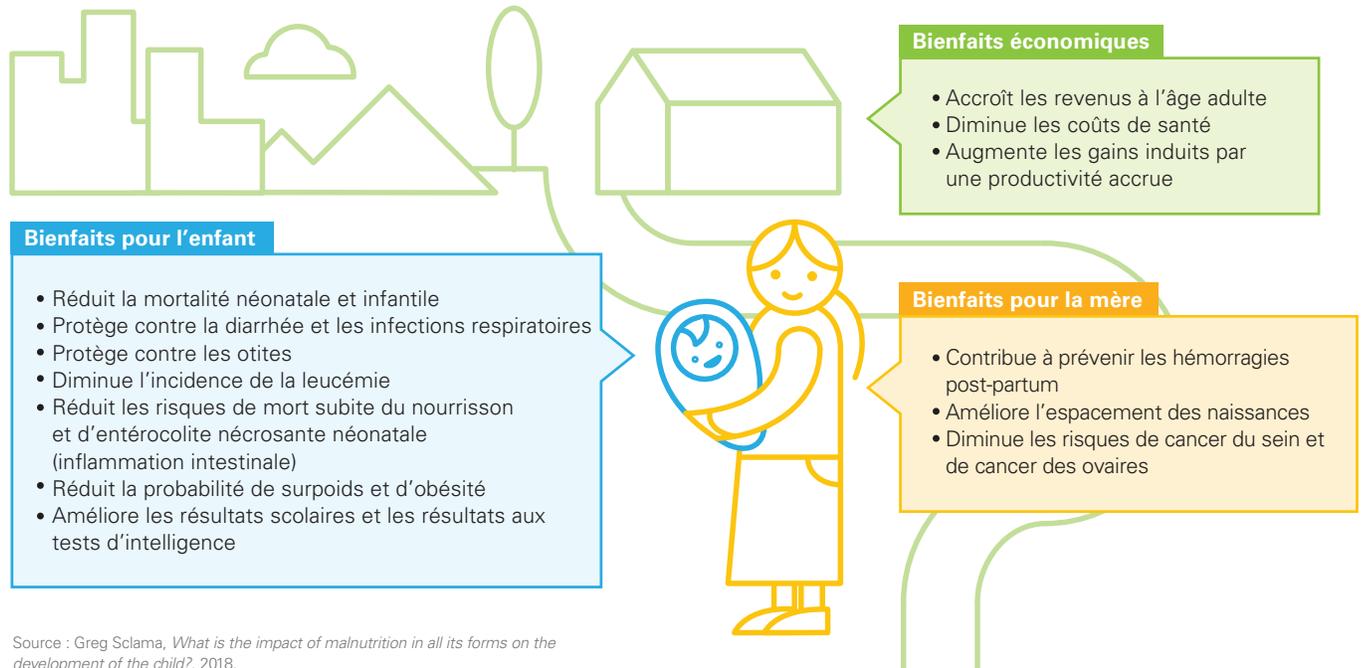
Les 1 000 premiers jours de vie, qui vont de la conception de l'enfant à son deuxième anniversaire, sont particulièrement décisifs. Une mauvaise nutrition chez la mère avant la conception et pendant la grossesse, l'absence d'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie et l'incapacité des personnes qui ont la charge d'enfants à proposer un éventail varié et nutritif de « premiers aliments » exposent les nourrissons au risque de présenter un retard de croissance et de souffrir d'émaciation et de carences en micronutriments, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses et permanentes sur les enfants et leur communauté.

L'incidence de la malnutrition maternelle et la malnutrition durant la petite enfance

Une bonne nutrition commence avant la naissance. En effet, une mauvaise nutrition maternelle a des répercussions sur l'enfant à l'état de fœtus et durant l'accouchement.

La malnutrition maternelle, sous forme d'insuffisance pondérale ou d'anémie, augmente le risque de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance pour les nourrissons, ce qui les expose à un risque accru de décès néonatal, de retard de croissance et d'émaciation. La surcharge pondérale, quant à elle, est une complication répandue de la grossesse² : elle augmente le risque de diabète gestationnel et de prééclampsie, une complication potentiellement mortelle, et peut entraîner des difficultés lors de l'accouchement et des taux plus élevés d'hémorragie post-partum pour les mères. Cependant, elle présente aussi des risques pour l'enfant, dont une prématurité³, une insuffisance pondérale à la naissance, le refus de se nourrir au sein et un risque accru de souffrir de surpoids au cours de sa vie⁴.

Les bienfaits de l'allaitement au sein pour la mère et l'enfant



Pour bien se développer, le fœtus a besoin d'une grande quantité de micronutriments. Or, de nombreuses femmes enceintes souffrent de faim insoupçonnée ou de carences en micronutriments (voir chapitre 1). Une carence en fer peut provoquer une anémie. De fait, c'est la cause la plus fréquente d'anémie nutritionnelle⁵. L'acide folique prévient les anomalies du tube neural, telles que le spina-bifida chez le fœtus⁶. Le calcium réduit le risque de prééclampsie et de naissance prématurée⁷. La vitamine A favorise la fonction immunitaire et le développement du fœtus, en particulier durant le troisième trimestre⁸. Enfin, une carence en zinc chez les mères est associée à une insuffisance pondérale à la naissance, au mauvais développement neural du fœtus, à des naissances prématurées et à une mortalité néonatale accrue⁹.

Si les effets de la nutrition sur le cerveau varient au cours de l'enfance, celui-ci se développe à une vitesse inégalée durant la petite enfance. La malnutrition durant la grossesse et la petite enfance peut avoir des effets néfastes sur le développement cérébral des enfants, ce qui peut

nuire à leurs fonctions cognitives, à leur préparation à l'école, à leur comportement et à leur productivité jusque dans leurs années scolaires et au-delà. Fournir à un enfant l'apport énergétique, les protéines, les acides gras et les micronutriments dont il a besoin durant cette période peut avoir un effet déterminant sur ses fonctions cérébrales tout au long de son existence. Un enfant bien alimenté pourra interagir avec son environnement et les personnes qui s'occupent de lui, ce qui stimulera son développement cérébral¹⁰.

Le pouvoir de l'allaitement

Les nombreux bienfaits de l'allaitement, que ce soit pour le système immunitaire, le développement cérébral ou le microbiome de l'enfant, sont bien documentés et font l'unanimité au sein des spécialistes de la nutrition du monde entier.

Le lait maternel n'est pas qu'un aliment, c'est aussi un médicament très efficace, spécialement conçu pour les besoins du nourrisson

Seuls deux nouveau-nés sur cinq commencent à être allaités durant l'heure qui suit leur naissance

L'UNICEF et l'OMS recommandent aux mères d'allaiter exclusivement leur enfant au sein jusqu'à ses 6 mois et de poursuivre l'allaitement au moins jusqu'à ses 2 ans. Pour reprendre les propos de Keith Hansen, de la Banque mondiale, dans la revue *The Lancet* en 2016, « [s]i l'allaitement n'existait pas, la personne qui l'inventerait mériterait de recevoir un double prix Nobel de médecine et d'économie »¹¹.

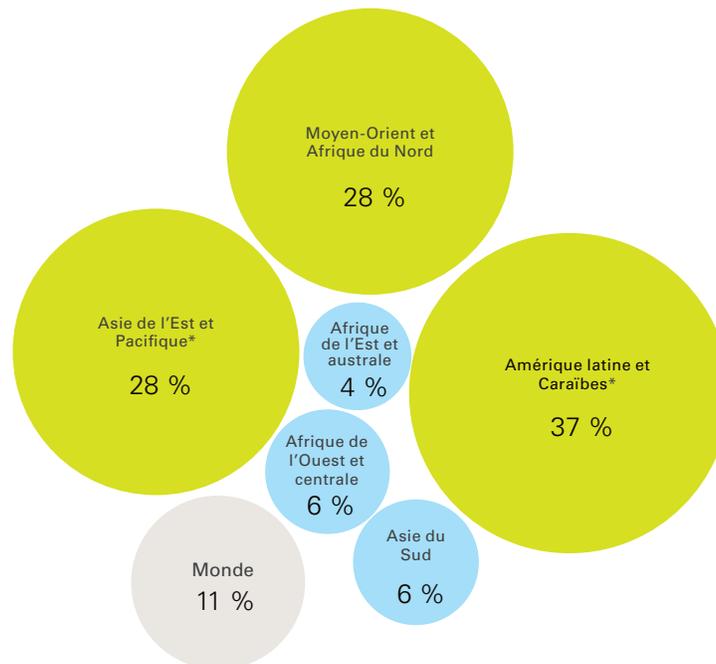
L'allaitement a des bienfaits remarquables pour l'enfant, en particulier durant la première heure de vie. Le colostrum, le premier lait produit par la mère, protège le système immunitaire immature du nouveau-né contre les infections et les inflammations¹². Les bébés qui commencent à être nourris au sein dans l'heure suivant leur naissance ont beaucoup plus de chances de survivre, y compris par rapport aux bébés qui commencent à être allaités plus tard au cours de leur première journée de vie¹³.

Le lait maternel n'est pas qu'un aliment, c'est aussi un médicament très efficace, spécialement conçu pour les besoins du nourrisson et qui réduit considérablement les risques de décès¹⁴. L'allaitement universel pourrait sauver la vie de 820 000 enfants de moins de 5 ans chaque année à travers le monde. Les enfants nourris au sein sont également bien moins sujets aux diarrhées et aux maladies respiratoires. Ils ont par ailleurs de meilleurs résultats scolaires¹⁵ ainsi que des revenus plus élevés à l'âge adulte, et jouissent d'un bien-être physique accru. De plus en plus d'éléments de preuve indiquent en outre que l'allaitement réduit les risques des enfants de souffrir de surpoids, d'obésité et de maladies chroniques telles que le diabète plus tard dans leur vie¹⁶.

Les avantages de l'allaitement sont particulièrement importants dans les pays à revenu faible, où les familles n'ont souvent pas accès à une eau salubre et à des soins de santé. Cela dit, l'allaitement est aussi important dans les pays à revenu élevé en

FIGURE 2.1 | Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris avec des préparations pour nourrissons, par région de l'UNICEF, 2018

L'augmentation de l'utilisation des substituts du lait maternel soulève de plus en plus d'inquiétudes



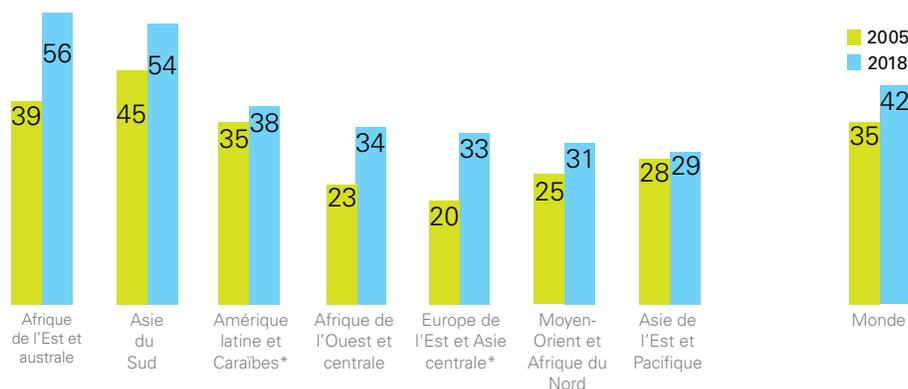
Remarques : Analyse fondée sur un sous-ensemble de 73 pays disposant de données pour la période 2013-2018 couvrant 61 % de la population mondiale. Les estimations régionales sont présentées uniquement lorsque les données disponibles représentent au moins 50 % de la population régionale.

* Pour obtenir la couverture appropriée, les données relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique n'incluent pas la Chine et celles relatives à l'Amérique latine et les Caraïbes n'incluent pas le Brésil. Données indisponibles pour l'Europe et l'Asie centrale et pour l'Amérique du Nord.

Entre 2008 et 2013, les ventes de préparations à base de lait (généralement de vache) ont augmenté de 41 % dans le monde et de 72 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comme le Brésil, la Chine, le Pérou et la Turquie.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2019

FIGURE 2.2 | **Tendances concernant le pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein, par région de l'UNICEF, aux alentours de 2005 et de 2018**



De nombreuses régions ont progressé en ce qui concerne l'allaitement exclusif au sein

Remarques : Analyse fondée sur un sous-ensemble de 80 pays disposant de données comparables couvrant 74 % de la population mondiale aux alentours de 2005 (2003-2008) et de 2018 (2013-2018).

Les estimations régionales sont présentées uniquement lorsque les données disponibles représentent au moins 50 % de la population régionale.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2019.

* Pour obtenir la couverture appropriée, les données relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes n'incluent pas le Brésil et celles portant sur l'Europe de l'Est et l'Asie centrale n'incluent pas la Fédération de Russie.

raison de ses bienfaits sur la santé et du fait qu'il favorise la croissance et le développement. Il réduit par exemple les risques de mort subite du nourrisson et d'entérococolite nécrasante néonatale, une inflammation potentiellement mortelle des intestins qui touche principalement les bébés prématurés.

L'allaitement est aussi bénéfique pour les mères. Il contribue à prévenir les saignements intensifs après l'accouchement et accélère les contractions de l'utérus. Il permet en outre d'espacer les naissances, car les mères qui allaitent sont moins susceptibles d'ovuler durant cette période. De solides éléments de preuve indiquent également que l'allaitement les protège contre le cancer du sein et le cancer des ovaires¹⁷, tandis que d'autres éléments indiquent que les mères qui allaitent auraient moins de risques de développer un diabète de type 2 et de souffrir d'hypertension et de maladies cardiovasculaires¹⁸.

Comment expliquer qu'autant d'enfants ne sont pas nourris au sein ?

En dépit des vertus avérées de l'allaitement, beaucoup trop de bébés ne bénéficient pas d'un allaitement optimal. Seuls un peu plus de deux

nouveau-nés sur cinq (44 %) commencent à être allaités durant l'heure qui suit leur naissance et quasiment le même nombre de nourrissons de moins de 6 mois (42 %) sont exclusivement nourris au sein. Comment l'expliquer ? La réponse est complexe et implique plusieurs facteurs, comme la promotion des substituts du lait maternel, la présence de tabous sociaux et culturels entourant l'allaitement, les difficultés de nombreuses femmes à trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et la garde de leurs enfants, ainsi qu'un manque de soutien à l'allaitement.

Les substituts du lait maternel

À l'échelle mondiale, 43 % des nouveau-nés reçoivent des liquides ou des aliments autres que le lait maternel au cours de leurs trois premiers jours de vie. Il s'agit le plus souvent d'eau sucrée, de miel, de thé, de lait animal, de préparation pour nourrissons ou d'eau¹⁹. En Afrique de l'Ouest et centrale, l'eau est le liquide le plus couramment donné aux nourrissons durant les trois jours qui suivent leur naissance, ce qui peut les exposer à des agents pathogènes et à d'autres substances potentiellement mortelles. En Amérique latine et aux Caraïbes, de nombreux

GROS PLAN

Une journée n'est (presque) jamais suffisante : le quotidien d'une mère allaitant son enfant dans une région rurale du Laos

Xaiathon vit dans le village de Houychengkao, dans une région rurale du Laos. La jeune femme de 33 ans a quatre fils. Le plus jeune a 2 mois et l'aîné, 15 ans. Elle cultive un petit lot de terre avec son mari et entretient sa maison avec ses enfants.

« Ma journée commence très tôt, parce que notre lot de terre est loin de la ferme », explique-t-elle. Cela l'empêche d'allaiter le petit dernier aussi régulièrement que ce que lui a conseillé son médecin. En plus de son travail dans les champs et de la préparation des repas pour les garçons, Xaiathon va chercher du bois pour le feu, nourrit le bétail, fait la lessive, nettoie la maison et donne un coup de main dans l'exploitation de son voisin pour augmenter la récolte de la famille, qui est à peine suffisante.

Généralement, elle n'arrive pas à allaiter Kaka (son fils cadet) plus de deux fois par jour : le matin, avant de partir pour les champs (qui se situent à une heure de marche de chez elle), et le soir, lorsqu'elle rentre. « C'est difficile de continuer de l'allaiter à cause du travail dans les champs. Parfois, quand il pleut, je ne peux pas rentrer chez moi pour lui donner le sein, donc

pendant la saison des pluies, je veille à ce qu'il y ait de la bouillie de riz à la maison. Il m'est arrivé de demander à d'autres mères de mon village d'allaiter mes fils », confie-t-elle.

Pour pallier l'absence de lait maternel durant la journée, elle mâche des morceaux de viande qu'elle mélange ensuite dans la bouillie de riz qu'elle prépare pour Kaka le matin. Sa lourde charge de travail l'empêche aussi d'honorer ses visites au centre de santé situé en ville. « Je préfère passer la journée dans les champs », affirme-t-elle, ajoutant que leur maigre récolte est la seule source de revenus des six membres de leur famille.

Lorsque son mari rentre à la maison au coucher du soleil, les garçons courent vers lui pour l'accueillir, impatients de recevoir les fruits qu'il a cueillis pour eux sur le chemin. Pour Xaiathon, la journée est loin d'être terminée : elle doit encore préparer le dîner, faire la vaisselle et nourrir son bébé. Les garçons sont partis jouer avec leurs voisins. Dès qu'ils rentreront, elle pourra tenter de se reposer un peu en vue de la longue journée qui l'attend encore le lendemain. ■

Avant de se rendre sur son exploitation, Xaiathon rassemble et coupe du bois de chauffage puis débroussaille son jardin. « C'est un peu comme si je m'échauffais avant d'attaquer le vrai travail à la ferme », explique-t-elle avec le sourire.



bébés sont uniquement nourris avec des substituts du lait maternel. Au Mexique, par exemple, 48 % des nourrissons âgés de 0 à 5 mois et 33 % des enfants âgés de 6 à 11 mois consomment des préparations pour nourrissons, tandis que seuls 35 % des enfants de moins de 2 ans sont nourris au lait maternel²⁰.

L'augmentation de la promotion, de la vente et de l'utilisation non nécessaire des substituts du lait maternel, notamment les préparations de suite et les laits pour nourrissons, soulève de plus en plus d'inquiétudes. Ces produits sont souvent vendus à grand renfort de publicités mensongères, qui font croire au public qu'ils améliorent le QI et le système immunitaire des enfants, ou qu'ils les aident à grandir en bonne santé. Entre 2008 et 2013, les ventes de préparations à base de lait (généralement de vache) ont augmenté de 41 % dans le monde et de 72 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comme le Brésil, la Chine, le Pérou et la Turquie²¹.

Les laits pour nourrissons destinés aux enfants de 13 à 36 mois constituent le marché le plus porteur. Les ventes mondiales de lait dans cette catégorie ont augmenté de 53 % entre 2008 et 2013²². En plus d'être inutiles pour bien grandir, ces boissons risquent de renforcer le penchant des enfants pour les goûts sucrés²³. Contrairement à ces préparations qui contiennent des sucres ajoutés, le lait maternel expose les enfants à un large éventail de goûts et de saveurs issus de l'alimentation de la mère, ce qui les prépare à adopter un régime alimentaire varié en grandissant. La plupart des laits pour nourrissons sont élaborés à partir de lait écrémé en poudre et contiennent du sirop de maïs, des édulcorants et de l'huile végétale.

Les professionnels de la santé publique ont exprimé des inquiétudes quant à la popularité croissante des laits pour nourrissons. « Je pense que les entreprises ont créé de toutes pièces une nouvelle période d'alimentation de l'enfant afin de vendre ce produit », indiquait ainsi Jennifer L. Pomeranz, de l'Université de New York. « Nous devons désormais ajouter à ce phénomène plusieurs années de consommation de produits alimentaires transformés qui n'existaient pas autrefois²⁴. »

Les normes sociales et les soins de santé

Les normes sociales, les tabous et les pratiques traditionnelles exercent une influence considérable sur les comportements alimentaires. Par exemple, dans de nombreuses cultures, on pense qu'il ne faut pas donner le colostrum aux bébés, mais un autre liquide, tel que de l'eau sucrée, du miel ou du lait animal, avant de commencer à les nourrir au sein.

Pour commencer à allaiter leur enfant immédiatement après l'accouchement, les mères ont besoin d'être soutenues par les professionnels de la santé. Cependant, selon un rapport de l'UNICEF publié en 2018, la présence d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme au moment de l'accouchement ne favorise pas forcément la mise au sein précoce²⁵. En Asie du Sud, seuls 34 % des bébés nés en présence d'un agent de santé qualifié ont commencé à être nourris au sein durant l'heure suivant leur naissance et ils n'étaient que 45 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 47 % en Amérique latine et aux Caraïbes, et 48 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique. L'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne commence également à soulever des inquiétudes. Une étude réalisée en Asie du Sud a montré que l'accouchement par césarienne constituait un indicateur important d'une mise au sein tardive²⁶. Dans 51 pays, les taux de mise au sein précoce des nouveau-nés nés par accouchement vaginal étaient deux fois plus élevés que celui des nouveau-nés nés par césarienne²⁷.

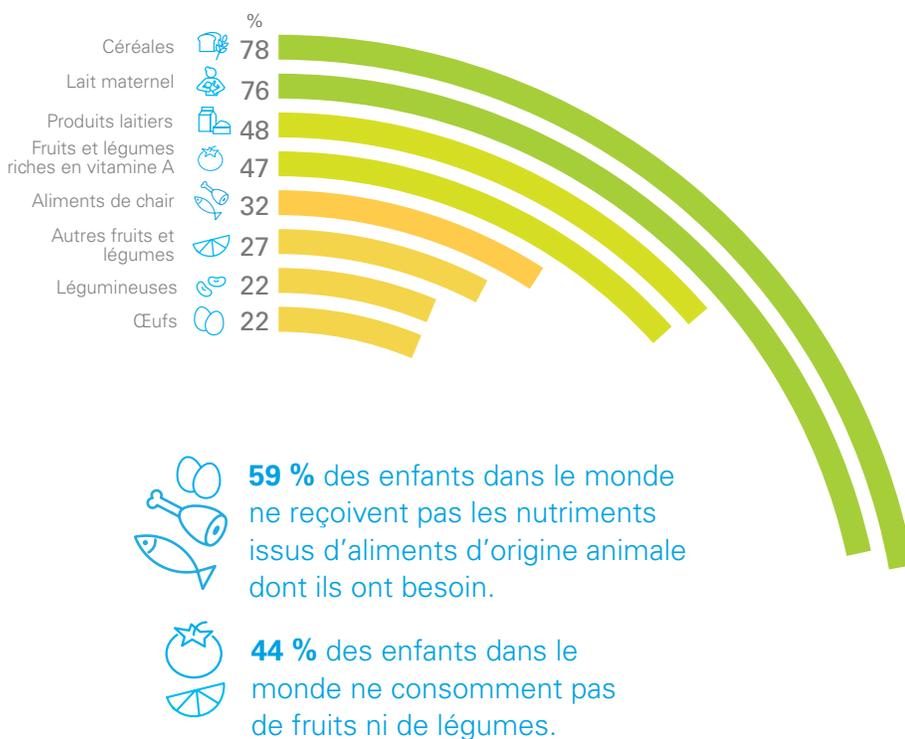
Les mères vivant avec le VIH peuvent aussi allaiter sans que cela ait de conséquences néfastes sur leur propre santé et sur la santé de leurs enfants. Lorsqu'elles prennent un traitement antirétroviral tout au long de l'allaitement, le risque de transmission du VIH à l'enfant est extrêmement faible. Cependant, si nous voulons permettre aux mères séropositives d'allaiter leur enfant en toute sécurité, nous devons élargir l'accès aux services de traitement et intensifier les services de conseil pour l'observance thérapeutique et de soutien au sein des structures de santé à l'échelle communautaire.

Les normes sociales, les tabous et les pratiques traditionnelles exercent une influence considérable sur les comportements alimentaires

Que mangent les enfants en bas âge ?

L'importance des premiers aliments

FIGURE 2.3 | **Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type, à l'échelle mondiale, 2018***



Lorsqu'ils commencent à consommer des aliments mous, semi-solides ou solides à l'âge de 6 mois, les enfants ont besoin d'un régime alimentaire nutritif et sûr contenant un éventail de nutriments pour bien grandir.



Si leur régime alimentaire n'est pas assez varié, ils risquent de ne pas recevoir les nutriments dont ils ont besoin pour bien grandir, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses sur le développement de leur corps et de leur cerveau. Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, tous les enfants en bas âge devraient consommer des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments.

FIGURE 2.4 | **Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale), par région de l'UNICEF, 2018****



FIGURE 2.5 | **Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments, par quintile de richesse et lieu de résidence, à l'échelle mondiale, 2018*****

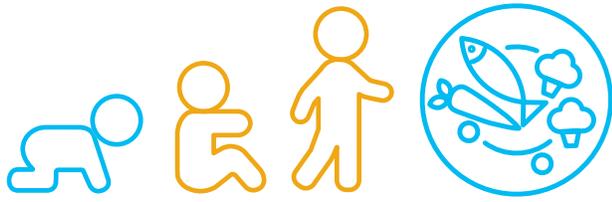


* Analyse fondée sur un sous-ensemble de 71 pays disposant de données pour la période 2013-2018 couvrant 61 % de la population mondiale.

** Les estimations régionales et mondiales se fondent sur les données les plus récentes pour chaque pays au cours de la période 2013-2018.

*** Analyse fondée sur un sous-ensemble de pays disposant de données pour la période 2013-2018. Les données relatives à la diversité alimentaire minimale par lieu de résidence sont disponibles pour un sous-ensemble de 74 pays et par statut économique pour 71 pays.

Sources relatives à l'ensemble des figures présentées en pages 60 et 61 : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2019.



2 enfants âgés de 6 à 23 mois sur 3 dans le monde ne consomment pas des aliments issus du nombre minimum recommandé de groupes d'aliments

FIGURE 2.6 | Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type et selon la classification des pays en fonction de leur revenu de la Banque mondiale, 2018

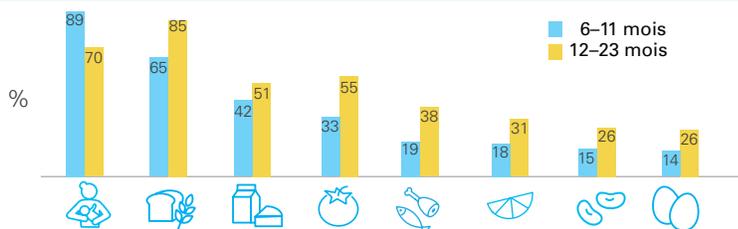


La grande majorité des enfants en bas âge consomment du lait maternel, mais ne consomment pas suffisamment d'aliments d'origine animale, de fruits, de légumineuses ou de légumes, et leur alimentation repose trop sur les céréales.

À l'exception du lait maternel, le pourcentage d'enfants en bas âge consommant des aliments provenant des sept autres groupes d'aliments est plus élevé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Le pourcentage d'enfants consommant des aliments d'origine animale non laitiers, tels que des œufs, de la viande, de la volaille et du poisson dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure est près de deux fois plus élevé que celui des pays à revenu inférieur ou intermédiaire de la tranche inférieure.

FIGURE 2.7 | Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant chaque groupe d'aliments, par type et âge, à l'échelle mondiale, 2018



Les enfants en bas âge ont un régime alimentaire moins varié que les enfants âgés de 1 an et 2 ans.

Remarque relative à la figure 2.7 : Analyse fondée sur un sous-ensemble de 71 pays disposant de données pour la période 2013-2018 couvrant 61 % de la population mondiale. Les groupes de revenus se fondent sur la classification des pays en fonction de leur revenu de la Banque mondiale pour l'exercice 2019. Les estimations par groupe de revenus de la Banque mondiale sont présentées uniquement lorsque les données disponibles représentent au moins 50 % de la population.

*Pour obtenir la couverture appropriée, les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure n'incluent pas le Brésil, la Chine et la Fédération de Russie.

Les enfants âgés de 6 à 23 mois dont le régime alimentaire n'est pas assez diversifié et repose excessivement sur des aliments riches en sucres et en graisses et pauvres en nutriments essentiels risquent d'en subir les conséquences à long terme

L'équilibre entre la vie professionnelle et la garde des enfants

Dans le monde entier, les mères qui travaillent rencontrent des difficultés pour allaiter. Elles ont besoin d'un environnement favorable, ce qui inclut des congés de maternité et de paternité rémunérés et des pauses pour l'allaitement sur leur lieu de travail. Dans une étude

réalisée en 2015 impliquant 11 025 participants de 19 pays, l'emploi chez les mères était l'obstacle à l'allaitement exclusif le plus fréquemment cité²⁸. Les efforts déployés à l'échelle nationale pour soutenir les mères qui travaillent peuvent avoir des résultats considérables. Le Viet Nam, par exemple, a allongé la durée du congé de maternité rémunéré de quatre à six mois en 2012, ce qui représente une mesure audacieuse par rapport à d'autres politiques de congé de maternité d'Asie du Sud-Est. Depuis, le Gouvernement a ordonné à toutes les entreprises employant un grand nombre de femmes de proposer des services de garde d'enfant et des espaces consacrés à la lactation²⁹.

Les aliments complémentaires : des aliments importants dont beaucoup d'enfants sont privés

À partir de l'âge de 6 mois environ, le lait maternel ne suffit plus à apporter aux enfants toute l'énergie et les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer. De 6 à 23 mois, ils ont des besoins nutritionnels par kilogramme de poids corporel plus importants qu'à n'importe quelle autre période de leur vie, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux carences nutritionnelles et au ralentissement de croissance. L'introduction d'aliments complémentaires sains et variés en parallèle de l'allaitement contribue non seulement à les protéger des maladies et de la mortalité, mais leur permet aussi de grandir et de se développer sainement tout en prévenant le surpoids et l'obésité à un stade ultérieur. À l'inverse, les enfants du même âge soumis à un régime alimentaire qui n'est pas suffisamment varié et qui repose sur des aliments riches en sucres et en graisses

et pauvres en nutriments essentiels risquent de développer des problèmes tout au long de leur vie.

Il est recommandé que les nourrissons commencent à consommer des aliments complémentaires à partir de l'âge de 6 mois. Cependant, à l'échelle mondiale, ce n'est le cas que d'un peu plus de deux tiers des enfants âgés de 6 à 8 mois. Parallèlement, beaucoup trop d'enfants commencent à en consommer bien plus tôt. Près de la moitié des nourrissons âgés de 4 à 5 mois et près de 15 % des nourrissons âgés de 2 à 3 mois mangent déjà des aliments en Amérique latine et aux Caraïbes et en Asie de l'Est et dans le Pacifique³⁰. Aux États-Unis, 21 % des nourrissons âgés de 0 à 5 mois consomment des céréales, chiffre qui augmente chez les nourrissons afro-américains (34 %) ³¹.

À partir de 6 mois, les enfants ont particulièrement intérêt à consommer des aliments d'origine animale, notamment de la viande, du poisson, des œufs et des produits laitiers, car ceux-ci leur apportent les nutriments essentiels ainsi que la vitamine A, le fer, le zinc et le calcium dont ils ont particulièrement besoin de 6 mois à 23 mois. Les aliments d'origine animale les aident à grandir, favorisent leur activité physique et renforcent leurs performances cognitives. Ils contiennent une multitude de micronutriments essentiels, particulièrement adaptés aux petits estomacs des enfants en bas âge. Le retard de croissance dans la petite enfance est aussi associé à une faible consommation d'aliments d'origine animale³². Malheureusement, ces aliments, en particulier les œufs et les produits laitiers, coûtent cher dans les régions rurales à faible revenu et sont moins consommés (voir chapitre 3). À l'échelle mondiale, seuls deux enfants sur cinq mangent des aliments d'origine animale. Le poisson, qui est relativement abordable et riche en protéines et qui contient des micronutriments, est le principal aliment d'origine animale présent dans l'alimentation des enfants en bas âge dans les plaines d'Afrique et d'Asie³³.

Les fruits, les légumes, les légumineuses, les fruits à coque et les graines occupent aussi une place importante dans l'alimentation des enfants, car ce sont

GROS PLAN

Les aliments complémentaires et l'évolution des comportements au Rwanda

Denise officie en tant qu'agent de santé de proximité bénévole dans le village d'Akabacuzi, où les 1 000 collines légendaires du Rwanda commencent à laisser place aux plaines arides de la savane. Auparavant, 22 enfants souffraient de dénutrition dans le village. Aujourd'hui, plus un seul enfant n'est considéré comme étant sévèrement ou modérément sous-alimenté. Le village doit une grande partie de cette victoire aux efforts déployés par Denise pour expliquer aux parents comment nourrir leurs enfants en bas âge et veiller à ce qu'ils mettent en pratique ces nouvelles connaissances.

Denise organise des ateliers dans sa cuisine pour apprendre aux parents à préparer des repas nutritifs. Récemment, elle leur a montré comment faire du jus de betterave, un jus riche en vitamines et en minéraux. Les mères se sont ensuite réunies pour partager le

jus dans des tasses en plastique, leurs enfants dans les bras. Avant, les parents de cette communauté pensaient qu'il fallait donner aux tout-petits une alimentation riche en glucides, à base de pommes de terre, par exemple. Maintenant, ils savent que cela ne suffit pas à couvrir les besoins de leurs enfants et que ceux-ci doivent consommer régulièrement des fruits, des légumineuses, des céréales et des légumes variés, ainsi que des sources de protéine, telles que des œufs, du poisson, de la viande et des produits laitiers.

Denise et les autres agents de santé de proximité du Rwanda sont à l'avant-garde de la lutte contre la dénutrition, dont l'une des principales stratégies consiste à faire évoluer les comportements. Pour encourager une meilleure utilisation des ressources locales, le Gouvernement a déployé une campagne baptisée « 1 000 jours pour

1 000 collines », qui a permis de faire passer des messages au moyen de différents canaux, notamment les stations de radio communautaires, les agents de santé de proximité (qui animent des séances de suivi de la croissance et des ateliers de cuisine), des techniciens agricoles (qui apprennent aux communautés à créer des potagers) et des membres d'associations d'épargne et de prêt des villages. Des parlementaires, des chefs religieux et des journalistes ont également contribué à diffuser les messages de la campagne.

« Au début, les gens ne pensaient pas à donner des légumes et d'autres aliments sains aux enfants », indique Denise. « Aujourd'hui, ils savent qu'ils doivent leur donner une alimentation équilibrée. Tant que nous continuerons d'informer et d'encourager la population, plus aucun enfant du village ne souffrira de malnutrition. » ■

Dans le district de Gatsibo, au Rwanda, Denise, agent de santé de proximité, montre à un groupe de femmes comment préparer un jus de betteraves pendant une séance d'informations et de conseils relatifs à la nutrition. © UNICEF/UN0301144/Noorani



de bonnes sources de vitamines, de minéraux et de fibres. Par ailleurs, les enfants qui apprennent à aimer un éventail de fruits, de légumes, de légumineuses, de fruits à coque et de graines sont susceptibles de continuer d'en consommer une fois adultes.

L'enrichissement des aliments

Dans de nombreuses régions du monde, les aliments produits à l'échelle locale ne peuvent pas répondre aux besoins élevés en micronutriments des enfants en bas âge. Pour combler ces carences, il convient de leur donner des aliments complémentaires enrichis ou des poudres de micronutriments multiples. Des programmes de protection sociale et d'alimentation complémentaire distribuent ainsi des aliments en poudre enrichis en protéines et en micronutriments à travers le monde, afin de fournir aux enfants davantage d'aliments et de nutriment que ceux qu'ils reçoivent habituellement chez eux³⁴.

Les produits enrichis, tels que les poudres de micronutriments, permettent entre autres aux personnes qui ont la charge d'enfants d'ajouter des vitamines et des minéraux aux repas qu'elles préparent aux enfants en bas âge à la maison, ce qui réduit plusieurs formes de faim insoupçonnée, telles que la carence en fer et l'anémie. En 2017, des programmes de distribution de poudres de micronutriments avaient été mis en place dans au moins 47 pays et répondaient aux besoins de plus de 16 millions d'enfants âgés de 6 à 59 mois. Les nourrissons et les enfants en bas âge ont aussi intérêt à consommer des aliments enrichis dont la transformation est centralisée à grande échelle, tels que du sel iodé, des farines enrichies en fer et de l'huile enrichie en vitamine A. À Nairobi, au Kenya, ce type de produits répond à près d'un quart des besoins en vitamine A et à la moitié des besoins en fer des enfants âgés de 6 à 23 mois³⁵.

Les enfants qui vont à l'école le ventre vide ont du mal à être attentifs en cours et à effectuer leurs tâches, et leurs résultats aux tests cognitifs sont moins bons

Enfin, le bioenrichissement génétique, un processus qui consiste à cultiver des produits alimentaires de base enrichis en micronutriments, peut venir en aide aux enfants vulnérables des régions rurales qui ont un accès limité à une alimentation variée et aux aliments

enrichis mis sur le marché à des fins commerciales³⁶. En 2017, 5 millions d'enfants de moins de 5 ans dans 14 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine auraient consommé des produits alimentaires de base biofortifiés, notamment des haricots enrichis en fer, du maïs, du manioc et des patates douces enrichis en provitamine A, et du blé et du riz enrichis en zinc.

Les facteurs influençant l'alimentation des enfants en bas âge

Les parents le savent bien : les nourrissons et les tout-petits sont parfois difficiles avec la nourriture. Leurs goûts et leurs préférences alimentaires peuvent changer d'une semaine à l'autre et les parents ont tendance à leur donner leurs aliments préférés. Dans les pays à faible revenu, le penchant naturel des jeunes enfants pour les aliments sucrés contribue au succès des collations vendues dans le commerce, telles que les biscuits, les gâteaux et les bonbons, ainsi que des boissons contenant des sucres ajoutés³⁸. Selon une étude menée en 2016 sur les pratiques d'alimentation des enfants en bas âge dans les villes de Dakar, Dar es Salam, Katmandou et Phnom Penh, les mères donnaient à leurs enfants des chocolats, des bonbons, des biscuits, des chips ou des gâteaux principalement parce que « l'enfant aim[ait] ça ». Cette raison l'emportait de loin sur d'autres facteurs tels que l'aspect économique ou pratique ou l'incidence perçue de ces aliments sur la santé³⁹. Toujours d'après la même étude, dans ces quatre villes, les enfants étaient plus susceptibles de consommer des collations produites commercialement que des aliments riches en micronutriments, tels que des légumes à feuille ou des légumes à chair orange.

Parallèlement, un nombre croissant de données probantes en provenance de pays à revenu élevé indique que les parents ont tendance à penser que les aliments commerciaux disponibles sur le marché sont bons pour leurs enfants, ce qui n'est pas toujours le cas. Les étiquettes qui encouragent une introduction précoce des aliments, la forte teneur en sucres de certains produits, l'ajout de saveurs artificielles, l'utilisation de consistances inappropriées au développement des comportements alimentaires et plusieurs autres arguments nutritionnels et de santé

GROS PLAN

Des clubs de mères luttent contre la malnutrition en Haïti

Jacqueline Saintil a décidé de nourrir James, son bébé de 3 mois, exclusivement au sein jusqu'à ses 6 mois et de lui donner ensuite des aliments complémentaires en sus du lait maternel pour le garder en bonne santé. « Je n'ai pas pratiqué l'allaitement exclusif avec Ervens, mon fils de 5 ans. Au bout de 3 mois, j'ai commencé à lui donner de l'eau et de la nourriture presque tous les jours. C'était un bébé chétif », explique-t-elle.

Cette mère de 25 ans, qui vendait des vêtements d'occasion avant de donner naissance à James, récolte et vend désormais des haricots qu'elle cultive dans un petit jardin grâce à la formation en nutrition qu'elle a reçue. « Quand mon fils aura 6 mois, je lui préparerai de la soupe de légumes, avec du maïs et du poisson séché », ajoute-t-elle.

Jacqueline a acquis ses connaissances en nutrition dans le club de mères de Paillant, où elle vit, dans le département des Nippes. Aux côtés des 29 autres membres du club, elle a

appris à prévenir les maladies et la malnutrition chez ses enfants grâce à une série de cartes illustrées. Les mamans ont ainsi découvert que le lait maternel contenait tous les nutriments dont avaient besoin les bébés et qu'il n'était pas nécessaire d'introduire d'autres aliments ou liquides avant l'âge de 6 mois. Elles ont également appris à préparer des purées riches en nutriments en utilisant des ingrédients locaux.

Des conseillers de proximité se rendent dans les clubs de mères pour donner des conseils aux parents et aux personnes qui s'occupent d'enfants de moins de 5 ans. Chaque semaine, les mères abordent un thème relatif au bien-être et au développement de l'enfant.

Le département des Nippes compte 20 clubs de mères qui ont permis de former 411 femmes. Les séances se déroulent dans une ambiance participative, interactive et joyeuse. Les mères en ressortent avec une meilleure estime de soi et un statut social plus élevé au

sein de leur communauté. Elles sont tellement fières de leurs progrès qu'elles ont organisé une cérémonie de remise de diplôme à leurs propres frais. Béatrice Rubin, qui travaille au centre de santé de Paillant, rapporte que la couverture vaccinale a pratiquement atteint 100 % lors des consultations anténatales et postnatales grâce au travail d'information réalisé par les membres du club auprès des autres femmes. Le centre de santé reçoit également davantage d'enfants souffrant de malnutrition depuis la mise en place de cette formation.

La prévention de la malnutrition est essentielle dans ce pays en proie à une pauvreté chronique conjuguée à une profonde crise socioéconomique, où seuls 40 % des enfants de moins de 6 ans sont exclusivement nourris au sein, 11 % des enfants de 2 à 23 mois sont nourris conformément au minimum acceptable en matière de pratiques d'alimentation et plus d'un enfant de moins de 5 ans sur cinq présente un retard de croissance³⁷. ■

Jacqueline allaite James, son bébé âgé de 3 mois. © UNICEF/Haiti/2019/Seck



Lorsqu'ils entrent dans la petite enfance, les enfants commencent à choisir leur propre nourriture et sont exposés à de nouvelles influences, autres que celle de leurs parents et des personnes qui s'occupent d'eux

prouvent que ces produits bénéficient d'une promotion inappropriée⁴⁰.

Lorsqu'ils entrent dans la petite enfance, période qui concerne les petits âgés de 2 à 4 ans, les enfants commencent à choisir leur propre nourriture et sont souvent amenés à manger en dehors de chez eux, ce qui les ouvre à de nouvelles influences, autres que celle de leurs parents et des personnes qui s'occupent d'eux. À cet

âge, il devient très important qu'ils observent des comportements alimentaires positifs chez leurs parents, les personnes qui s'occupent d'eux, leurs frères et sœurs, les professionnels de l'éducation et leurs pairs, qui ont une influence croissante sur eux⁴¹.

Les professionnels de la santé jouent également un rôle déterminant auprès des parents, que ce soit au travers des informations qu'ils leur communiquent ou du soutien, des conseils et des soins qu'ils

leur prodigent (voir chapitre 3). Trois nouveaux sur quatre naissent en présence d'un agent de santé qualifié, si bien que ces professionnels ont une influence considérable sur la mise au sein et les pratiques en matière d'allaitement.

Dans de nombreuses régions d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, les belles-mères et les grand-mères jouent aussi un rôle particulièrement important dans l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Cependant, beaucoup considèrent que le colostrum est « sale » et qu'il ne faut pas donner d'aliments d'origine animale aux enfants avant leurs 18 mois, ce qui fait que leurs conseils sont souvent inappropriés⁴². De même, les grand-mères peuvent avoir une influence négative sur l'allaitement exclusif au sein, soit parce qu'elles conseillent aux mères de donner de l'eau et/ou des aliments trop tôt à leur enfant soit parce qu'elles nourrissent elles-mêmes activement le nourrisson au cours de ses six premiers mois⁴³.

ENCADRÉ 2.1 | L'alimentation à l'écoute de l'enfant

La manière dont l'adulte interagit avec l'enfant au moment des repas contribue à façonner les comportements et les attitudes à long terme de ce dernier à l'égard de la nourriture. L'alimentation à l'écoute de l'enfant, qui consiste à reconnaître les signes de faim et de satiété de l'enfant et à y réagir de manière adaptée, contribue à mettre en place des habitudes alimentaires saines chez les enfants en bas âge et à limiter le surpoids et l'obésité.

Une alimentation à l'écoute de l'enfant repose sur plusieurs principes fondamentaux :

- Être attentif aux signes de faim et de satiété chez l'enfant ;
- Reconnaître les besoins alimentaires de l'enfant et y réagir rapidement, de manière adaptée à son développement, tout en lui apportant un soutien affectif ;
- S'assurer de la disponibilité d'aliments sains ;
- Instaurer un environnement alimentaire sûr et confortable, à l'écart des distractions⁴⁶.

Une alimentation qui n'est pas à l'écoute de l'enfant se caractérise par un manque de réciprocité entre l'enfant et la personne qui

s'occupe de lui. Cela se manifeste lorsque l'adulte ou l'enfant prend le contrôle et domine la situation alimentaire ou lorsque l'adulte ignore l'enfant, entre autres situations. Un adulte qui contrôle l'alimentation risque non seulement de négliger les signes de faim et de satiété de l'enfant, mais aussi d'interférer avec le développement de son autonomie et de son indépendance.

Selon une étude réalisée en 2011, l'alimentation à l'écoute de l'enfant contribue à ce que l'enfant accepte la nourriture et des aliments adaptés⁴⁷. Le fait de nourrir les nourrissons et les enfants en bas âge en fonction des signes de faim et de satiété qu'ils envoient et de ne pas utiliser la nourriture comme un outil apaisant peut avoir des effets positifs sur leur sommeil et stimuler ainsi leur activité physique lorsqu'ils sont réveillés et les aider à réguler eux-mêmes leur appétit⁴⁸. Selon une étude réalisée en 2015, les interventions en faveur de l'alimentation à l'écoute de l'enfant constituent les mesures de prévention de l'obésité les plus prometteuses pour les enfants de moins de 2 ans⁴⁹. Par ailleurs, le non-recours à l'alimentation à l'écoute de l'enfant augmente les risques de croissance et de développement sous-optimaux dans les environnements fortement touchés par la dénutrition. ■

Enfin, le système alimentaire moderne influe énormément sur l'alimentation des jeunes enfants. La disponibilité des substituts du lait maternel, des boissons pour nourrissons et des autres produits alimentaires spécifiquement destinés aux jeunes enfants ainsi que l'accès à ces produits sont entièrement déterminés par le secteur de la vente au détail. Parallèlement, les publicités, les emballages et la place accordée aux collations préjudiciables à la santé dans les supermarchés n'aident pas les parents et les enfants à faire de bons choix alimentaires⁴⁴. Le secteur privé peut néanmoins jouer un rôle positif en améliorant la disponibilité, le prix et la qualité des aliments complémentaires et des suppléments proposés, en distribuant ces produits par l'intermédiaire de plusieurs canaux, tels que les marchés de détail, les systèmes de santé publique et le marketing social, et en faisant naître la demande auprès des consommateurs (voir Section spéciale : L'influence du marketing alimentaire sur l'alimentation des enfants, chapitre 4)⁴⁵.

Phase intermédiaire de l'enfance (5 à 9 ans) : une période de transition

Lorsqu'ils entrent à l'école primaire, les enfants continuent de développer des habitudes alimentaires pour le reste de leur vie. Si la famille et l'école, ainsi que des forces sociales plus vastes, ont une incidence sur la disponibilité des aliments et sur les choix alimentaires, les enfants commencent toutefois à s'approprier leur alimentation. Cette période de transition est importante pour établir des habitudes alimentaires saines. Pour beaucoup d'enfants issus de milieux à revenu faible et intermédiaire, cette période correspond aussi à l'attribution d'attentes et de rôles traditionnels liés au genre : les filles sont souvent affectées à la cuisine et à la garde de leurs petits frères et sœurs, tandis que les garçons doivent aider la famille à générer des revenus⁵⁰.

Cette période de l'enfance est également marquée par une croissance constante et stable. La quantité de nourriture consommée par les enfants durant cette phase peut varier grandement. Leur appétit

et la quantité de nourriture qu'ils consomment sont susceptibles d'augmenter avant les poussées de croissance et de diminuer durant les périodes de croissance plus lentes⁵¹.

Des études montrent également que les enfants de cette tranche d'âge ont le potentiel nécessaire pour rattraper un retard de croissance précoce. Selon une étude réalisée en 2010 au Pérou, les enfants qui rattrapent leur retard de croissance avant l'âge de 6 ans ont d'aussi bons résultats aux tests cognitifs que les enfants qui n'ont pas eu de retard de croissance⁵².

Les schémas et besoins nutritionnels

Beaucoup trop d'enfants d'âge scolaire dans le monde ne mangent pas assez de fruits et de légumes et consomment trop de collations riches en sucres, en graisses saturées, en sodium et en sel qui sont mauvaises pour leur santé, telles que du pain, des biscuits, des bonbons, des glaces et des boissons édulcorées. Ces produits sont souvent destinés aux enfants et sont très populaires auprès des enfants de cette tranche d'âge. La faible consommation de fruits et de légumes est un phénomène inquiétant, car les enfants qui prennent l'habitude de manger des fruits et des légumes sont plus susceptibles de continuer d'en consommer une fois adultes⁵³. De nombreux ministères de la santé recommandent de consommer cinq portions de fruits et de légumes par jour, mais il est clair que beaucoup d'enfants sont loin de suivre ces recommandations. Dans une étude réalisée au Brésil, par exemple, aucun enfant âgé de 7 à 8 ans ne satisfaisait à l'indice de qualité de l'alimentation en matière de légumes. Les enfants dans les pays en développement, en particulier dans les foyers les plus pauvres et les zones rurales, tendent à avoir une alimentation composée d'un nombre restreint d'aliments de base, tels que des céréales, des racines ou des tubercules, qui contiennent peu de protéines⁵⁴.



© UNICEF/UN0283275/Frank Dejongh

Le surpoids et l'obésité chez les enfants ont des effets à court et à long terme

Dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à revenu faible ainsi que dans l'ensemble des systèmes alimentaires, l'alimentation est clairement liée au développement cognitif et à la réussite scolaire⁵⁵.

La **faim** est un facteur important. Les enfants ont besoin d'énergie pour se concentrer et participer aux activités scolaires. Ceux qui vont à l'école le ventre vide et qui ont faim toute la journée, que ce soit parce qu'ils ont fait l'impasse sur le petit-déjeuner ou parce qu'ils n'ont pas assez à manger, ont du mal à être attentifs en cours et à effectuer leurs tâches.

La **faim insoupçonnée** a également une incidence négative sur les résultats scolaires, car certaines carences en micronutriments ont des effets néfastes sur l'apprentissage. Des travaux de recherche ont montré qu'une carence en fer était liée à de moins bons résultats aux examens⁵⁶. L'anémie peut provoquer une fatigue et empêcher les enfants d'être attentifs en cours. Le fait d'avoir régulièrement une alimentation adaptée (en particulier au petit-déjeuner) a été associé à de meilleurs résultats scolaires, contrairement aux collations à base de produits ultra-transformés et aux aliments provenant de la restauration rapide⁵⁷.

La **malnutrition précoce** a des conséquences à long terme. Des carences en nutriments in utero ou durant la petite enfance nuisent à la réussite scolaire. Le retard de croissance, par exemple, présage de mauvais résultats scolaires tout au long de l'enfance⁵⁸.

Conscients de ces effets, certains programmes d'alimentation en milieu scolaire s'efforcent de fournir aux enfants une alimentation variée et de leur proposer des aliments qui leur apportent un éventail de nutriments. Par exemple, près de 45 % des élèves du Bhoutan bénéficient du programme national d'alimentation en milieu scolaire. Les carences en micronutriments constituent un problème majeur dans ce pays où une adolescente sur trois souffre d'anémie, généralement en raison d'une carence en fer. En 2017, une analyse réalisée par le Gouvernement a révélé qu'un

grand nombre de nutriments étaient absents des menus proposés dans les écoles du pays, notamment le fer, la vitamine B et le zinc, et que ces menus ne contenaient pas d'aliments assez variés. Face à ces problèmes, plusieurs initiatives ont été lancées. Le riz, qui constitue l'aliment de base au Bhoutan, a été enrichi et est désormais distribué à tous les établissements scolaires. Des spécialistes passent également en revue les menus des écoles afin d'augmenter la diversité et les apports nutritionnels des repas proposés.

Les risques et les inquiétudes concernant la nutrition chez les enfants d'âge scolaire

Dans la phase intermédiaire de l'enfance, le surpoids et l'obésité chez les enfants ont des effets à court et à long terme. À court terme, ils peuvent augmenter les facteurs de risques cardiovasculaires, notamment le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, un taux élevé de mauvais cholestérol et même l'athérosclérose, et peuvent aussi être liés à des maladies telles que l'asthme et l'inflammation systémique de bas grade⁵⁹. En raison de leur incidence sur les systèmes immunitaire et pulmonaire, ils augmentent également le risque d'infections⁶⁰, ce qui peut être particulièrement grave pour les enfants hospitalisés⁶¹. L'obésité infantile est aussi liée à des problèmes psychologiques et sociaux, tels qu'une faible estime de soi, une mauvaise image de soi et des problèmes comportementaux. Les filles sont plus vulnérables et leur vulnérabilité augmente avec l'âge⁶². À long terme, le surpoids et l'obésité infantiles multiplient par cinq le risque de présenter une surcharge pondérale à l'âge adulte⁶³ et sont associés à un éventail de troubles métaboliques, dont des problèmes de diabète, d'AVC, de taux élevé de triglycérides, de maladies cardiaques et d'hypertension⁶⁴.

Une étude a constaté que les enfants d'Afrique subsaharienne, en particulier dans les zones urbaines et les foyers à revenu plus élevé, passent plus de temps assis et font moins d'exercice, ce qui a des retombées sur leur santé et sur leur nutrition⁶⁵. Ils suivent l'exemple des enfants

des pays à revenu élevé, qui passent désormais plus de la moitié de leur journée à l'école assis en cours⁶⁶ et restent plus longtemps devant la télévision ou d'autres écrans à la maison.

L'absence de petit-déjeuner

Malgré l'existence de données probantes sur les bienfaits du petit-déjeuner, il est fréquent que les enfants d'âge scolaire à travers le monde fassent l'impasse dessus, ce qui les prive d'un repas qui favorise particulièrement la cognition, surtout chez les enfants sous-alimentés⁶⁷. Les raisons varient en fonction des contextes, mais un grand nombre d'enfants issus de milieux défavorisés ne peuvent tout simplement pas faire autrement – leur famille n'a pas les moyens ou le temps de les nourrir le matin. Beaucoup doivent se reposer sur la nourriture fournie ou achetée à l'école. Selon un rapport de l'OMS, deux tiers des pays d'Afrique, d'Amérique et d'Asie du Sud-Est fournissent des repas scolaires, mais cette pratique est beaucoup moins répandue en Europe et dans le Pacifique occidental⁶⁸. En conséquence, beaucoup d'enfants doivent attendre le dîner pour prendre un vrai repas et passent la majeure partie de la journée la faim au ventre, ce qui interfère avec leur attention en cours et sape leurs résultats scolaires. De tels effets ont notamment été consignés chez les enfants au Ghana et en Ouganda⁶⁹.

Bien que cela puisse sembler paradoxal, dans certains contextes, les enfants qui sautent le petit-déjeuner ont un IMC supérieur à leurs pairs qui ne sautent pas ce repas. Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande en 2007 explique ce phénomène par le fait que les enfants qui font l'impasse sur le petit-déjeuner consomment par la suite plus de collations (biscuits, bonbons, chips) et de boissons gazeuses sucrées riches en calories mais pauvres en nutriments entre les repas⁷⁰.

Il est important de remarquer que nous disposons de données limitées sur l'alimentation des enfants d'âge scolaire. De nombreuses études reposent sur des questionnaires auxquels les enfants répondent à l'école sans l'intervention de leurs parents. Or,

les enfants plus jeunes ont des difficultés à évaluer ce qu'ils mangent et ont tendance à surestimer les quantités⁷¹. À l'inverse, les élèves plus âgés, soucieux de leur image corporelle, ont tendance à ne pas rapporter tout ce qu'ils mangent, en particulier lorsqu'ils sont en surpoids ou qu'ils se considèrent comme étant en surpoids⁷².

L'environnement scolaire

Dans de nombreux pays, l'environnement alimentaire en milieu scolaire promeut la consommation d'aliments qui ne sont pas bons pour la santé et qui favorisent le surpoids et l'obésité. Les cantines scolaires ou les commerces de proximité et les échoppes de rue aux abords des écoles vendent souvent aux enfants des aliments ultra-transformés et des boissons à base de sucres ajoutés.

Faire évoluer l'environnement alimentaire dans le but de fournir des aliments plus sains est loin d'être aisé. Le Mexique, par exemple, a récemment pris des mesures pour réduire la disponibilité des aliments préjudiciables à la santé dans les écoles, mais continue de se heurter à des difficultés. En 2010, le Gouvernement a établi des directives en ce qui concerne les boissons et les aliments proposés dans les écoles élémentaires. Cependant, en 2017, une étude portant sur 39 établissements a montré que les aliments très caloriques interdits dans ces directives étaient toujours largement disponibles, alors que les légumes, les fruits et l'eau plate représentaient moins de 7 % des aliments et des boissons proposés dans les établissements scolaires⁷³. En outre, il est toujours fréquent de trouver aux abords des écoles, en particulier des écoles publiques, des publicités pour des boissons édulcorées, des gâteaux et des bonbons susceptibles d'influencer les choix des enfants en matière d'aliments et de boissons, d'autant que ces publicités mettent souvent en avant la présence de cadeaux ou de promotions spéciales⁷⁴.

Dans de nombreux pays, l'environnement alimentaire en milieu scolaire promeut la consommation d'aliments qui ne sont pas bons pour la santé et qui favorisent le surpoids et l'obésité

Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la dénutrition, en partie parce qu'ils connaissent une croissance et un développement rapides durant la puberté qui augmentent leurs besoins nutritionnels

Adolescence (de 10 à 19 ans) : des années déterminantes pour la nutrition tout au long de la vie

L'adolescence est une période marquée par un développement physique et psychosocial rapide et par l'ensemble des changements qui accompagnent la puberté. Les garçons

ont des besoins plus importants en nutriments pour soutenir l'accélération de leur croissance physique et osseuse ainsi que le développement de leur masse musculaire. Les filles, quant à elles, sont particulièrement vulnérables à la malnutrition et sont victimes de normes sexospécifiques traditionnelles qui les empêchent souvent de bénéficier d'aliments nutritifs, de possibilités d'éducation et de perspectives économiques⁷⁵. Elles ont également des besoins en fer plus importants que les garçons en raison de leurs poussées de croissance et de l'apparition de la menstruation.

Selon les estimations, la planète devrait compter 1,25 milliard de jeunes âgés de 10 à 19 ans en 2020, ce qui représente 250 millions d'adolescents de plus qu'en 1989. Cette grande cohorte doit absolument bénéficier d'une nutrition adaptée pour son bien-être actuel et à venir. Pourtant, dans le monde entier, les adolescents

n'arrivent pas à adopter un régime alimentaire qui leur permettra d'avoir une vie saine et productive une fois adultes. Les adolescents des régions rurales ont souvent des choix limités en matière d'aliments et sont exposés à des pénuries alimentaires saisonnières. Quant aux adolescents des zones urbaines, ils sont entourés d'enseignes de restauration rapide et de collations et de boissons pauvres en nutriments. Cependant, quel que soit le milieu dans lequel ils vivent, tous ont tendance à consommer des collations néfastes pour leur santé et des dizaines de millions d'adolescents souffrent de faim insoupçonnée.

Les habitudes alimentaires des adolescents et les risques pour leur santé

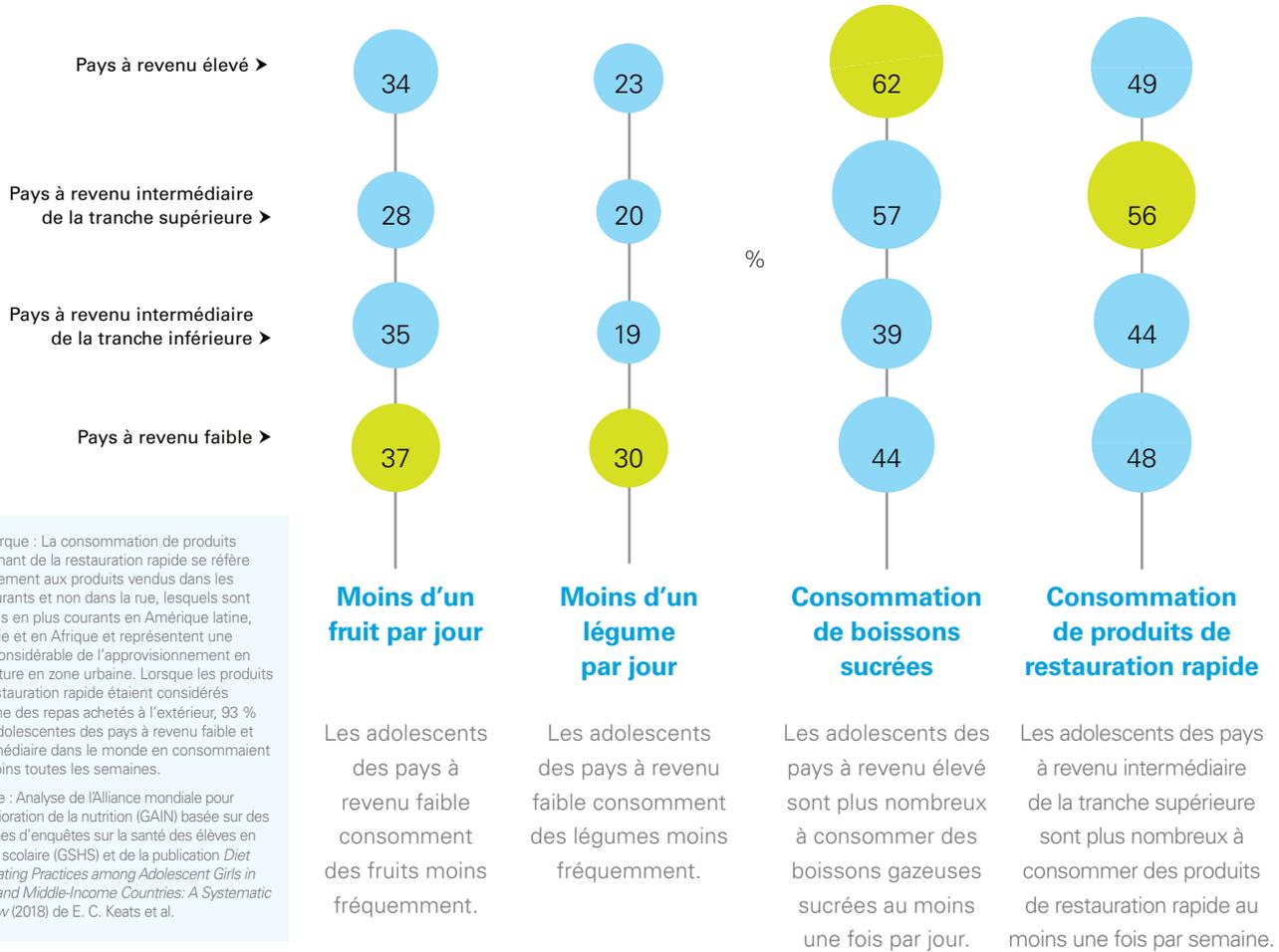
À l'instar des enfants plus jeunes, les adolescents qui vivent dans des pays à revenu faible et intermédiaire ont une alimentation généralement pauvre sur le plan nutritionnel. En effet, si 34 % des adolescents scolarisés consomment des fruits moins d'une fois par jour et 21 % consomment des légumes moins d'une fois par jour, 42 % boivent des boissons gazeuses au moins une fois par jour. Un peu moins de la moitié (46 %) consomment des aliments provenant de la restauration rapide au moins une fois par semaine. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la moitié des adolescentes issues de milieux à faible revenu et ruraux mangent moins de trois repas par jour, et la plupart ne prennent pas de petit-déjeuner ou le sautent. Elles ont également tendance à grignoter durant les heures passées à l'école et prennent généralement le repas du midi hors de chez elles⁷⁶.

Padma, 17 ans, discute avec des membres du club d'adolescentes de la manufacture de thé Muttock Tea Estate située dans le district de Dibrugarh de l'État d'Assam, en Inde. Le club vise à sensibiliser la population locale aux risques liés à la consommation de thé salé.
© UNICEF/UN0324156/Boro



Les habitudes alimentaires des adolescents varient en fonction du revenu de leur pays

FIGURE 2.8 | Régime alimentaire des adolescents en fonction des groupes de revenus de la Banque mondiale, 2008-2015



Les carences en nutriments, le surpoids ou l'obésité et la grossesse

Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la dénutrition, en partie parce qu'ils connaissent une croissance et un développement rapides durant la puberté qui augmentent leurs besoins nutritionnels. Une absence de nutrition adaptée risque de compromettre cette période essentielle pour leur croissance et leur développement et a des effets encore plus graves sur les 16 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et les 2,5 millions de filles âgées de moins de 16 ans qui donnent naissance à un enfant chaque année dans les pays en développement⁷⁷.

L'alimentation et la nutrition jouent un rôle décisif dans le développement du cerveau jusqu'à l'âge adulte. Chez l'adolescent, la sous-nutrition est associée à une détérioration des fonctions cognitives, à l'absentéisme scolaire et à un stress psychologique⁷⁸. Pour reprendre les propos du Dr Neville Golden, membre du Comité sur la nutrition de l'Académie américaine de pédiatrie et chef du département de médecine des adolescents à l'école de médecine de l'Université de Stanford en Californie, « [Les adolescents] qui ne s'alimentent pas bien deviennent irritables, déprimés [et] développent des problèmes comme l'obésité et des troubles de l'alimentation. Or, ces problèmes renferment toute une série de pathologies psychologiques⁷⁹. »

Si la prévention du retard de croissance durant les 1 000 premiers jours de vie reste une priorité, l'adolescence fournit une deuxième occasion d'optimiser les résultats des interventions nutritionnelles

Il a été démontré que le sucre était particulièrement nocif pour le cerveau des adolescents, qui est très réactif aux systèmes de récompense. S'il est difficile de résister aux aliments savoureux riches en sucres, en sel et/ou en graisses, une étude réalisée sur des animaux indique que les sujets qui avaient bu de l'eau sucrée durant l'adolescence étaient moins motivés et appréciaient moins les récompenses une fois adultes – deux comportements caractéristiques de la dépression et d'autres troubles de l'humeur⁸⁰.

La carence en fer est particulièrement problématique. Pour soutenir leur croissance et leur développement physique, les adolescents ont besoin d'apports nettement supérieurs en minéraux et en vitamines, notamment en fer pour les filles. La carence en fer et l'anémie ferriprive constituent les principales causes des années de vie corrigées du facteur incapacité (AVCI) à l'adolescence perdues par les filles âgées de 10 à 19 ans et les garçons âgés de 10 à 14 ans (une AVCI est égale à la perte d'une année en bonne santé). Si des progrès ont été réalisés en Asie du Sud, la région continue d'enregistrer les taux de carence en fer et d'anémie ferriprive les plus élevés au monde, suivie par l'Afrique subsaharienne⁸¹.

Après la carence en fer, la carence en iode est la deuxième forme la plus courante de faim insoupçonnée chez les adolescents. Le statut en iode s'est amélioré entre 2003 et 2017 à l'échelle mondiale. Le nombre de pays déficients en iode est passé de 54 à 19 et le nombre de pays ayant un apport adapté, de 67 à 111⁸². Le taux d'AVCI a diminué dans toutes les régions entre 1990 et 2015, mais les progrès ont ralenti au cours des dernières années.

Le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles connexes touchent de plus en plus d'adolescents dans la plupart des régions du monde⁸³. Si les tendances à la hausse se sont stabilisées dans de nombreux pays à revenu élevé, bien qu'à des niveaux importants, elles se sont

accélérées dans plusieurs régions d'Asie. Perdre du poids n'est pas facile. Un enfant qui devient obèse à l'adolescence est susceptible de rester obèse à l'âge adulte et d'être exposé à des risques élevés de maladies non transmissibles, telles que le diabète de type 2. Certaines données indiquent que l'obésité à l'adolescence peut laisser des séquelles permanentes au cerveau et contribuer à l'apparition précoce de dysfonctionnements cognitifs liés au vieillissement⁸⁴.

La grossesse engendre elle aussi une série de vulnérabilités nutritionnelles. Chaque année, près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant. La plupart sont issues de milieux défavorisés et, par conséquent, ont déjà un état nutritionnel inadéquat avant la conception. La grossesse augmentant les besoins en nutriments, ces adolescentes sont encore plus vulnérables⁸⁵. Elles font face à un risque accru de malnutrition en raison de la croissance et des besoins du fœtus, qui font concurrence à leurs propres besoins⁸⁶. Des études ont montré que la grossesse chez les adolescentes expose les futures mères à un risque plus élevé de complications et de retard de croissance et augmente les risques de complications médicales au moment de l'accouchement⁸⁷. Les retombées sur le nouveau-né sont bien plus importantes lorsque la grossesse a lieu au début de l'adolescence (lorsque la mère est âgée de moins de 16 ans) plutôt qu'à la fin de l'adolescence (lorsque la mère est âgée de 16 à 24 ans)⁸⁸.

Le rattrapage de croissance

Les enfants connaissent une croissance rapide durant l'adolescence. De fait, c'est la période durant laquelle ils grandissent le plus vite après la petite enfance⁹¹. Il est donc essentiel qu'ils aient une nutrition saine durant cette étape de leur vie, d'autant que des données suggèrent que les adolescents qui grandissent rapidement peuvent récupérer une partie du retard de croissance linéaire qu'ils ont subi durant la petite enfance – un phénomène connu sous le nom de « rattrapage de croissance ». Généralement, la prévalence du retard de croissance diminue avec l'âge, c'est-à-dire que certains enfants qui ont souffert d'un retard de croissance précoce atteignent une taille normale avant l'âge adulte⁹².

GROS PLAN

En quête d'habitudes alimentaires saines en Indonésie

Il est 8 heures du matin et le soleil tape déjà sur le terrain de sport situé devant un établissement de deuxième cycle du secondaire dans le kabupaten de Klaten, dans la province de Java central, en Indonésie. Le terrain est divisé en deux : entraînement de basketball d'un côté, et de tennis de l'autre, mais plusieurs élèves ne participent pas. « Je n'aime pas faire du sport en extérieur, il y a trop de poussière et il fait chaud ! », nous dit Zhafa en gloussant. À en juger par le nombre d'élèves qui se sont réfugiés à l'ombre pour discuter, elle n'est pas la seule à ne pas aimer cela.

Pour beaucoup d'élèves, ce cours de sport représente la seule occasion d'avoir une activité physique durant la semaine. Leur journée scolaire chargée ne leur laisse pas le temps de faire de l'exercice. L'école n'encourage pas non plus l'adoption d'habitudes alimentaires saines : les cours commencent à 6 h 45 et se poursuivent avec quelques pauses jusqu'en fin d'après-midi, ce qui explique en partie que les élèves sautent régulièrement le petit-déjeuner.

Selon une étude réalisée par l'UNICEF en 2017, près de la moitié des adolescents indonésiens ne prennent pas de petit-déjeuner à la maison et leur premier repas de la journée se compose d'une collation achetée à l'école⁹⁹. Aucune réglementation ne vient régir les produits alimentaires vendus dans les cantines scolaires, si bien que la nature des produits proposés est laissée en grande partie à la discrétion des établissements ou des fournisseurs. De

manière générale, le programme scolaire ne parle pas beaucoup de la nutrition et de l'importance de l'exercice physique.

Ces facteurs, combinés à des changements plus larges dans l'alimentation (tels qu'une consommation accrue d'aliments préjudiciables à la santé) et à l'industrialisation, ont contribué à multiplier par deux les taux de surpoids chez les adolescents entre 2004 et 2013. En raison de son histoire, l'Indonésie s'est toujours attachée à faire baisser la dénutrition, qui reste un problème majeur dans ce pays où près de 30 % des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance⁹⁰. Néanmoins, face à l'augmentation des problèmes de surpoids, le pays prend de plus en plus conscience de la nécessité d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements relatifs à l'alimentation et à l'activité physique des adolescents, des familles et des communautés.

Pour atteindre des élèves comme Zahfa, il est impératif d'intégrer des messages sur la nutrition et l'éducation physique dans le programme scolaire. « Soit je reste à la maison pour regarder la télé, soit je rejoins mes amis au café pour manger un truc et discuter », explique la jeune fille. Elle essaie de se rendre à la salle de sport une ou deux fois par semaine, mais elle a du mal à caser ces séances dans son emploi du temps. « Je finis les cours à 16 heures, si je vais à la salle de sport, je ne rentre pas à la maison avant 18 heures. C'est un rythme épuisant. » ■

Zhafa dans son école du kabupaten de Klaten, dans la province de Java central, en Indonésie. © UNICEF/Indonesia/2018



Pour les adolescents, l'avenir est bien trop abstrait et éloigné pour s'inquiéter des effets de leur régime alimentaire sur leur nutrition

La capacité de l'enfant à rattraper sa croissance dépend de nombreux facteurs, notamment la gravité du retard de croissance subi et l'environnement extérieur dans lequel il évolue durant l'adolescence. Certaines données suggèrent que les enfants qui connaissent un rattrapage de croissance ont de meilleurs résultats aux tests cognitifs que leurs pairs qui n'ont pas rattrapé leur croissance⁹³. Si ces conclusions sont prometteuses, les mécanismes physiques sous-tendant le rattrapage de croissance sont toutefois complexes et difficiles à mesurer⁹⁴. Davantage d'études doivent être réalisées pour évaluer la capacité des adolescents à effacer leurs déficits cognitif et physique.

L'adolescence peut donc fournir une occasion de rattraper la croissance, à condition de ne pas être

accompagnée par une prise de poids trop rapide. Les enfants sous-alimentés atteignent généralement la puberté plus tard, car leur corps retarde la maturation sexuelle afin de leur laisser davantage de temps pour grandir⁹⁵. Cependant, des études réalisées au Kenya et au Sénégal ont constaté qu'une prise de poids rapide chez les adolescents présentant un retard de croissance, induite par exemple par un emménagement en zone urbaine ou une adoption dans un environnement aisé, déclenchait la puberté, fermant ainsi cette « fenêtre » de croissance⁹⁶.

Une bonne nutrition est essentielle pour répondre aux besoins biologiques grandissants des adolescents. Si la prévention du retard de croissance durant les 1 000 premiers jours de vie reste une priorité, l'adolescence fournit une deuxième occasion d'optimiser les résultats des interventions nutritionnelles. Pour certains enfants, le rattrapage

ENCADRÉ 2.2 | Troubles alimentaires, alimentation et santé mentale des adolescents

Entre les inquiétudes relatives au poids et aux apparences physiques, la rapidité à laquelle le corps change, la pression de la société autour de la minceur, la mode des régimes et la pression exercée par les pairs, l'adolescence est une période de vulnérabilité accrue aux troubles de l'alimentation.

Le risque de développer un trouble de l'alimentation est déterminé par une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux. En effet, les troubles alimentaires ont un caractère héréditaire et plus de 50 % des risques de développer un trouble de l'alimentation sont imputables à des facteurs génétiques⁹⁷. Cependant, la pression sociale qui impose aux filles d'être minces et aux garçons d'avoir une faible masse grasseuse et une importante masse musculaire peut aussi engendrer des comportements susceptibles de les mener sur la pente glissante des troubles de l'alimentation⁹⁸. D'autres problèmes de santé mentale constatés à l'adolescence, tels que la dépression, l'anxiété et une faible estime de soi, sont également associés aux troubles alimentaires⁹⁹. Si ces troubles sont plus courants chez les filles, il est possible que l'on soit confronté à un problème de sous-diagnostic chez les garçons¹⁰⁰. Certains professionnels pourraient en effet partir du principe que ces problèmes ne touchent que les filles et ne pas reconnaître les symptômes des troubles alimentaires chez les garçons.

La qualité de l'alimentation et la disponibilité alimentaire ont également une incidence sur la santé mentale des adolescents. Selon une étude réalisée aux États-Unis auprès des mères, l'insécurité alimentaire, à savoir le fait de ne pas avoir eu accès à une quantité suffisante de nourriture pour pouvoir avoir un mode de vie sain et actif au cours de l'année écoulée, augmente les risques de problèmes comportementaux chez les enfants (comportements agressifs, anxiété/dépression et inattention/hyperactivité)¹⁰¹. Cependant, les enfants ne sont pas les seuls concernés par ces effets. De multiples études menées aux États-Unis ont constaté que les adolescents qui avaient signalé avoir subi une insécurité alimentaire au cours de l'année écoulée avaient un risque accru de recevoir un diagnostic de troubles de l'humeur ou de l'anxiété ou de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, et ce, indépendamment d'autres aspects relatifs à leur statut socioéconomique¹⁰². De fait, ces effets ont également été rapportés dans d'autres pays et continuent de toucher les adolescents tout au long de leurs études supérieures et au début de leur vie d'adulte, ce qui souligne l'importance de disposer d'aliments sains et adaptés à l'échelle mondiale, et ce, à toutes les phases du développement de l'enfant, autant pour son bien-être physique que mental¹⁰³. ■

de croissance constitue une deuxième et peut-être dernière chance de se remettre des carences dont ils ont souffert durant la petite enfance.

Les choix alimentaires des adolescents

Pour les adolescents, l'avenir est bien trop abstrait et éloigné pour s'inquiéter des effets de leur régime alimentaire sur leur nutrition et leur santé à long terme. La santé et la nutrition n'ont tout simplement pas de véritable influence sur l'alimentation de nombreux adolescents¹⁰⁴, contrairement à des facteurs extérieurs, comme le fait d'avoir de l'argent à dépenser dans des collations et des produits de restauration rapide, la pression des pairs et le désir social de s'intégrer, l'image corporelle et le marketing alimentaire.

Les petits boulots et l'argent de poche fournissent aux adolescents des revenus irréguliers, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire et élevé, qu'ils utilisent souvent pour acheter des collations néfastes pour leur santé¹⁰⁵. « Parfois, je prends la résolution de commencer à manger sainement, mais le lendemain matin, au lieu de me préparer une collation saine, ma mère me donne de l'argent pour m'acheter de quoi grignoter », affirme ainsi une adolescente en Iran. « Du coup, c'est normal que j'aie m'acheter des chips et des biscuits soufflés au fromage¹⁰⁶. »

L'image corporelle influe également sur les choix alimentaires. En fonction du contexte local, à l'adolescence, la plupart des garçons souhaitent prendre du poids et de la masse musculaire tandis que les filles s'inquiètent de prendre ou de perdre du poids, le tout dans le but d'être bien dans leur peau et attirants. Les troubles de l'alimentation ne touchent pas seulement les pays à revenu élevé. Les symptômes associés aux troubles alimentaires ont par exemple augmenté chez les femmes tanzaniennes âgées de 15 à 23 ans en raison d'une exposition accrue aux médias¹⁰⁷.

Tous les consommateurs sont influencés par le marketing, l'emballage et les symboles d'ascension sociale associés à la consommation de certains produits. Cependant, les adolescents sont particulièrement sensibles à ces facteurs. Les produits

de restauration rapide et les collations industrielles ont envahi les zones urbaines du monde entier et exercent un attrait particulier sur les jeunes, qui aiment se retrouver dans les salles propres et lumineuses des établissements de restauration rapide.

Au Guatemala, par exemple, le fait de fréquenter des enseignes de restauration rapide et de boire des sodas est le signe d'un statut social élevé et de réussite sociale : « Les familles qui avaient les moyens de manger dans une enseigne de restauration rapide étaient perçues comme appartenant à la classe moyenne ou supérieure. Les adolescents [...] des régions rurales "rêvaient" de manger du poulet frit dans une enseigne de restauration rapide et les adolescents issus de milieux économiques plus défavorisés attendaient avec impatience de pouvoir consommer des sodas pour des occasions spéciales. [...] Ils achetaient principalement ces collations à cause de leur goût ("juste parce que c'est bon"), d'idées associées au produit en question ("ça donne de l'énergie") et de la pression de leurs pairs et du désir d'acceptation sociale ("tout le monde en achète")¹⁰⁸. »

Conclusion

Chaque étape de l'enfance s'accompagne de besoins nutritionnels ainsi que de comportements et d'influences alimentaires particuliers. Cependant, que ce soit parce qu'ils ne sont pas exclusivement nourris au sein durant les premiers mois de leur vie, parce qu'ils n'ont pas une alimentation variée durant la petite enfance ou parce qu'ils consomment trop de sucres, de sel et de graisses durant l'adolescence, certains enfants n'ont pas un régime alimentaire adapté pour grandir en bonne santé et en subiront les conséquences tout au long de leur vie.

La malnutrition des enfants à différents âges est le reflet d'une combinaison de facteurs à l'échelle individuelle, familiale et sociétale au sens large. Pour comprendre les nombreuses causes de la malnutrition, il est indispensable de ne pas limiter notre analyse aux différentes étapes de l'enfance. ■

La malnutrition des enfants à différents âges est le reflet d'une combinaison de facteurs à l'échelle individuelle, familiale et sociétale au sens large

SECTION SPÉCIALE

Qu'est-ce qu'une alimentation saine ?

Que doivent manger les enfants ? Cette question a l'air simple, mais beaucoup de parents et de personnes qui ont la charge d'enfants, sans parler des enfants eux-mêmes, ont du mal à y répondre. La composition exacte d'une alimentation saine dépend du contexte individuel et local de chacun. Cependant, une alimentation saine doit impérativement contenir des fruits et des légumes, des céréales complètes, des fibres, des fruits à coque et des graines, et, durant la phase d'alimentation complémentaire, des aliments d'origine animale. En outre, elle doit limiter la consommation de sucres libres, de collations et de boissons sucrées, de viandes transformées, d'acides gras saturés et industriels et de sel¹⁰⁹.

Quatre-vingt-dix pays ont élaboré des directives en matière d'alimentation qui reposent souvent sur les recommandations émises par des organisations internationales. Ces directives prennent la forme de conseils diététiques clairs et compréhensibles qui peuvent également être visualisés sur des supports simplifiés¹¹⁰. Cependant, elles ne prennent souvent pas en compte les différentes phases du développement de l'enfant et s'appuient sur des recommandations qui ne sont pas harmonisées à l'échelle mondiale. Parallèlement, les pays luttent pour fournir des lignes directrices claires face à des environnements alimentaires modernes en pleine mutation, dans lesquels les produits alimentaires ultra-transformés et emballés prennent de plus en plus de place dans l'alimentation quotidienne des enfants. Les recommandations diététiques peuvent également prendre une tournure politique lorsque les producteurs de denrées alimentaires réagissent aux recommandations des gouvernements qui exhortent le public à moins consommer leurs produits. Par ailleurs, les données dont nous disposons sur les apports nutritionnels et les modes de consommation alimentaire au fil du temps sont extrêmement limitées, ce qui complique davantage la conception et la mise à jour de ces directives.

La plupart des recommandations diététiques émises à l'échelle nationale préconisent une alimentation variée composée de quatre ou cinq groupes d'aliments :

- Des fruits et des légumes (qui doivent souvent constituer la moitié des apports quotidiens) ;
- Des céréales complètes et des féculents ;
- Des protéines maigres et des produits laitiers ;
- Une consommation limitée de sucres, de graisses et de sel.

Les apports énergétiques des enfants de toutes les tranches d'âge doivent être cohérents avec leurs dépenses énergétiques de manière à prévenir le surpoids et l'obésité. Si l'on peut

appliquer des recommandations communes à toutes les phases de l'enfance, il convient de suivre des recommandations spécifiques pour les enfants âgés de 0 à 2 ans :

- L'allaitement exclusif au sein doit être pratiqué de la première heure de vie à l'âge de 6 mois et l'allaitement doit ensuite être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ;
- À l'âge de 6 mois, des aliments complémentaires nutritifs et sûrs (aliments liquides, semi-solides et solides) doivent être introduits progressivement dans l'alimentation des enfants, en insistant sur un large éventail d'aliments riches en fer et en nutriments, dépourvus de sucres, de sel ou de graisses ajoutés, tels que les aliments d'origine animale pauvres en graisses (œufs, viande, poisson et produits laitiers), les fruits et les légumes, les légumineuses, les fruits à coque et les céréales.

Les débats sur la nutrition et la santé publique dans les médias et parmi les décideurs politiques sont souvent influencés par des controverses, des modes passagères et les pressions exercées par des groupes qui ont des intérêts commerciaux, mais s'appuient souvent peu sur des données scientifiques ou reposent sur une mauvaise interprétation ou une simplification excessive de ces données. Cette situation risque de brouiller les éléments de preuve disponibles et de dissuader les décideurs politiques de la nécessité de prendre des mesures. Les controverses relatives aux conflits d'intérêts portant sur le financement de la recherche en nutrition, en particulier lorsque ces financements proviennent de l'industrie alimentaire, sont venues semer encore plus le trouble dans l'esprit du public sur ce qui constitue réellement une alimentation saine. Par exemple, une étude examinant les effets des boissons sucrées sur la santé financée par des acteurs de l'industrie aura systématiquement plus de chances de conclure que ces effets sont « moindres ou nuls » qu'une étude indépendante¹¹¹. Cette absence de financement indépendant de la recherche en vue de



Au « Baby Café » du village de Pandas dans le kabupaten de Klaten, en Indonésie, de petits bols contenant des portions individuelles de riz, de légumes, de viande et de haricots sont distribués aux enfants. Les parents et grands-parents viennent au café chaque matin pour acheter de la nourriture préparée par des « cadres » (agents de santé de proximité bénévoles). Les « cadres » aident à améliorer la nutrition infantile en fournissant des informations et des conseils aux mères. © UNICEF/UN04263/Estey

l'élaboration de recommandations diététiques et d'interventions nutritionnelles reposant sur des données probantes limite l'incidence des lignes directrices en matière de nutrition. Par le passé, les politiques et les programmes nutritionnels s'appuyaient souvent sur la notion de « connaissances » pour susciter une évolution des comportements, dans l'idée que le public ferait de meilleurs choix alimentaires s'il était sensibilisé et disposait de lignes directrices en matière d'alimentation. Cependant, seules, les connaissances ne suffisent pas à améliorer nos régimes alimentaires. Pour cela, il est impératif de mettre en place des politiques plus larges, de faire évoluer les comportements et d'adopter des stratégies environnementales, d'autant que les sommes investies par les gouvernements dans la sensibilisation du public et dans les campagnes de communication sont moindres par rapport au budget de l'industrie alimentaire en matière de marketing. Même en disposant d'informations nutritionnelles, les consommateurs risquent de choisir des produits moins bons pour la santé pour la simple raison qu'ils ont meilleur goût, qu'ils sont moins chers ou plus pratiques¹¹².

Au cours des dernières années, le Brésil a étudié les pratiques alimentaires quotidiennes de la population et s'en est servi pour publier des recommandations de bon sens à l'intention du public. Les chercheurs ont examiné les données disponibles et se sont rendu compte que les Brésiliens cuisinaient moins chez eux et consommaient davantage d'aliments transformés et emballés, ce qui engendrait des problèmes nutritionnels comme le surpoids, l'obésité et des maladies non

transmissibles liées à l'alimentation. Carlos Monteiro dirige le Centre d'études épidémiologiques sur la santé et la nutrition de l'Université de São Paulo, qui a contribué à l'élaboration de ces recommandations. Selon lui, « plus les gens utilisaient des produits prêts à la consommation, plus ils avaient de problèmes liés à l'alimentation. [...] Les personnes qui avaient gardé l'habitude de préparer des repas à base d'aliments frais avaient une meilleure alimentation. La bonne nouvelle, c'est que ces personnes ne font pas partie des plus riches. Elles ont un revenu inférieur et beaucoup vivent dans des régions reculées du Brésil. » Le guide publié par le Gouvernement explique au public quoi manger et comment (en cuisinant davantage à la maison et en prenant les repas en famille) et contient une « règle d'or » : toujours préférer les aliments naturels ou transformés de manière minimale et les plats et les repas fraîchement préparés aux aliments ultra-transformés^{113,114}.

Bien que nous ayons acquis une meilleure compréhension de ce qui constitue une alimentation saine pour les enfants au cours des dernières années, nous n'avons toujours pas réussi à définir de régime alimentaire optimal pour les enfants en fonction de leur âge ni pour les enfants vivant dans des régions géographiques et dans des environnements alimentaires différents. Le fait de débloquer des financements pour la recherche pourrait nous permettre d'acquérir une meilleure compréhension de leurs besoins et de mettre en place des recommandations diététiques de meilleure qualité reposant sur des données probantes, ainsi que des interventions nutritionnelles efficaces à grande échelle. ■



PERSPECTIVE

Des femmes innovent avec des activités communautaires en faveur de la nutrition infantile dans une région rurale de Tanzanie

Scholastica Nguli,
Fondatrice,
Rondo Women's
Development
Organisation,
Tanzanie

En Afrique, les villages ruraux isolés sont souvent synonymes de pauvreté et de malnutrition. Toutefois, ce n'est pas le cas du petit village de Rondo, dans le sud-est de la Tanzanie, où des femmes ont tout simplement refusé de voir leurs enfants mourir ou souffrir de retards de croissance. Elles ont plutôt entrepris d'informer les membres de leur communauté pour les inciter à adopter un mode de vie basé sur une alimentation saine. Elles parcourent jusqu'à sept kilomètres à pied pour faire des visites aux familles, ou pour présenter des exposés dans des centres de santé où les femmes se rassemblent souvent. Ces femmes accomplissent de telles activités, susceptibles de changer le cours d'une vie, en sus de leurs exigeantes tâches quotidiennes qui consistent notamment à travailler la terre, ramasser du bois de chauffage, préparer la nourriture pour leur famille et s'occuper de leurs enfants.

Puisque l'absence de sensibilisation à l'allaitement maternel constitue l'un des facteurs qui sous-tendent le fardeau de la malnutrition infantile dans la zone de Rondo, les membres de la Rondo Women's Development Organisation (ROWODO, Organisation pour le développement des femmes de Rondo) ont décidé de diffuser leurs connaissances dans les établissements de santé, en rendant visite aux ménages et en organisant des réunions publiques, pour faire en sorte que la nutrition

devienne une priorité – et, en fin de compte, pour mettre un terme à la faim, concrétiser la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable.

La ROWODO se heurte à une série d'obstacles qui entravent les efforts qu'elle déploie pour mettre fin à la malnutrition, au premier rang desquels les croyances culturelles. La plupart des membres des communautés de la zone de Rondo mettent fin à l'allaitement maternel très peu de temps après la naissance des enfants et jettent le lait maternel parce qu'ils le croient dangereux pour leurs bébés. Cela empêche l'absorption, par les bébés, de vitamines importantes contenues dans le premier lait des mères consécutivement à la naissance.

L'inégalité entre les genres constitue un autre obstacle. Puisque la plupart des hommes ne participent pas aux tâches domestiques, les mères assument une lourde charge de travail, qui consiste par exemple à aller chercher de l'eau au puits, aller chercher du bois de chauffage dans la forêt, préparer la nourriture pour la famille et entretenir l'habitation. Ces mères sont si occupées que l'alimentation des enfants en souffre.

La ROWODO se heurte également au problème de l'alimentation des enfants avec une nourriture autre que le lait maternel avant l'âge

Scholastica Nguli, Fondatrice de la Rondo Women's Development Organisation (ROWODO, Organisation pour le développement des femmes de Rondo), travaille depuis 2011 à réduire les décès d'enfants causés par la malnutrition dans la zone de Rondo, dans la région de Lindi, en Tanzanie. La ROWODO est membre du Partnership for Nutrition in Tanzania (PANITA, Partenariat pour la nutrition en Tanzanie), qui rassemble 300 organisations de la société civile.



© UNICEF/UNI197919/Schermbrucker

de 6 mois. Très souvent, lorsqu'un enfant pleure sans cesse, la mère croit que c'est parce qu'il a faim et que le lait maternel ne le rassasie pas. Elle commence alors à lui donner une bouillie faite de farine de manioc, ce qui est contre-indiqué. Dans bien des cas, également, la famille s'adresse à un guérisseur traditionnel lorsque l'enfant est souffrant, au lieu de se rendre à l'hôpital. Cela aggrave la malnutrition et contribue à la hausse des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Pour lutter contre la malnutrition dans la zone de Rondo, la ROWODO :

- Fournit des informations aux mères, soit individuellement dans le cadre de visites familiales, soit en organisant des discussions dans les cliniques maternelles, sur l'importance de l'allaitement exclusif après la naissance, au moins jusqu'à ce que le bébé ait atteint l'âge de 6 mois ;
- Renseigne les parents sur les dangers qu'il y a à donner aux bébés de moins de 6 mois des aliments autres que le lait maternel ;
- Fournit des renseignements sur l'importance de nourrir les

jeunes enfants jusqu'à l'âge de 2 ans avec des aliments riches en nutriments comme le manioc, les lentilles, les haricots et des produits céréaliers tels que l'ulezi (millet), cultivés localement ;

- Brise de vieux mythes – par exemple, le mythe voulant qu'une femme enceinte ne doit pas manger d'œufs.

Les femmes de Rondo sont l'action personnifiée, à une époque où la majeure partie de la société attend du Gouvernement qu'il lutte à lui seul contre la malnutrition. Souvent, les communautés considèrent la malnutrition comme un problème trop gigantesque et croient qu'elles ne peuvent rien faire pour améliorer les choses. Or, l'action menée par les femmes de Rondo montre qu'il existe des solutions à la portée des communautés pour mettre fin à la malnutrition.

Toutes les interventions comptent – qu'il s'agisse d'allaiter, de se laver les mains avant de manger, de maintenir un environnement propre ou de boire une eau potable. Il n'y a pas d'approche unique qu'une communauté doit adopter pour apporter d'importants changements. L'exemple de Rondo montre que l'action collective a un net effet sur l'éradication de la malnutrition dans une communauté. ■



03 LA MALNUTRITION DANS UN MONDE EN MUTATION

La mondialisation, l'urbanisation, les chocs climatiques et les situations d'urgence aggravent les perspectives nutritionnelles de millions d'enfants démunis et exclus. Pour beaucoup, le manque d'accès à des aliments nutritifs, sûrs, abordables et durables est exacerbé par la menace des maladies liées à une eau insalubre et à un piètre assainissement. Transformer la nutrition est essentiel pour donner à ces enfants une chance de réaliser leur potentiel et pour mettre fin à ce cycle intergénérationnel de pauvreté.



- La mondialisation a tout modifié, de la manière de récolter les cultures à la façon de présenter la nourriture dans les supermarchés. Seules 100 grandes entreprises se partagent 77 % des ventes d'aliments transformés dans le monde.



- D'ici à 2050, 70 % des adolescents dans le monde vivront en ville et seront davantage exposés au marketing des aliments préjudiciables à la santé et plus vulnérables aux maladies liées à l'alimentation.



- Si nous n'agissons pas, les changements climatiques entraîneront pour les générations à venir des problèmes accrus d'insécurité alimentaire et de malnutrition.

La pauvreté et l'exclusion contraignent les enfants les plus défavorisés à porter le fardeau de la malnutrition sous toutes ses formes

Introduction

Dans les milieux urbains et ruraux, des régimes alimentaires de piètre qualité menacent la survie, la croissance, le développement cérébral et le potentiel de vie des enfants démunis et exclus, les condamnant à transmettre leur

condition à la génération suivante. Notre monde a beau être en mutation permanente, ce problème est toujours autant d'actualité, si ce n'est plus, qu'il ne l'était il y a des décennies de cela.

Le monde a indéniablement changé. Nous disposons d'un nombre croissant de données sur la nutrition, que ce soit sur l'importance de la nutrition maternelle avant et pendant la grossesse, sur l'allaitement exclusif au sein et la nécessité de donner des premiers aliments variés, ou sur les bonnes pratiques en matière de soins et d'hygiène durant la petite enfance. Ces données nous fournissent des informations essentielles à l'instauration d'une bonne nutrition durant les 1 000 premiers jours de vie, la phase intermédiaire de l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, pour les générations actuelles et les générations à venir.

La mondialisation, l'urbanisation sauvage et les chocs climatiques provoquent aussi des changements, à la fois positifs et négatifs, au niveau de l'alimentation, qui ont une incidence sur les possibilités et les choix alimentaires des familles. Celles qui ont des revenus confortables ont peut-être accès à des aliments variés et nutritifs, mais beaucoup en sont privées. La pauvreté et l'exclusion contraignent les enfants les plus défavorisés à porter le fardeau de la malnutrition sous toutes ses formes et, par conséquent, des maladies non transmissibles les plus graves.

Une science émergente

Une nourriture nutritive est *nécessaire*, mais n'est pas *suffisante*, pour garantir que les enfants grandissent bien. Les maladies diarrhéiques et d'autres maladies minent la nutrition de dizaines

de millions d'enfants à travers le monde, de même que des pathologies moins connues, comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Un nombre croissant de données probantes montrent qu'une mauvaise alimentation abîme la flore intestinale de l'enfant, l'exposant à un risque accru d'infection, et que l'insuffisance ou la surcharge pondérale chez la mère peut être à l'origine de cycles intergénérationnels de malnutrition.

Le fait d'acquérir de nouvelles connaissances dans des domaines comme l'hygiène et l'assainissement, le microbiome et l'épigénétique pourrait nous aider à prévenir les maladies et les mauvais résultats nutritionnels, et ce, des 1 000 premiers jours de vie de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

L'hygiène et l'assainissement

La malnutrition est responsable de 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans. La diarrhée est particulièrement mortelle pour les enfants sous-alimentés : en 2016, elle a tué plus de 700 enfants de moins de 5 ans chaque jour¹. La plupart des cas de diarrhée chez les enfants sont liés à la consommation d'une eau insalubre ou d'aliments contaminés au sein du foyer, ou à une contamination fécale sur la volaille ou le bétail. Un mauvais assainissement favorise la propagation des maladies infectieuses et des vers intestinaux ainsi que le développement de pathologies telles que l'entéropathie environnementale.

Notre compréhension du rôle de l'hygiène et de l'assainissement dans la malnutrition évolue. Par exemple, une étude récente suggère que les normes actuelles en matière d'hygiène et d'assainissement sont loin d'être suffisantes et doivent être considérablement renforcées pour protéger les enfants du retard de croissance. « On pense traditionnellement qu'on arrivera à prévenir la malnutrition chez les enfants en améliorant l'accès à la nourriture et en sensibilisant les familles. Mais ce type d'interventions continue d'échouer », affirme ainsi l'auteur principal d'une étude réalisée dans les régions rurales de la Gambie⁷. « Le seuil d'hygiène nécessaire pour que les enfants puissent grandir

ENCADRÉ 3.1 | Facteurs déterminants de la malnutrition maternelle et infantile

Lorsque les enfants et les femmes mangent correctement, tout le monde se porte mieux. Les enfants qui bénéficient d'un régime alimentaire nutritif, sûr et varié sont en mesure de se développer sainement, tant sur le plan physique que cognitif, de réussir leurs études et de mener une vie saine.

Fournir une alimentation saine aux enfants à toutes les étapes de leur croissance requiert non seulement des aliments de qualité, disponibles en permanence, accessibles et abordables, mais aussi plusieurs facteurs supplémentaires. Pour alimenter correctement leurs enfants, les familles ont besoin de ressources. Cela comprend non seulement de l'argent, mais aussi des connaissances sur la manière de trouver et de fournir des aliments sains. Elles ont besoin de

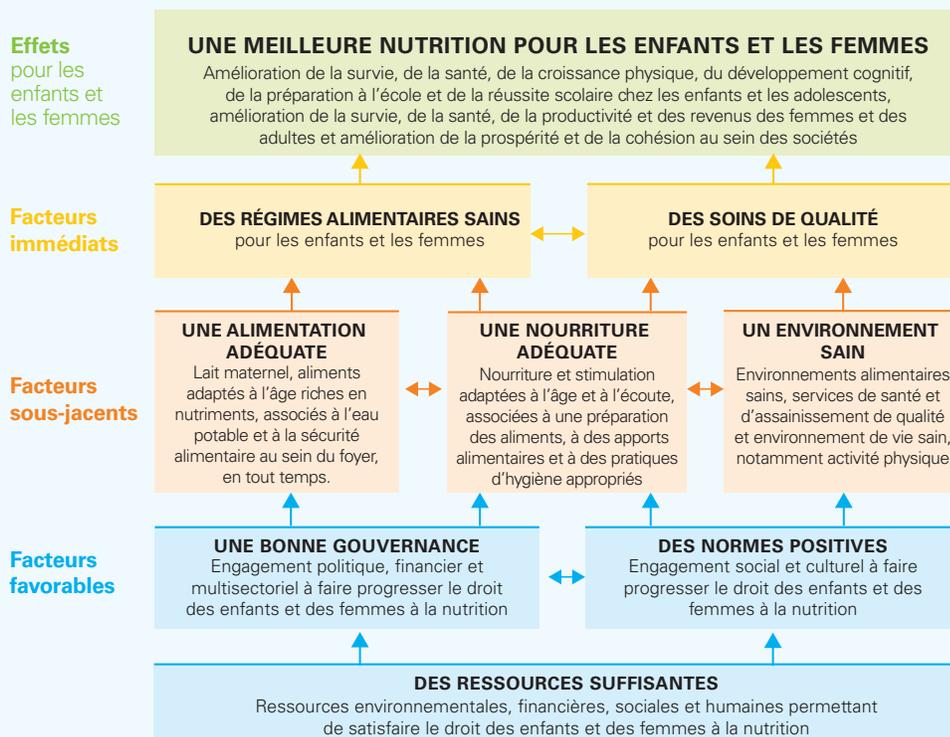
soutien pour surmonter la pression financière et les contraintes de temps. Elles ont besoin d'avoir accès à des services de santé de qualité et à un environnement sain, libéré des maladies et de l'insalubrité.

D'autres forces plus larges, telles que l'engagement politique, les priorités économiques et les normes sociales, influent aussi sur l'alimentation des enfants.

Pour mieux comprendre et relever ces défis complexes de grande envergure, l'UNICEF a élaboré un Cadre conceptuel des facteurs déterminants de la nutrition maternelle et infantile à l'horizon 2020. Ce cadre s'appuie sur le cadre relatif aux causes de la dénutrition chez l'enfant élaboré par l'UNICEF en 1990, prend en compte

les multiples formes de la malnutrition maternelle et infantile ainsi que leur évolution permanente, et intègre de nouvelles connaissances sur les facteurs de la malnutrition.

Ce cadre conceptuel propose une stratégie positive pour améliorer la nutrition maternelle et infantile et prévenir la malnutrition sous toutes ses formes chez les enfants, les adolescents et les femmes. Il fournit une clarté conceptuelle sur les facteurs déclencheurs, sous-jacents et immédiats d'une meilleure nutrition maternelle et infantile et sur les effets de cette nutrition sur les enfants, les adolescents et les femmes (voir ci-dessous). Il oriente également la Stratégie mondiale de l'UNICEF en faveur de la nutrition maternelle et infantile pour la période 2020-2030. ■



L'engagement politique, les priorités économiques et les normes sociales influent également sur l'alimentation des enfants



Des enfants se lavent les mains dans un camp de réfugiés de Bétou, en République démocratique du Congo.
© UNICEF/UN0327817/Diefaga

correctement est très élevé – les communautés ont besoin de disposer de meilleures conditions de vie et d’être raccordées à l’eau salubre directement chez

elles. Ces conclusions devraient encourager les gouvernements à redéfinir leurs priorités, de manière à axer leurs efforts sur l’amélioration des logements et de l’accès à l’eau salubre⁸. »

La sécurité alimentaire

La contamination de la nourriture, qu’elle provienne de l’environnement ou de microorganismes, a des conséquences graves sur la santé des enfants. Les nourrissons et les enfants, dont le système métabolique n’a pas fini de se développer, sont particulièrement vulnérables à ces menaces qui risquent de perturber de manière permanente et irréversible la maturation de leurs principaux organes⁹. Dans un tel contexte, l’allaitement est la mesure la plus efficace pour prévenir ces risques chez les nourrissons, qui sont particulièrement

vulnérables aux maladies d’origine alimentaire et aux maladies transmises par l’eau.

Les parasites, les virus et les bactéries, telles que la salmonelle et *E. coli*, sont naturellement présents sur la nourriture crue et peuvent provoquer des maladies graves. En l’absence de bonnes pratiques d’hygiène, telles que le fait de se laver régulièrement les mains avec du savon, la manipulation des aliments durant leur préparation ou leur stockage peut provoquer des intoxications alimentaires.

Les effets de la contamination par l’eau, l’air ou le sol et l’exposition aux antibiotiques et aux pesticides ont largement été documentés au cours des dernières années, ce qui a suscité une demande d’aliments bio et sans pesticides, en particulier dans les pays à revenu élevé. Les chercheurs et la communauté scientifique examinent aussi les effets de l’exposition aux additifs alimentaires et aux substances présentes dans les emballages en contact avec la nourriture, telles que le plastique.

Le microbiome

Souvent appelé le « deuxième cerveau » du corps, le microbiote intestinal a fait l’objet d’études de plus en plus nombreuses et d’une attention accrue au cours des dernières années. L’importance de ses effets sur la santé physique et mentale est de plus en plus claire, de même que son rôle sur les fonctions du système immunitaire.

Notre corps héberge des billions de microbes qui jouent un rôle fondamental dans notre nutrition et notre croissance. Ces petits invités présents sur nos intestins non seulement métabolisent la nourriture que nous mangeons et influent sur notre poids et notre développement cognitif¹¹, mais ils renforcent aussi notre système immunitaire. Ils prédisent même notre vulnérabilité à développer des maladies, dont l’obésité¹².

À l’âge de 3 ans, les enfants ont développé la majeure partie de leur microbiome¹³. Nous ne savons toujours pas si le microbiome commence à se développer durant la grossesse ou lors

ENCADRÉ 3.2 | L'entéropathie environnementale

Les effets délétères de la diarrhée aiguë sur la santé sont bien connus. Cependant, même dans des populations en bonne santé ou ayant bénéficié d'interventions visant à réduire la diarrhée, de nombreux enfants ne connaissent pas une croissance normale². Si la cause exacte de ce défaut de croissance n'est toujours pas connue, de plus en plus de regards se tournent vers l'entéropathie environnementale.

L'entéropathie environnementale est un trouble subclinique induit par une exposition chronique à des agents pathogènes fécaux qui provoque une inflammation et une détérioration des intestins, réduisant la capacité du corps à absorber les nutriments. L'entéropathie environnementale est fortement associée au retard de croissance et à la carence en fer³. La

prévalence de cette pathologie est particulièrement forte dans les populations en situation de pauvreté⁴. Les marqueurs biologiques de l'entéropathie environnementale sont retrouvés chez les enfants vivant dans des environnements insalubres et sont associés à des niveaux élevés de retard de croissance⁵.

L'entéropathie environnementale peut également entraver le développement cognitif et la réussite scolaire des enfants. Une étude longitudinale portant sur huit pays à revenu faible et intermédiaire a constaté une association entre un nombre élevé d'infections entériques et de moins bons résultats aux tests cognitifs chez les enfants de 2 ans, qu'ils soient ou non touchés par la diarrhée⁶. ■

de l'accouchement, mais nous savons que les premières heures, les premiers jours et les premières années de vie sont décisifs. Des microbes présents sur le canal génital et le vagin sont transmis au bébé durant l'accouchement, provoquant une importante réponse immunitaire. Pratiquer l'allaitement et le peau à peau durant la première heure de vie contribue à la création d'un microbiome sain chez l'enfant. Le lait maternel contient des protéines, des oligosaccharides produits par le lait humain et des probiotiques qui améliorent la santé et le développement cérébral. D'autres affirment que le lait maternel constitue « probablement le médicament le plus adapté aux besoins de l'enfant que celui-ci est susceptible de recevoir, et ce, pendant une période durant laquelle l'expression génétique s'établit pour le reste de la vie¹⁴ ».

L'exposition aux antibiotiques (que ce soit in utero ou durant la petite enfance), la naissance par césarienne, les préparations alimentaires pour nourrissons et l'absence de premiers aliments variés constituent autant de menaces à ce développement. Ces situations perturbent l'établissement du microbiome et peuvent avoir des conséquences néfastes sur la nutrition et la santé de l'enfant¹⁵, en le rendant plus vulnérable aux allergies et à l'asthme, par exemple¹⁶.

L'introduction de premiers aliments variés dans l'alimentation du nourrisson après les six premiers mois de vie contribue à créer une diversité bactérienne qui l'aide à digérer les fibres, les féculents et les protéines. Une alimentation plus variée aide le microbiome à effectuer une plus grande série de tâches métaboliques. Des régimes alimentaires adaptés, essentiellement végétariens et riches en fibres et en protéines, contribuent à la création de microbiomes sains.

Dans la même logique, le fait de consommer des aliments transformés riches en sucres, en sel, en graisses et en additifs perturbe le microbiome et favorise l'obésité, le diabète et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin¹⁷. Les additifs présents dans certains aliments, tels que la mayonnaise et la glace, peuvent par exemple rompre la barrière de protection formée par le mucus intestinal qui sépare les microbes de la paroi intestinale et produire des protéines responsables d'une inflammation de l'intestin¹⁸.

Le microbiome intestinal a également une influence sur nos choix alimentaires. Une étude a montré que les microbes communiquent avec le cerveau, au moyen de ce que l'on appelle l'« axe intestin-

La contamination de la nourriture a des conséquences graves sur la santé des enfants

Les microbes indiquent au corps le type de nourriture dont il a besoin via l'« axe intestin-cerveau »

cerveau », afin de lui indiquer le type particulier de nourriture que le corps a besoin de recevoir. Cette communication pourrait même commencer lors de l'allaitement : les besoins de l'enfant sont communiqués à la mère par le contact de la salive sur le téton, formant une boucle de rétroaction¹⁹.

chez la mère ont tous les deux une incidence néfaste sur le développement de l'enfant, notamment sur le développement de son métabolisme, « alimentant [un] cycle intergénérationnel de malnutrition²¹ ». Davantage de recherches doivent être menées sur les effets complexes de la nutrition maternelle – et paternelle – sur les enfants, en particulier dans des domaines émergents tels que l'épigénétique.

Nous avons encore beaucoup de choses à découvrir sur le rôle et le développement du microbiome dans la petite enfance. Nous manquons par exemple de connaissances sur le microbiote intestinal des enfants durant les deux premières années de vie dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Davantage d'études doivent également être réalisées sur le lien entre le microbiome de la mère durant la grossesse et l'accouchement et le retard de croissance chez le nourrisson²⁰.

Compte tenu de l'augmentation des taux d'obésité dans le monde, une attention accrue est portée aux effets négatifs du surpoids et du diabète maternels sur la santé et la nutrition de la mère, ainsi que sur la santé et la nutrition de son enfant et des enfants des générations à venir²⁴. Aujourd'hui, le surpoids maternel²⁵ est le facteur de risque le plus courant de la grossesse²⁶.

Cycles intergénérationnels de malnutrition

La santé et l'état nutritionnel de la mère jouent un rôle déterminant dans la santé et l'état nutritionnel de l'enfant (voir chapitre 2). La dénutrition et le surpoids

Le surpoids chez la mère est étroitement associé au risque de l'enfant de développer une maladie métabolique tout au long de sa vie. Des études du monde entier font état d'une association entre le surpoids maternel et le surpoids chez les enfants de la génération suivante aux âges de 21 et de 32 ans, et même de 62 ans, selon la cohorte d'Helsinki. Selon cette même cohorte, le surpoids chez la mère a également une incidence sur les fonctions physiques et psychosociales de l'enfant à la fin de sa vie d'adulte^{27,28}.

ENCADRÉ 3.3 | Les additifs

Aux États-Unis, selon les estimations, 10 000 produits chimiques seraient autorisés dans la nourriture et ses emballages, et ce, malgré la présence d'un vide considérable de connaissances sur leur innocuité. En 2018, l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) a publié une déclaration de principe demandant la mise en place de réformes sur la réglementation des additifs alimentaires. Elle insistait sur le caractère inquiétant du bisphénol A, des phtalates, des substances perfluoroalkylées, du perchlorate, des colorants alimentaires artificiels et des nitrates/nitrites, compte tenu de leur lien avec la perturbation endocrinienne, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et des

pathologies chroniques, telles que le cancer, le diabète de type 2 et l'obésité.

L'AAP recommandait donc non seulement de réaliser des tests de meilleure qualité, de combler le vide de connaissances et d'étiqueter les additifs, mais aussi de réduire l'exposition aux additifs alimentaires en encourageant le public à consommer davantage de fruits et de légumes frais ou surgelés, de se laver les mains avec du savon avant de manipuler la nourriture, de laver les fruits et les légumes et d'éviter de mettre du plastique dans le micro-ondes ou le lave-vaisselle¹⁰. ■

ENCADRÉ 3.4 | L'épigénétique

L'épigénétique est l'étude des changements provoqués par des modifications de l'expression génétique dans l'organisme. Plus précisément, il s'agit d'une modification du *phénotype* (aspects physiques et biochimiques observables) qui ne s'accompagne pas d'une modification du *génotype* (composition génétique héritée d'une cellule, à savoir l'ADN). En d'autres termes, l'environnement et le mode de vie d'une personne ont le pouvoir de modifier les gènes exprimés ou non dans sa séquence d'ADN, et cette modification est susceptible d'être transmise à ses enfants.

Par exemple, une carence en micronutriments chez la mère peut altérer le métabolisme et le développement des organes

du fœtus, provoquant des modifications épigénétiques chez l'enfant. Cette adaptation épigénétique expose l'enfant à un risque accru de souffrir de surpoids ou d'obésité durant l'enfance et de maladies chroniques à l'âge adulte, notamment l'obésité, l'insuffisance coronaire, l'AVC et le diabète de type 2²².

Comment cela arrive-t-il ? Pour parler simplement, le bébé d'une mère sous-alimentée « s'attend » à vivre dans un monde pauvre en nutriments. Cependant, s'il reçoit une alimentation riche en calories (et faible en nutriments), cela le prédispose à certaines formes de maladies²³. ■

Parallèlement, les progrès rapides accomplis par le Japon et la Corée du Sud et, plus récemment, par le Brésil²⁹ et le Pérou³⁰ dans la lutte contre la dénutrition montrent qu'il est possible d'améliorer considérablement l'état nutritionnel de la population, même en l'espace d'une seule génération.

Selon une étude de 2013 examinant les deux premières années de vie d'enfants au Brésil, aux États-Unis, au Ghana, en Inde, en Norvège et à Oman, les enfants dont les parents avaient été exposés à des conditions nutritionnelles néfastes pouvaient quand même, avec des soins et une nutrition adaptés, atteindre une taille optimale³¹. Cependant, pour que cela soit possible, les femmes et les filles, et particulièrement les mères adolescentes, ont besoin d'être soutenues et de recevoir des conseils en matière de nutrition avant leur grossesse, non seulement pour leur propre bien-être, mais aussi pour ne pas passer à côté de la fenêtre de possibilités des 1 000 premiers jours de vie de leur enfant.

Mondialisation

La mondialisation, à savoir la circulation des biens, des technologies, de l'information, des capitaux et d'autres éléments à travers les frontières nationales, a gagné les systèmes alimentaires.

Ce phénomène a tout modifié, de la manière de récolter les cultures à la façon de présenter la nourriture dans les supermarchés, en passant par les régimes alimentaires des enfants.

Si les familles qui en ont les moyens jouissent ainsi d'une disponibilité alimentaire accrue et d'aliments plus variés, en ayant accès au quinoa, au kimchi et à des fraises en toutes saisons, par exemple, les enfants ont de plus en plus de difficultés à manger sainement, car les multinationales et les grandes entreprises transnationales produisent de plus en plus d'aliments transformés et de produits de restauration rapide et les accompagnent d'un marketing puissant.

L'essor des supermarchés, des magasins de proximité et des enseignes de restauration rapide à travers le monde montre que la demande a changé et que l'on tend désormais à fournir des aliments faibles en nutriments aux consommateurs, notamment aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux. Il y a 25 ans, l'approvisionnement alimentaire était contrôlé par les gouvernements nationaux, qui mettaient fortement l'accent sur la sécurité alimentaire. Cependant, à partir du milieu des années 1990, la nourriture a commencé à être incluse dans les accords

La dénutrition et le surpoids chez la mère alimentent un cycle intergénérationnel de malnutrition

SECTION SPÉCIALE

Les filles et les femmes ont besoin d'un soutien accru pour une meilleure nutrition

Les femmes sont les premières personnes à s'occuper des enfants, si bien qu'elles jouent un rôle déterminant, si ce n'est le rôle le plus décisif, dans l'alimentation de ces derniers. Pourtant, beaucoup sont exclues des prises de décision. Elles sont exposées au risque des mariages et des grossesses précoces, font face à la discrimination au sein du foyer et à la violence domestique, ont moins de perspectives d'éducation et d'emploi et sont victimes de législations sexistes qui limitent leur accès à la propriété et aux financements. Qui plus est, beaucoup trop de filles et de femmes souffrent elles-mêmes de malnutrition.

De mauvais régimes alimentaires amplifient les déséquilibres entre les genres en réduisant le potentiel des femmes à apprendre, en compromettant leur santé procréative et maternelle et en diminuant leur productivité. Ces effets perpétuent des cycles intergénérationnels de malnutrition et d'inégalités : les enfants dont la mère souffre de malnutrition sont plus susceptibles de présenter un retard de croissance et de souffrir de troubles cognitifs et d'un système immunitaire affaibli, et courent un plus grand risque de maladie et de décès.

Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition, car elles grandissent à une vitesse inégalée depuis la petite enfance. Avec l'apparition de la menstruation, leur corps a des besoins accrus en fer. La grossesse chez les adolescentes, qui constitue un facteur majeur de mortalité maternelle et infantile, présente des risques particuliers, car le fœtus est susceptible de priver leur corps des nutriments dont celui-ci a besoin pour terminer sa croissance.

Les femmes sont plus vulnérables aux carences en micronutriments, notamment à l'anémie ferriprive. Une carence en fer chez la femme est associée à un risque plus élevé de pauvreté ainsi qu'à une absence de pouvoir et de ressources. La malnutrition expose les mères à des risques majeurs. Leurs défenses

immunitaires sont affaiblies, elles sont plus susceptibles de mourir en couches, elles ont une productivité et une capacité à générer des revenus plus faibles, et elles ont davantage de difficultés à s'occuper de leur famille.

Lorsque les filles et les femmes sont privées du droit à la nourriture, à la nutrition et à la santé, ce sont les enfants, les foyers, les communautés et les économies qui en pâtissent. À l'inverse, lorsqu'on leur donne les moyens d'étudier aux plus hauts niveaux, de contrôler davantage leurs revenus, de contribuer à la vie du foyer et de prendre des décisions, leur nutrition s'améliore et tout le monde en bénéficie, ce qui active un cercle vertueux.

Les femmes font également face à des contraintes disproportionnées sur le marché du travail. Si elles sont plus susceptibles que les hommes de travailler de manière non rémunérée dans les exploitations agricoles familiales ou de travailler dans le secteur informel, elles représentent néanmoins 40 % de la main-d'œuvre mondiale dans le secteur formel¹⁸. Pourtant, presque partout dans le monde, les femmes continuent d'assumer la majeure partie des responsabilités relatives à l'alimentation et à la garde des enfants.

Beaucoup de femmes se heurtent également à un problème de temps tandis qu'un nombre croissant



Chantal, cueilleuse de thé dans les plantations de Rutsiro au Rwanda, a quatre enfants. Avant que le centre de développement de la petite enfance ne soit construit sur le domaine, Chantal partait travailler avec sa fille Umhuza, désormais âgée de 3 ans, qu'elle portait sur son dos toute la journée. « C'était très inconfortable de cueillir le thé avec nos enfants sur le dos. En plus, nous n'étions pas productives parce que nous devions nous arrêter pour les allaiter et nous en occuper. Nous savions que cette situation n'était pas non plus idéale pour eux, mais nous n'avions pas le choix. Depuis la construction du centre, nous avons plus de temps à consacrer à notre travail, nos enfants vont bien et nous sommes plus productives. » En 2017, l'UNICEF Rwanda a noué un partenariat avec le Conseil national des exportations agricoles pour aider les plantations et manufactures de thé à créer des environnements professionnels plus favorables aux familles. Cet appui inclut notamment des activités de plaidoyer en faveur du congé de maternité rémunéré, de l'aménagement de temps de pause pour allaiter, d'horaires de travail flexibles pour les nouveaux parents et de solutions abordables pour la garde des enfants. © UNICEF/UN0308986/Rudakubana

de mères assument de nouveaux rôles, en tant qu'entrepreneuses, universitaires ou responsables communautaires, par exemple. Leurs multiples rôles leur demandent une telle quantité de temps et d'énergie qu'il leur devient difficile, si ce n'est impossible, de nourrir correctement leurs enfants, ou de se nourrir correctement elles-mêmes. Sans le soutien de leur partenaire ou de leur réseau familial, et sans accès à des aliments sains à des prix abordables, elles n'ont parfois pas d'autre solution que de se tourner vers l'aspect pratique des aliments transformés ou des produits de restauration rapide.

Dans la même logique, en l'absence de pratiques adaptées sur le lieu de travail et de politiques nationales pertinentes, les mères ne sont pas toujours à même d'allaiter leur enfant exclusivement au sein ou de poursuivre l'allaitement. Malgré trois conventions de l'OIT sur la protection de la maternité (la première datant d'il y a 100 ans), la plupart des pays progressent lentement lorsqu'il s'agit d'adopter des politiques visant à soutenir l'allaitement.

Pour mettre un terme à cette situation, il faudrait que les femmes jouissent d'un statut social plus élevé, d'une meilleure autonomie et d'un plus grand pouvoir

de décision. Il faudrait que les filles restent scolarisées plus longtemps afin de mieux gagner leur vie et de jouir d'une plus grande indépendance. Il faudrait également investir dans la nutrition et la santé des filles et des femmes, notamment durant la période qui précède la grossesse, durant la grossesse et durant la lactation.

Pour prendre les bonnes décisions en matière de nutrition, les femmes et les mères ont besoin d'informations, de conseils et d'un soutien adaptés, ainsi que d'un accès à des aliments nutritifs, sûrs, abordables et durables. Elles ont besoin de politiques de protection de la maternité de sorte que les lieux de travail favorisent l'allaitement exclusif au sein et la poursuite de l'allaitement. Et elles ont besoin de congés parentaux rémunérés d'une durée suffisante. Une étude récente recommande la mise en place d'un congé rémunéré de six mois pour obtenir les meilleurs résultats possibles pour les mères et les enfants (ce qui correspond aux recommandations de l'OMS en ce qui concerne la durée de l'allaitement exclusif au sein)¹¹⁹. Les politiques de congés parentaux équitables pour les deux sexes, qui encouragent les pères à prendre un congé, ont pour effet de réduire le niveau de stress au sein de la famille, d'impliquer davantage les deux parents dans l'éducation des enfants et de renforcer la stabilité des relations. ■

Seules 100 grandes entreprises se partagent 77 % des ventes d'aliments transformés dans le monde

commerciaux mondiaux. Résultat : les systèmes alimentaires sont désormais exposés à des forces commerciales qui ont modifié la disponibilité, le prix et la commercialisation de la nourriture.

rurales et urbaines pauvres, les petits agriculteurs et les exploitants qui pratiquent une agriculture de subsistance, ainsi que les peuples autochtones qui sont les plus touchés par les systèmes alimentaires inéquitables et défailants et les environnements alimentaires néfastes à la santé³⁴. »

Le monde compte des millions d'agriculteurs, de producteurs alimentaires et de consommateurs, mais les transformateurs et les distributeurs sont peu nombreux – seules 100 grandes entreprises se partagent 77 % des ventes d'aliments transformés dans le monde³².

Comme le souligne le Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition dans son rapport de 2017, « [l]a concentration progressive d'une grande partie du pouvoir économique entre les mains de sociétés agroalimentaires transnationales au cours des dernières décennies a restreint la marge de manœuvre des pays et le pouvoir politique des administrations locales et nationales. Cela a réduit la capacité des États de protéger et de soutenir le droit des populations à une alimentation adéquate³³. » Les auteurs de ce même rapport soulignent que « ce sont les consommateurs à faible revenu, les populations

Pour ce qui est de la demande, des forces économiques et climatiques contraignent les populations à gagner les zones urbaines, où le mode de vie, les pressions socioculturelles et le marketing sont en passe de modifier l'alimentation (voir Urbanisation ci-après). La disponibilité accrue d'aliments ultra-transformés, qui représentent une part de plus en plus importante du marché, implique d'immenses pertes pour les marchés alimentaires traditionnels, les petits agriculteurs et les populations rurales, qui ne peuvent lutter contre les grandes entreprises ou les chaînes de supermarchés. Cette situation va parfois même jusqu'à pousser les familles des régions rurales à s'installer en ville dans l'espoir d'améliorer leurs moyens d'existence.

Pour certains enfants, ce changement de vie s'accompagne d'un meilleur accès à l'éducation, aux services de santé et à une alimentation variée.

ENCADRÉ 3.5 | Les aliments ultra-transformés

La transformation des aliments n'est pas un problème en soi. Un grand nombre d'aliments populaires, traditionnels et nutritifs sont « transformés » : c'est le cas du blé ou des fruits séchés et des yaourts, par exemple. Cependant, tous les aliments transformés ne se valent pas et les spécialistes de la nutrition font généralement la distinction entre les aliments « transformés » et les aliments « ultra-transformés ». Cette deuxième catégorie d'aliments correspond à des « formules industrielles³⁶ » contenant peu d'aliments entiers, voire aucun, mais des substances extraites d'aliments entiers, par exemple « des huiles et des graisses hydrogénées, des farines et des féculs, des variantes de sucre et des morceaux bon marché ou des restes d'aliments d'origine animale, qui ont généralement une faible valeur nutritionnelle par rapport aux aliments entiers dont ils proviennent³⁷ ». Ces

aliments, tels que les hamburgers, les nuggets, les biscuits et les boissons sucrées, sont riches en calories, en graisses, en sucres et en sel, et pauvres en fibres et en micronutriments.

Il n'est pas facile d'éviter les aliments ultra-transformés, d'autant que ces derniers n'ont pas été conçus dans l'optique d'une consommation modérée. Grâce à leur teneur élevée en graisses, en sucres, en sel et autres arômes, beaucoup d'aliments ultra-transformés ont un goût savoureux et procurent du plaisir en bouche. Par ailleurs, compte tenu du marketing massif dont ils font l'objet, et qui cible souvent les enfants (voir chapitre 4), et de leur grande disponibilité, il est facile de comprendre que ces produits ultra-transformés arrivent à supplanter les aliments frais ou transformés de manière minimale. ■

Pour d'autres, la vie en ville est synonyme de menaces diététiques (en raison d'une exposition accrue aux graisses, aux sucres et au sel), de sédentarité, de pollution environnementale et de logements insalubres ou surpeuplés.

Les aliments ultra-transformés se trouvent au cœur de la mondialisation des marchés alimentaires. Les marchés des pays à revenu élevé ayant évolué, les entreprises mondiales ou transnationales de produits alimentaires et de boissons ont commencé à chercher de nouveaux marchés dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne, qui renferme « un potentiel extraordinaire », selon le PDG d'une chaîne de restauration rapide³⁵.

La plupart de ces entreprises se spécialisent dans les produits alimentaires ultra-transformés en raison de leur faible coût de production, de leur longue durée de conservation et de leur grande

valeur de détail, qui les rendent extrêmement rentables. En conséquence, ces aliments sont quasiment devenus omniprésents et se trouvent même dans des régions reculées d'Éthiopie ou du Népal, contrairement à plusieurs catégories de légumes, de fruits et de poissons³⁸.

La présence des chaînes de distribution des entreprises alimentaires transnationales dans des régions très reculées pousse même certains spécialistes à affirmer que l'urbanisation n'est plus le principal facteur déterminant l'accès de la population, y compris des enfants, à des aliments néfastes pour la santé³⁹.

Selon une analyse récente des tendances mondiales en matière d'indice de masse corporelle (IMC) moyen ventilées par régions rurales et urbaines de 1985 à 2017, l'IMC des adultes vivant dans des régions à revenu faible

Une rue bordée d'étals de marché à Freetown, en Sierra Leone.
© UNICEF/UN072187/Phelps



Faute d'espace public, les adolescents se donnent rendez-vous dans des chaînes de restauration rapide

et intermédiaire (à l'exception des femmes d'Afrique subsaharienne) augmente à la même vitesse ou plus vite que celui des adultes vivant en ville. Les auteurs de l'analyse avancent plusieurs explications possibles à ce phénomène : les adultes vivant en zone rurale dépenseraient moins de calories

dans les tâches quotidiennes et les tâches ménagères et consommeraient davantage de mauvaises calories en raison d'une augmentation de leurs revenus et de la disponibilité croissante de produits alimentaires riches en graisses, en sel ou en sucres⁴⁰. C'est ce que l'on appelle « l'urbanisation de la vie rurale »⁴¹.

Urbanisation

Depuis le milieu du XX^e siècle, la proportion de la population mondiale vivant en ville n'a cessé de croître, passant de 30 % à plus de 50 %. Et ce phénomène devrait encore prendre de l'ampleur et modifier considérablement la vie des enfants et des jeunes. En 2009, près de la moitié des adolescents du monde vivaient en ville ; d'ici à 2050, ils devraient être près de 70 %⁴².

Une chose ne change pas, cependant. Les changements alimentaires apparaissent d'abord dans les zones urbaines, de même que les effets nutritionnels et l'augmentation des maladies non transmissibles qui en découlent⁴³. Ce phénomène s'explique en partie par la modification du mode de vie et de l'environnement. Par rapport aux habitants des campagnes, l'alimentation des citadins est moins tributaire de féculents riches en glucides et se compose davantage de viande et d'autres aliments sources de protéines, de fruits et de légumes (dans les foyers les plus aisés), et d'aliments ultra-transformés. Les citadins ont aussi davantage tendance à manger à l'extérieur⁴⁴. Résultat : ils enregistrent un taux de surpoids et d'obésité plus élevé. Partout dans le monde, du Sri Lanka à l'Inde, en passant par la Chine et le Bénin, l'urbanisation est aussi associée à des taux élevés de diabète, d'hypertension et de maladies cardiovasculaires⁴⁵.

La vie urbaine explique une partie de ces tendances : les citadins ont des emplois plus sédentaires, moins de temps et d'énergie à consacrer aux tâches domestiques, et utilisent davantage les transports publics pour se déplacer, autant de facteurs qui entraînent une diminution de l'activité physique.

Les enfants qui vivent en ville n'ont pas toujours accès à des aires de jeux en extérieur et, le cas échéant, ces lieux ne sont pas toujours sûrs. C'est un facteur important, sachant que les enfants qui se dépensent davantage sont moins susceptibles d'être obèses⁴⁶, non seulement parce qu'ils brûlent des calories en faisant de l'exercice, mais aussi parce que l'activité modifie la manière dont leur corps assimile les glucoses. L'exercice physique a en outre l'avantage d'être bénéfique pour la santé mentale et de former un rempart contre la dépression. Faute d'espace public pour jouer ou se retrouver, les enfants et les adolescents ont par ailleurs tendance à se donner rendez-vous dans des chaînes de restauration rapide.

L'achat de nourriture

En général, les familles qui vivent en ville achètent leur nourriture, si bien que le revenu constitue un facteur clé de leur alimentation. Elles sont plus susceptibles de s'approvisionner en nourriture dans la grande distribution, telle que les supermarchés, où la plupart des aliments sont emballés et transformés ou ultra-transformés⁴⁷. Une étude menée au Kenya a montré que les personnes qui faisaient leurs courses au supermarché achetaient moins de denrées alimentaires non transformées (comme des fruits et des légumes frais) et davantage de produits transformés ou ultra-transformés⁴⁸. On assiste au même phénomène en Thaïlande, où le fait de faire ses courses au supermarché est associé à la consommation de sodas, de collations, de viandes transformées et de nourriture instantanée⁴⁹.

En ville, les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux sont également plus exposés au marketing des aliments transformés, ce qui peut influencer

GROS PLAN

La nutrition infantile dans les zones urbaines défavorisées de Kuala Lumpur

Rohana, Noor et Siti Fatimah vivent dans les logements à loyer modéré de Kuala Lumpur. Ces trois mères font face au même problème : celui de fournir une alimentation saine à leurs enfants. Elles nous ont fait part de leurs difficultés lors d'une discussion de groupe organisée dans le cadre de l'élaboration de ce rapport.

La Malaisie est frappée de plein fouet par le double fardeau de la malnutrition : 20,7 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance et 11,5 %, d'émaciation, tandis que 12,7 % des enfants (âgés de 5 à 19 ans) sont obèses⁵⁶. Cette réalité est encore plus complexe dans les zones urbaines défavorisées, qui enregistrent des taux de malnutrition souvent supérieurs à la moyenne nationale⁵⁷.

L'aspect financier est souvent au cœur du problème. Les trois mères savent qu'il est important de consommer des aliments nutritifs, cependant, ce ne sont pas les valeurs nutritionnelles qui déterminent la nourriture qu'elles donnent à manger à leurs enfants, mais les contraintes économiques. Dans ce pays, le repas le moins cher se compose généralement d'œufs sur le plat, de riz et de sauce soja. Noor, mère de quatre enfants, explique : « Je ne pense pas à ça [une alimentation saine et équilibrée]. D'autres mangent du poisson, mais tout ce que je peux acheter, c'est du riz. Je sais que ce n'est pas bien, mais je n'ai pas les moyens d'acheter autre chose. »

Une alimentation de piètre qualité est néfaste, tant sur le plan physique que psychologique. L'une de ces mères indique

qu'elle n'aura peut-être pas la possibilité de servir du poulet plus d'une fois dans l'année. La deuxième affirme qu'il est facile de se procurer des œufs, mais que l'un de ses enfants y est allergique et qu'elle est obligée de trouver d'autres aliments en remplacement. La troisième a reçu un rapport l'informant que son enfant avait tenté de s'automutiler parce qu'il ne pouvait pas manger dans une célèbre enseigne de restauration rapide.

La fréquence des repas constitue également un problème majeur. Les trois mères sont parfois contraintes d'acheter leurs courses à crédit dans le magasin du quartier. Noor et Siti Fatimah sont obligées de rationner la nourriture de leurs enfants tout au long de la journée, de peur qu'elle ne s'épuise trop vite.

Les femmes ont également des difficultés à trouver un équilibre entre leur travail et leurs responsabilités au sein du foyer. Deux d'entre elles ont pu obtenir des horaires de travail flexibles auprès de leur employeur, mais Noor n'a pas d'autre choix que d'aller au travail avec son nourrisson. Cette situation la ralentit et sape sa performance, ce qui a fini par avoir une incidence sur ses revenus.

Les trois mères nous ont fait part de leur souhait d'échapper à la pauvreté. Rohana nous explique qu'elle aurait besoin de politiques qui soutiennent les mères célibataires pour monter son entreprise. Noor et Siti Fatimah acquiescent. Elles aimeraient aussi lancer leur propre entreprise si elles avaient accès à un capital de départ. ■

Siti Fatimah écaïlle les œufs durs qui compléteront le curry qu'elle a préparé à son domicile de Desa Rejang, dans le mukim de Setapak, à Kuala Lumpur. © UNICEF/Zahri 2019



Les enfants sont la cible des publicités pour des collations et des boissons sucrées à la télévision

leurs choix alimentaires⁵⁰. Ce marketing est présent dans les espaces publics, notamment aux abords des écoles, et à la télévision, où les enfants sont la cible des publicités pour des collations et des boissons sucrées, par exemple.

Pour les habitants démunis des villes, tels que les habitants des bidonvilles, qui ont un accès restreint à des aliments nutritifs, il est encore plus difficile de bien manger. Beaucoup n'ont pas d'autre choix que de consommer de la cuisine de rue, qui est souvent riche en graisses et en sel. De fait, la cuisine de rue représente près d'un quart des dépenses alimentaires des ménages dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁵¹. Au Malawi, par exemple, dans les zones urbaines, les foyers touchés par l'insécurité alimentaire étaient plus susceptibles de consommer des aliments transformés achetés dans la rue. Selon les conclusions d'une étude, les « citadins vivant dans l'insécurité alimentaire sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé associés à un manque d'accès à des aliments riches en nutriments et à une forte consommation de produits raffinés et transformés⁵². »

Des villes commencent à prendre des mesures pour lutter contre ces problèmes. En juillet 2019, 198 villes à travers le monde avaient signé le Pacte de politique alimentaire urbaine de Milan dans le but de développer des « systèmes alimentaires durables, inclusifs, résilients, sûrs et diversifiés, qui fournissent des aliments sains et abordables à tous⁵³ ». Le cadre NOURISHING recense également des mesures politiques visant à faire évoluer les environnements, les systèmes et les comportements alimentaires. Des villes comme Curitiba⁵⁴, Londres⁵⁵, Amsterdam, Daegu et Dakar ont ainsi pris plusieurs mesures à l'échelle de la ville : améliorer l'accès des foyers pauvres à des aliments sûrs, mettre en place des activités de plaidoyer et de sensibilisation en milieu scolaire, favoriser l'agriculture urbaine et imposer des restrictions sur le marketing des aliments préjudiciables à la santé.

L'accès à une alimentation saine

Tout le monde n'a pas accès à des aliments sains. Les familles qui vivent dans des régions rurales et reculées ou dans des zones dotées de piètres infrastructures n'ont pas accès à des magasins proposant des aliments sains à proximité. Cette situation est d'autant plus grave que des problèmes d'accès aux terres agricoles ainsi que les fluctuations climatiques et saisonnières sont susceptibles de menacer leur sécurité alimentaire et la diversité de leur alimentation⁵⁸.

Dans notre monde de plus en plus urbanisé, les familles vivant en ville font aussi face à des difficultés majeures pour s'approvisionner en aliments sains. Beaucoup vivent dans des « déserts alimentaires », à savoir des quartiers urbains, pour la plupart, dans lesquels les résidents ont un accès limité, voire inexistant, à des magasins proposant des aliments sains⁵⁹. Pour acheter de la nourriture, ils doivent se rendre dans des établissements de restauration rapide ou dans des lieux inattendus – stations-service, salons de coiffure, salles de sport, magasins de discompte, magasins de matériel informatique, autres magasins de proximité en tout genre et laveries⁶⁰. L'abondance d'aliments transformés, riches en calories et faibles en nutriments dans ces zones a également donné naissance au terme plus parlant de « borbier alimentaire »⁶¹.

Face à cette abondance d'aliments pauvres en nutriments, ultra-transformés, gras et édulcorés (et à la disponibilité limitée, voire inexistante, d'aliments sains), les déserts et les borbiers alimentaires sont, par nature, des environnements obésogènes qui constituent de solides avertisseurs d'obésité^{62,63}. La forte prévalence des déserts alimentaires dans les quartiers à faible revenu, minoritaires et défavorisés⁶⁴ signifie également que les enfants vulnérables et défavorisés vivant dans ces quartiers sont exposés à des risques accrus de souffrir de surpoids et d'obésité et de porter le fardeau des maladies non transmissibles liées à l'alimentation tout au long de leur vie.

GROS PLAN

L'obésité chez l'enfant : un problème pressant pour la Chine

Parallèlement à sa croissance économique et à son urbanisation rapides, la Chine connaît une véritable évolution de la malnutrition depuis 1985. Si les taux de retard de croissance chez les enfants d'âge scolaire ont baissé de manière spectaculaire entre 1985 et 2014, passant 16 % à 2 %, les taux de surpoids et d'obésité ont explosé, passant de 1 % à 20 %⁷⁰.

La Chine compte désormais l'une des populations d'enfants obèses les plus importantes au monde⁷¹. En 2015, l'étude mondiale sur la charge de morbidité recensait plus de 15 millions d'enfants (âgés de 2 à 19 ans) obèses dans le pays⁷². En 2012, le Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies estimait que 120 millions de personnes souffraient de surpoids ou d'obésité⁷³.

Les garçons sont exposés à un risque plus important de surpoids et d'obésité (21 %) que les filles (12 %)⁷⁵, selon une étude réalisée en 2018 auprès d'enfants âgés de 9 à 11 ans⁷⁶. La prévalence du surpoids et de l'obésité est également plus élevée dans les foyers aisés^{77,78,79} et considérablement plus élevée chez les enfants scolarisés vivant en milieu urbain, bien que cette disparité tende à se réduire et ait même disparu dans certaines régions aisées^{80,81}. De manière générale, les enfants les plus vulnérables au surpoids et à l'obésité sont les fils uniques issus de foyers riches vivant en milieu urbain.

Comment expliquer ce phénomène ?

Plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation du surpoids en Chine. La rapidité du développement économique, de l'urbanisation et des avancées technologiques a modifié les modes de vie et les comportements. Les enfants font moins d'activité physique et leur régime alimentaire s'écarte des plats traditionnels préparés à la maison, qui étaient riches en aliments végétaux et en céréales, au profit d'une alimentation moderne, riche en viande, en sucres et en aliments frits, et souvent consommée sous la forme de collation ou en dehors de la maison^{82,83}. Ils consomment également davantage de boissons contenant des sucres ajoutés⁸⁴.

Cette baisse d'activité physique, quand elle n'est pas compensée par une diminution des apports alimentaires, expose les enfants au surpoids. En 2006, le Gouvernement chinois a lancé un programme national baptisé « Des centaines de millions d'adolescents brillent par le sport », qui vise à fournir à 85 % des enfants scolarisés davantage d'occasions de faire de l'exercice et de pratiquer une activité physique. L'éducation physique fait désormais partie des quatre composantes nécessaires au développement « équilibré » de l'élève, conformément aux recommandations de l'OMS de pratiquer au moins 60 minutes

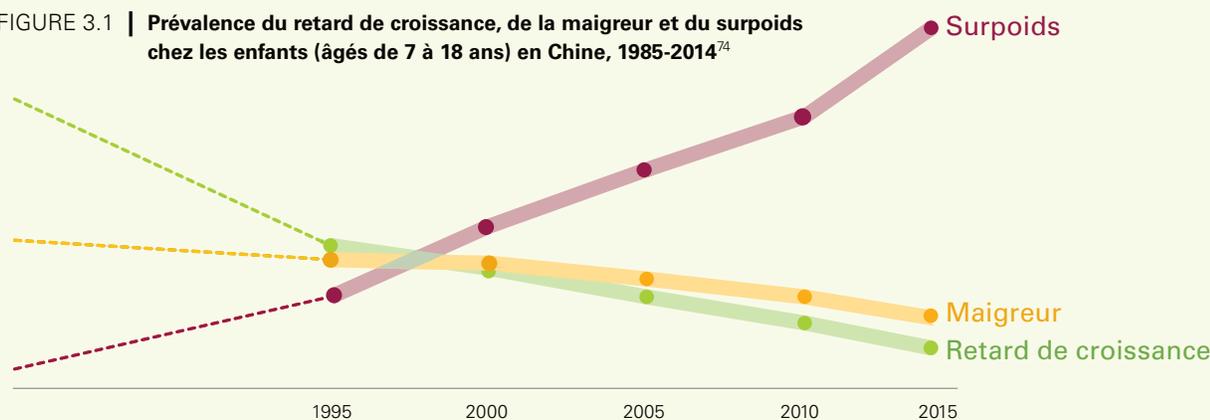
d'activité physique d'intensité modérée à soutenue chaque jour⁸⁵.

Cependant, une analyse réalisée en 2010 auprès d'élèves âgés de 9 à 18 ans a montré qu'ils n'étaient que 23 % à respecter ces recommandations. Les enfants qui se dépensaient moins étaient ceux qui avaient une lourde charge de travail scolaire à la maison⁸⁶, ce qui est probablement associé au fait que, dans la culture chinoise, les intellectuels sont considérés comme l'élite de la société⁸⁷. En conséquence, les enfants sacrifient quotidiennement les activités ludiques pour étudier⁸⁸.

Un autre facteur culturel contribue à l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant : la tendance à percevoir l'embonpoint comme un symbole de richesse, de réussite sociale et de bonne santé. La nourriture est la priorité absolue des familles et les enfants ont tendance à être trop nourris, en particulier dans les familles dans lesquelles les grands-parents jouent un rôle majeur dans la garde des enfants⁸⁹.

Face à ces taux alarmants de surpoids et d'obésité chez les enfants, le Conseil d'État a souligné le besoin urgent d'interventions et de mesures visant à lutter contre ce problème dans son Plan d'action national en faveur de la nutrition (2017-2030) et dans son Plan d'action pour une Chine en bonne santé (2019-2030). ■

FIGURE 3.1 | Prévalence du retard de croissance, de la maigreur et du surpoids chez les enfants (âgés de 7 à 18 ans) en Chine, 1985-2014⁷⁴



Remarque : Les termes de retard de croissance, maigreur et surpoids sont employés conformément aux définitions de l'OMS.

En grandissant, les enfants développent des habitudes alimentaires pour le reste de leur vie

Si les déserts et les bourbiers alimentaires se trouvent généralement dans les pays à revenu élevé, ils sont de plus en plus présents dans les pays à revenu faible et intermédiaire soumis à une urbanisation rapide et une transformation des systèmes alimentaires. On commence par

exemple à trouver des déserts alimentaires dans des zones urbaines du Brésil, du Honduras, du Pérou⁶⁵ et d’Afrique du Sud, au sein de communautés caractérisées par un niveau élevé de pauvreté et d’inégalités raciales, ethniques et économiques⁶⁶. Le Mexique, pays qui enregistre

l’un des taux d’obésité les plus élevés au monde, est davantage frappé par le problème des bourbiers alimentaires que par celui des déserts⁶⁷.

Les déserts alimentaires ont de graves conséquences sur la nutrition et le bien-être des enfants. Dans un premier temps, le fait que les familles ont un accès restreint aux fruits et aux légumes implique que les enfants en bas âge n’ont pas une alimentation suffisamment variée pour soutenir leur développement durant cette période essentielle de leur vie. Dans un second temps, en grandissant, les enfants développent des habitudes alimentaires pour le reste de leur vie. Autrement

ENCADRÉ 3.6 | Les prix de la nourriture et l’alimentation

Une étude récente sur les prix de la nourriture dans le monde indique que, dans les pays à faible revenu, les aliments sains, riches en nutriments, en particulier les aliments d’origine animale et les céréales enrichies pour les nourrissons, sont bien plus onéreux (par calorie) que les féculents et les aliments transformés néfastes pour la santé.

Cette étude mondiale, dirigée par l’Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, a examiné les différences de prix relatifs entre les pays et les régions dans le but de déterminer si elles avaient une incidence sur les pratiques d’alimentation des enfants et la prévalence du retard de croissance.

Les auteurs ont comparé le prix calorique relatif d’un large éventail d’aliments sains et d’aliments mauvais pour la santé avec le coût calorique de l’aliment de base le moins cher dans chaque pays (comme le riz, le blé, le manioc ou le maïs). Si l’œuf, par exemple, a un coût calorique relatif de 5, cela signifie qu’il est cinq fois plus cher d’obtenir une calorie issue d’un œuf qu’une calorie issue du riz.

Dans les pays à revenu élevé, les aliments d’origine animale étaient relativement bon marché et ne coûtaient qu’une à quatre fois plus cher que l’aliment de base de référence. À l’inverse, dans des régions à revenu faible comme l’Asie et l’Afrique subsaharienne, qui enregistrent les taux les plus élevés de retard de croissance, les aliments d’origine

animale étaient très onéreux. En Afrique subsaharienne, les calories issues des œufs, du lait et des céréales enrichies pour les nourrissons coûtent près de neuf à dix fois plus cher que les aliments de base.

Selon les conclusions des auteurs, les nourrissons et les enfants en bas âge consomment moins d’aliments d’origine animale et de céréales enrichies pour les nourrissons dans les pays où ces produits ont un prix relatif plus élevé, pays qui enregistrent par ailleurs des taux plus importants de retard de croissance. Cela suggère qu’il est essentiel de faire baisser le prix de ces aliments pour mettre un terme au fardeau de la dénutrition dans le monde entier.

Cette étude a également fait la lumière sur les raisons pour lesquelles les taux d’obésité augmentent avec le revenu national. Les huiles, les graisses et le sucre sont des produits très bon marché dans toutes les régions. Cependant, les aliments transformés riches en sucres et en graisses sont souvent chers dans les pays à faible revenu, alors que leur prix baisse rapidement lorsque les pays atteignent un revenu intermédiaire ou intermédiaire de la tranche supérieure. Les aliments néfastes pour la santé sont également des sources plus abordables de calories que les aliments sains dans de nombreux pays pauvres, ce qui peut expliquer que l’obésité augmente alors que la dénutrition subsiste, faisant apparaître un phénomène de double fardeau⁹³. ■



dit, même s'ils jouissent d'un meilleur accès à une alimentation saine plus tard dans leur vie, leur régime alimentaire ne s'en trouvera pas nécessairement amélioré. Aux États-Unis, par exemple, l'ouverture d'un nouveau magasin d'alimentation dans un désert alimentaire de Philadelphie a suscité une prise de conscience chez les habitants du quartier, mais n'a pas eu d'effet sur leurs apports alimentaires ni sur le taux d'obésité au sein de la communauté⁶⁸.

Des pays tels que l'Afrique du Sud, le Botswana et le Zimbabwe ont une dynamique urbaine très différente : la population est généralement très mobile, les économies informelles, nombreuses, et les disparités de genre, profondes. Cependant, malgré ces différences, les données nous permettent d'aboutir à une conclusion comparable : la seule présence d'un supermarché ne suffit pas à améliorer la situation nutritionnelle lorsque d'autres aspects de l'environnement alimentaire sont inadaptés⁶⁹.

La question du coût

La question du coût est matière à controverse. Le fait que les aliments sains coûtent plus cher que les

aliments néfastes pour la santé fait débat, par exemple. Si l'on s'en tient au prix, les aliments sains peuvent en effet coûter moins cher. Cependant, si l'on prend en compte d'autres facteurs, tels que le coût en *temps* lié à la préparation de repas à partir de produits frais, la balance peut pencher dans l'autre sens.

Quoi qu'il en soit, le coût constitue un obstacle indéniable à la consommation d'aliments variés et riches en nutriments pour de nombreuses familles, en particulier les plus démunies, qui doivent consacrer une part plus importante de leurs revenus à la nourriture. En République démocratique du Congo, par exemple, une étude montre que le coût des aliments riches en nutriments constitue un obstacle considérable à la diversification de l'alimentation des enfants en bas âge⁹⁰, tandis qu'au Ghana, les aliments jugés les plus sains par les personnes ayant la charge d'enfants étaient également ceux qui étaient jugés comme étant les moins accessibles en raison de leur coût⁹¹. Aux États-Unis, le fait que les aliments sains coûtent plus cher (tant en termes

Une fillette enjambe une flaque sur une route inondée de Maputo, au Mozambique. Yvonne, qui partage sa maison (en photo ici) avec 14 membres de sa famille, gagne sa vie en vendant des légumes sur un étal. © UNICEF/ UN0139437/Prinsloo

Les changements climatiques ont des conséquences plus lourdes pour les enfants des familles les plus démunies, qui sont à la fois les plus gravement touchés et les moins à même de gérer la situation

de prix que de temps de préparation) et sont moins accessibles à proximité contribue à creuser les différences entre les familles les plus riches et les plus démunies en ce qui concerne la consommation de fruits et de légumes⁹².

De manière générale, les familles plus pauvres tendent à choisir des aliments de qualité moindre qui coûtent moins cher⁹⁴. On pourrait donc penser que l'alimentation des

familles s'améliore au fur et à mesure que leurs revenus augmentent. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Une étude montre que les familles achètent à la fois des aliments bons et mauvais pour la santé quand elles dépensent davantage d'argent dans la nourriture⁹⁵, tandis qu'une autre étude indique qu'une augmentation des revenus entraîne une augmentation des dépenses dans des plats préparés⁹⁶.

Ce résultat paradoxal peut s'expliquer de plusieurs manières⁹⁷. Outre le caractère économique et le prix, d'autres facteurs tels que l'aspect pratique, l'influence du marketing, l'impossibilité de se procurer des aliments sains à proximité, un manque de connaissances nutritionnelles et des facteurs culturels peuvent renforcer l'attrait des aliments obésogènes. Il se peut également que ces revenus supplémentaires ne servent pas à répondre aux besoins de la famille ou de l'enfant lorsqu'ils ne sont pas gérés par les femmes ou que d'autres causes sous-jacentes de la malnutrition, telles que la sécurité alimentaire, soient toujours présentes.

Tandis que les systèmes alimentaires continuent d'évoluer, l'augmentation des revenus ne suffira donc pas à mettre fin au triple fardeau de la malnutrition. En plus de trouver des manières de réduire le coût des aliments sains, il faudra aussi s'attaquer au manque de connaissances, aux inégalités entre les genres, aux pratiques de marketing déloyales et à d'autres éléments propres à l'environnement et à l'approvisionnement alimentaires.

Chocs climatiques

Les enfants subissent de manière disproportionnée les effets des changements climatiques et de la dégradation de l'environnement. Au lendemain d'une inondation ou du passage d'un typhon, par exemple, ils forment le groupe le plus vulnérable aux maladies transmises par l'eau, telles que les maladies diarrhéiques, qui augmentent les risques de malnutrition et de décès.

La persistance de la dénutrition, les pertes de productivité agricole et les moyens de subsistance des familles menacent également la croissance, le développement et l'apprentissage des enfants et peuvent entraîner des « migrations de détresse »⁹⁸. Ces facteurs ont des conséquences plus lourdes pour les enfants des familles les plus démunies, qui sont à la fois les plus gravement touchés et les moins à même de gérer la situation⁹⁹. Les effets cumulés des catastrophes climatiques prolongées ou récurrentes et des variations climatiques se transmettent souvent à la génération d'enfants suivante, perpétuant et amplifiant des cycles intergénérationnels d'inégalités.

Le nombre d'inondations, de tempêtes, de sécheresses et de pics de chaleur extrême aux conséquences dévastatrices a doublé dans le monde depuis les années 1990¹⁰⁰. La survenue de nouvelles catastrophes a fait augmenter de 11 % le nombre de personnes vivant dans l'insécurité alimentaire depuis 2016¹⁰¹.

Les catastrophes liées aux changements climatiques provoquent de graves crises alimentaires : la sécheresse est responsable de 80 % des dégâts et des pertes enregistrés par le secteur agricole¹⁰², modifiant de manière dramatique les aliments disponibles pour les enfants et les familles ainsi que leur qualité et leur prix. Cela se vérifie à la fois dans les régions rurales – pour les petits producteurs alimentaires, les agriculteurs et les familles qui achètent de la nourriture – et en milieu urbain, où la hausse des prix qui en résulte détermine quels aliments sont accessibles ou non.

GROS PLAN

Les changements climatiques menacent la nutrition infantile au Bangladesh

Plus de 19 millions d'enfants à travers le Bangladesh sont les premières victimes des catastrophes naturelles liées aux changements climatiques. Parmi ces enfants, un quart ont moins de 5 ans. Les inondations et l'érosion des berges poussent les familles vers les bidonvilles, où elles sont confrontées à la surpopulation et n'ont pas accès à des aliments sains, à l'éducation, à des services de santé appropriés, à l'assainissement et à une eau saine. Dans les bidonvilles, les enfants doivent souvent subvenir eux-mêmes à leurs besoins et sont exposés à un risque accru de malnutrition, de travail des enfants et de mariage des enfants, en plus d'être exposés à la pollution, à la violence et aux maltraitements.

Des événements climatiques extrêmes, comme les sécheresses et les inondations subites, provoquent de graves pertes agricoles. Dans un pays où 60 % de la population est tributaire de l'agriculture pour subvenir à ses besoins, cela signifie que les enfants des familles les plus pauvres sont plus susceptibles d'avoir faim. Les baisses de production entraînent également une augmentation du prix de la nourriture, qui frappe le plus durement les familles les plus démunies.

Les enfants et leur famille sont également menacés par la hausse des maladies transmissibles et non transmissibles liées à l'évolution des conditions climatiques et à l'urbanisation, parmi lesquelles l'hépatite A, le choléra, la dysenterie, la typhoïde, la dengue et la fièvre de chikungunya¹⁷.

Ruma, son mari, Ali Akbar, et leurs deux enfants, Sunjida, 3 ans, et Shahaun, 9 ans, se sont installés dans le bidonville de Chalantika, à Dhaka, après que leur maison a été inondée plusieurs fois par le Meghna. « Au moins, ici, le sol est sec, même si le coût de la vie est très élevé », affirme Ruma. « Mon mari gagne près de 7 000 takas [83 dollars É.-U.] par mois. La quasi-totalité de son salaire part dans le loyer et dans les courses. Nous pouvons malgré tout gagner notre vie ici, ce qui était rarement le cas lorsque nous vivions à la campagne. »

Ruma partage une petite cuisine – quelques planches de bois posées sur des piliers de bambou enfoncés dans un marécage – avec une dizaine d'autres familles. Au début, les familles utilisaient du butane, mais celui-ci était impossible à répartir équitablement. Désormais, elles utilisent du bois, ce qui empire la qualité de l'air au sein du

bidonville. Ruma cuisine du riz et des lentilles presque tous les jours. Occasionnellement, la famille peut se permettre d'acheter de la viande ou du poisson. Son fils, Shahaun, montre des signes de malnutrition.

Cependant, la nourriture n'est pas le seul problème de Ruma. Sa famille vit dans un environnement insalubre, où elle n'a pas accès à l'eau potable, à des sanitaires de base et à une hygiène adaptée. L'électricité va et vient et la seule pièce qu'elle partage avec son mari et ses enfants est infestée par des insectes et des rongeurs qui « leur rendent la vie impossible ».

Cette année, le Gouvernement bangladais déploiera la deuxième phase de sa stratégie et de son plan d'action pour lutter contre les changements climatiques. Il axera ses efforts sur les besoins des plus démunis et des plus vulnérables et cherchera à attirer davantage d'attention et de ressources afin de garantir que les secteurs de la nutrition, de la santé, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, et des services de protection de l'enfance ne souffrent pas des effets des changements climatiques. ■

Dans le district de Kurigram, au Bangladesh, une fillette marche dans les eaux de crue pour se rendre à l'école. © UNICEF/UN0286416/Akash



Les pesticides chimiques sont jusqu'à dix fois plus toxiques pour les enfants que pour les adultes

L'incidence de la production alimentaire sur l'environnement et les enfants

La production alimentaire industrielle, par son énorme empreinte écologique et sa contribution aux émissions

de gaz à effet de serre et à la pollution, joue un rôle majeur dans les changements climatiques et la détérioration de l'environnement. En outre, l'utilisation intensive d'eau fraîche, d'engrais et de pesticides présente également des risques pour la nutrition et le bien-être des enfants.

Les émissions de gaz à effet de serre

Les systèmes alimentaires sont responsables d'un tiers des émissions de gaz à effet de serre dans le monde, selon une étude réalisée en 2012¹⁰³. Par exemple, la production croissante de viande fait partie des principales sources d'émissions de méthane¹⁰⁴. Si les régimes alimentaires continuent d'être aussi riches en viande, les effets de la production alimentaire sur les émissions de gaz à effet de serre devraient augmenter de 87 %¹⁰⁵.

Pour le bien-être de la population et de la planète, la Commission EAT-Lancet a récemment proposé d'opérer une transformation dans nos régimes alimentaires en appelant à consommer deux fois plus d'aliments sains, tels que des fruits, des légumes, des légumineuses et des fruits à coque, et à réduire de moitié les aliments moins bons pour la santé, comme la viande rouge et les sucres ajoutés. Les membres de la commission remarquent toutefois qu'en raison des besoins nutritionnels uniques des enfants, notamment en protéines de grande qualité, ce « régime universel de référence pour être en bonne santé » ne convient pas aux enfants de moins de 2 ans¹⁰⁶.

La production alimentaire requiert également une quantité considérable d'eau fraîche, alors que la pénurie d'eau touche déjà les enfants de chaque continent¹⁰⁷. Les engrais risquent en outre de contaminer les systèmes aquatiques et les pesticides mettent directement en

danger les enfants¹⁰⁸. En plus de consommer des aliments comportant des résidus de pesticides, de nombreux enfants travaillent dans l'agriculture et sont directement exposés aux pesticides. De fait, 71 % de la main-d'œuvre infantile travaille dans le secteur agricole¹⁰⁹.

L'exposition prénatale aux pesticides peut augmenter le risque de décès du fœtus et de malformations congénitales, tandis qu'une exposition aux pesticides pendant l'enfance risque de perturber le système endocrinien, de provoquer des cancers et de retarder le développement neural. Les pesticides chimiques sont jusqu'à dix fois plus toxiques pour les enfants que pour les adultes et les cas d'empoisonnement aigu entraînent généralement la mort¹¹⁰.

La perte de biodiversité

En plus d'avoir une incidence sur les changements climatiques et la pollution, la production alimentaire influe aussi sur la perte de biodiversité. Un rapport récent des Nations Unies tire la sonnette d'alarme sur l'ampleur du problème : les activités humaines menacent près d'un million d'espèces¹¹¹. Il est reconnu que les nouvelles manières d'exploiter la terre et l'eau, qui consistent par exemple à détruire des forêts pour y installer des systèmes de culture ou d'élevage de bétail à grande échelle, constituent des facteurs majeurs de la perte de biodiversité¹¹².

La biodiversité n'est pas seulement essentielle au bon fonctionnement des écosystèmes, elle a aussi une incidence directe sur la sécurité alimentaire et la nutrition¹¹³. La diversité du régime alimentaire des enfants est en jeu¹¹⁴. Face à l'appauvrissement de la diversité des productions agricoles, les régimes alimentaires du monde entier deviennent de plus en plus homogènes (voir chapitre 1)¹¹⁵. Les deux tiers des apports caloriques mondiaux sont désormais issus de trois cultures seulement – le riz, le blé et le maïs¹¹⁶.

Si nous n'améliorons pas la production et les schémas alimentaires actuels, les enfants, leur famille et les générations à venir devront faire

face à un risque accru d'insécurité alimentaire et de malnutrition en raison des chocs climatiques et de la dégradation de l'environnement.

Conclusion

Aujourd'hui, les causes de la malnutrition infantile sont bien plus complexes et vastes qu'elles ne l'étaient en 1990. Les changements de grande envergure occasionnés par la mondialisation, l'urbanisation sauvage et les changements climatiques exacerbent les injustices subies par les enfants les plus démunis et les plus exclus et leur famille. Les crises qui frappent le monde entier menacent de bloquer ou d'annuler les progrès accomplis pour freiner la dénutrition infantile.

Parallèlement, on assiste à une plus grande reconnaissance du fait qu'il est injuste et évitable de priver certains groupes de la population d'aliments, de services, de ressources essentiels et de leur capacité de prise de décision, et que les enfants sont les premiers à en payer le prix.

Des chercheurs, des spécialistes et des professionnels s'attachent à produire davantage de données probantes visant à démontrer que les causes et les risques de la malnutrition se transmettent d'une génération à l'autre. Leurs connaissances et l'attention qu'ils portent à ce problème ont le potentiel de renforcer l'efficacité des interventions et d'orienter les mesures mises en place. Mais ce n'est pas suffisant. Davantage d'efforts doivent être déployés, que ce soit dans la recherche ou sur le terrain, pour comprendre pleinement la situation particulière des enfants issus des différents groupes de la population. Par exemple, peu d'études empiriques portent sur d'autres aspects que la pauvreté et le genre. Pour avoir une incidence plus large et plus durable, les professionnels devront s'employer à éliminer la marginalisation et les inégalités de genre qui sous-tendent les disparités à plus long terme.

Si nous voulons que les systèmes alimentaires transforment et améliorent les régimes alimentaires

des enfants, les forces plus larges qui influent sur l'alimentation, la croissance et le développement de ces derniers, à savoir les ressources, la gouvernance et les normes, devront également faire l'objet d'une attention accrue (voir chapitre 4). Il faudra les décomposer, les analyser et les comprendre pour obtenir une idée précise des structures de pouvoir et des points de pression qui régissent les systèmes alimentaires et permettre ainsi aux acteurs de la nutrition et au public d'exploiter les possibilités de susciter un changement.

De nombreux pays ont déjà amorcé un tel changement (voir chapitre 4). En renforçant la coordination des politiques et des programmes à travers l'ensemble des systèmes – alimentaires, de santé, d'approvisionnement en eau, d'éducation et de protection sociale –, et en améliorant leur mise en œuvre, nous pourrions opérer une véritable transformation.

Dans le nord du Kenya, une fillette rapporte dans un seau l'eau qu'elle a recueillie dans le lit de la rivière voisine, quasiment à sec. Turkana est l'un des districts du pays les plus durement touchés par les sécheresses prolongées et les épidémies récurrentes de choléra.
© UNICEF/UN0275168/Njuguna



SECTION SPÉCIALE

La nutrition dans les situations d'urgence

En 2018, l'UNICEF et ses partenaires ont traité plus de 3,4 millions d'enfants âgés de 5 à 59 mois atteints de malnutrition aiguë sévère dans des contextes d'urgence à travers le monde. La plupart se trouvaient en Afghanistan, en Éthiopie, au Niger, au Nigéria, en République démocratique du Congo, en Somalie, au Soudan, au Soudan du Sud, au Tchad et au Yémen. Sur la totalité de ces enfants, près de 90 % se sont rétablis¹²⁰.

En avril 2019, au Soudan, 11 États sur 18 enregistraient un taux global de malnutrition aiguë supérieur au seuil d'urgence de 15 % fixé par le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire. Sur les 2,4 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation chaque année, près d'un tiers (700 000) souffrent de malnutrition aiguë sévère. Les taux de malnutrition aiguë sévère sont particulièrement élevés dans l'est du Soudan et chez les réfugiés sud-soudanais¹²¹.

Traditionnellement, les efforts visant à améliorer la nutrition dans les situations d'urgence étaient principalement axés sur l'identification des cas d'émaciation, qui permettaient de repérer la malnutrition aiguë sévère à l'œil nu¹²². Cependant, la complexité et la durée prolongée des crises ont conduit le monde à se rendre compte que de nombreuses formes de malnutrition étaient présentes dans les situations d'urgence, dont le retard de croissance et les carences en micronutriments, selon de nouvelles données probantes¹²³. Dans les crises humanitaires prolongées, la prévalence du retard de croissance augmente tandis que les taux d'émaciation restent élevés¹²⁴. En réponse à ce phénomène, les spécialistes mondiaux de la nutrition se tournent vers des approches qui allient des solutions à court et long terme.

Les efforts déployés dans le cadre de ces approches visent à prévenir les décès évitables et à promouvoir la croissance. L'UNICEF et ses partenaires réalisent des évaluations nutritionnelles, identifient et soignent les enfants qui souffrent de malnutrition, et distribuent des aliments enrichis et des suppléments afin de prévenir les carences en nutriments. Ils font également la promotion de l'allaitement et prodiguent des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge, ce qui peut sauver des vies dans les situations d'urgence.

Les partenariats sont indispensables pour répondre aux besoins nutritionnels des populations affectées par des situations d'urgence complexes et prolongées à travers le monde. Ces partenariats s'attachent à sauver des vies et à aider les gouvernements locaux et nationaux à traiter la malnutrition dans les communautés et à élaborer des plans d'intervention d'urgence en cas de crise.

Alors que 86 % de l'aide humanitaire internationale est affectée à des pays qui font face à des crises à long et moyen terme, la planification de la résilience occupe une place de plus en plus importante¹²⁵. Entre 2005 et 2017, la durée moyenne des crises ayant fait l'objet d'un appel de fonds interorganisations est passée de 4 à 7 ans¹²⁶.

Yémen

Au Yémen, où vivent Moteab et sa famille, le conflit prolongé, la crise économique et le démantèlement des services essentiels, notamment des services de santé et d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ont transformé la vie quotidienne en véritable enfer¹²⁷. Le père de Moteab gagnait sa vie en transportant des marchandises dans une brouette, ce qui donnait à la famille de quoi acheter le strict minimum en matière de nourriture : du pain pour le petit-déjeuner et des légumes – généralement des pommes de terre – pour le déjeuner. Pour le dîner, ils composaient avec les restes.

L'action conjuguée de la pauvreté et du conflit prolongé a précipité Moteab dans une lutte pour survivre dès l'âge de 2 ans. « Il vomissait tout ce qu'il mangeait ou buvait », raconte sa mère. Moteab a enchaîné les maladies pendant 7 mois – il vomissait, souffrait de diarrhées et perdait du poids – avant que sa mère ne soit orientée vers un centre de santé gratuit dans la ville d'Abs, où une malnutrition aiguë sévère a été diagnostiquée à son fils.

Moteab fait partie des 400 000 enfants yéménites atteints de malnutrition aiguë sévère en 2018¹²⁸. La crise humanitaire qui accable le pays est l'une des pires crises de l'histoire récente¹²⁹.

Dans les situations d'urgence à travers le monde, soigner des enfants comme Moteab demande des outils et des approches qui impliquent à la fois des médicaments de routine, des aliments thérapeutiques, des soins individualisés et l'intervention d'autres services sociaux, tels que les services d'hygiène et d'assainissement¹²⁹.

Par exemple, au Yémen, des partenaires emploient la méthode SMART (Suivi et évaluation normalisés des phases des secours et de la transition), qui consiste à entreprendre une collecte systématique des informations fiables et à s'en servir pour prendre des décisions et allouer des ressources aux besoins prioritaires.

La prise en charge par la collectivité de la malnutrition aiguë sévère constitue aussi une approche efficace de la gestion de la MAS dans les situations d'urgence à travers le monde. Au Yémen, en 2018, l'UNICEF et ses partenaires appuyaient plus de 3 300 programmes d'alimentation thérapeutique de jour, tels que celui mis en place dans le centre d'Abs où Moteab a été soigné¹³⁰.

Si la majorité des enfants peuvent être soignés directement chez eux au moyen d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, l'état de Moteab nécessitait une prise en charge au centre de stabilisation d'Aslam. Ce centre fait partie des 69 centres destinés aux enfants atteints de malnutrition aiguë sévère qui souffrent en plus de complications médicales. Lorsque les combats se sont rapprochés, Moteab a été transféré à Sanaa, où sa famille a reçu l'aide dont elle avait besoin pour son traitement dans un centre d'alimentation thérapeutique installé dans un hôpital.

La famille a pu bénéficier gratuitement des services de nutrition essentiels à la survie de Moteab. Grâce à ces services, le petit est désormais sur le chemin de la guérison. « Je vois une amélioration depuis qu'il a été admis à l'hôpital d'Al-Sabeen », affirme sa mère. « Il a reçu de très bons soins. Maintenant, il termine toute la portion de lait spécialisé qu'on lui donne et il interagit avec les personnes autour de lui. »

« Je suis heureuse », ajoute-t-elle. « Mais j'ai peur pour les autres enfants de notre district qui pourraient se retrouver dans le même état que mon fils s'ils ne reçoivent pas rapidement de l'aide et des soins. »

Niger

Au Niger, où la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans s'élève à 41 % et celle de l'anémie, à 77 %¹³¹, les médecins soignent souvent la malnutrition aiguë sévère en lien avec une maladie évitable. « Partout dans le pays, les enfants qui sont sévèrement émaciés et qui n'ont pas accès à des soins de santé adéquats enregistrent des taux d'infection paludéenne plus élevés », explique le D^r Abale Laoali, qui travaille au Centre de récupération nutritionnelle de Diffa. « Nous avons également observé un affaiblissement des défenses immunitaires chez les enfants touchés par le paludisme. Cela se traduit par une perte de l'appétit ainsi que par des vomissements, des pneumonies ou des diarrhées graves. Le risque de malnutrition sévère devient alors très élevé en raison du manque de nourriture, des maladies, des mauvaises conditions de santé et d'hygiène – et des déplacements. »

Sani fait partie des patients du D^r Laoali. Ce bébé de 3 mois est atteint de malnutrition aiguë sévère et souffre d'une pneumonie, du paludisme et d'une maladie cardiaque congénitale. Il y a deux ans, la mère du petit, Fatima, a fui Damasak, au Nigéria, avec ses trois enfants pour échapper à Boko Haram. Depuis, ils n'ont pas cessé d'être déplacés. Quand elle était enceinte de Sani, Fatima était anémique, souffrait d'insécurité alimentaire et était très anxieuse. Lorsqu'elle est arrivée sur le site temporaire pour les personnes déplacées de Chetimari, elle a emmené Sani au centre de santé le plus proche. « Les infirmières m'ont dit que

mon bébé était en danger parce qu'en plus de souffrir de malnutrition, il avait contracté le paludisme et la pneumonie », affirme-t-elle. « Il ne tolérait pas le lait maternel, il n'avait pas d'appétit et il lui arrivait de vomir. J'ai commencé à avoir peur pour sa vie. »

Après 20 jours d'hospitalisation, et grâce aux conseils des agents de santé et au soutien de partenaires, Sani s'alimente de nouveau au sein et a repris du poids. Il n'a plus de symptômes du paludisme et il respire sans l'aide d'une machine à oxygène.■

Tsahara porte son fils Moctar, âgé de 2 ans. Celui-ci souffre de malnutrition aiguë sévère. Tous deux viennent de se rendre au centre de santé du village de Sarki Yamma Saboua, au Niger. Soutenu par l'UNICEF, le centre est situé à environ 6 km de leur village. © UNICEF/UNI122685/Asselin





PERSPECTIVE

La marionnette Raya, de Sesame Workshop, enseigne des habitudes saines aux enfants

Sherrie Westin
Présidente,
Impact social
et philanthropie,
Sesame Workshop

Depuis 50 ans, Sesame Workshop axe son action sur un programme d'enseignement global pour les enfants : il ne leur offre pas seulement les enseignements scolaires ou socioémotionnels dont ils ont besoin pour s'épanouir, mais il leur enseigne aussi des aptitudes d'une importance primordiale sur le plan de la santé et de la résilience.

Beaucoup d'enfants dans le monde entier souffrent de malnutrition, qui peut être causée par un manque d'accès à des aliments sains ou par des maladies infantiles. En fait, des maladies évitables et traitables comme la pneumonie et la diarrhée sont les principales causes de décès des enfants âgés de moins de 5 ans.

Nous savons également que nos propres personnages sont très habiles pour ce qui est de s'adresser aux enfants, de leur présenter des comportements comme modèles et de leur fournir le vocabulaire requis pour parler de questions difficiles. C'est pourquoi nous avons créé Raya, une marionnette toute spéciale de 1, rue Sésame. Elle a 6 ans, elle arbore de longues tresses et un sourire radieux, et elle enseigne aux enfants de 11 pays, dans 30 langues, des leçons pouvant sauver une vie en ce qui concerne l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH), dans le contexte de notre initiative WASH UP! (Lave-toi les mains !), en partenariat avec Vision mondiale.

Nous avons observé des résultats encourageants. Une recherche indépendante

réalisée avec le soutien de la Gates Foundation a constaté que notre programme avait engendré des améliorations mesurables dans les connaissances, les attitudes et les comportements relatifs à l'EAH chez les enfants au Bangladesh, en Inde et au Nigéria. Raya et WASH UP! continuent d'inspirer des dizaines de milliers d'enfants à apporter des changements positifs à la maison, à l'école et dans leur communauté.

Étant notre « ambassadrice mondiale pour la santé », Raya me semblait être la compagne idéale pour ce témoignage. Merci de t'entretenir avec moi aujourd'hui, Raya. Je sais à quel point tes connaissances sont nombreuses sur les façons de rester en bonne santé !

Raya

Oh oui ! Par exemple, il est important de vérifier si l'eau est propre avant de la boire. Je dis à mes amis qu'on peut tomber malade à cause de tout petits microbes dans l'eau qu'on ne peut même pas voir. Et nous attrapons tous des microbes sur les mains, alors il est important de les laver pendant 20 secondes avec de l'eau et du savon après être allé aux toilettes et avant de manger, pour se débarrasser de ces microbes !

Sherrie

Mais qu'en est-il de tes amis qui vivent dans des endroits où il n'y a pas d'eau potable courante ?



et Raya
Ambassadrice
mondiale pour
la santé

Raya

Beaucoup de mes amis dans le monde n'ont pas l'eau courante, mais il faut quand même qu'ils se lavent les mains pour se débarrasser de ces microbes. Une chose amusante que nous fabriquons ensemble s'appelle un tippy tap. C'est un poste de lavage des mains que les gens peuvent mettre en place n'importe où – c'est facile à faire et à utiliser ! Et aussi, si on doit aller aux toilettes à l'extérieur, il est très important de porter des sandales ou des chaussures quand on se rend aux latrines : il faut également protéger ses pieds contre les microbes, parce que c'est une autre façon d'attraper une maladie.

Sherrie

C'est vrai, Raya. Et quand les enfants tombent malades, la maladie peut empêcher leur corps d'absorber les nutriments dont ils ont besoin pour guérir, rester en bonne santé et bien grandir. Cela peut causer quelque chose qui s'appelle la malnutrition.

Raya

Alors, tomber malade, c'est la même chose que la malnutrition ?

Sherrie

Tomber malade est l'une des nombreuses causes de la malnutrition. La malnutrition peut aussi signifier que l'on n'a pas assez de nourriture à manger, ou que l'on ne mange pas assez d'aliments riches en nutriments qui aident les enfants à grandir et à devenir des adultes en bonne santé.

Raya

Je pense que j'ai compris ! J'ai un ami qui m'a appris des choses sur différents types d'aliments. Tu le connais aussi !

Sherrie

Parles-tu d'un certain monstre au pelage bleu appelé...

Raya

Macaron le glouton !

Sherrie

Il en sait sûrement beaucoup sur son sujet favori ! Qu'est-ce que Macaron le glouton t'a appris ?

Raya

Il m'a appris, et il a aussi appris à mes amis du 1, rue Sésame, la différence entre les « aliments de temps en temps » et les « aliments n'importe quand ». Les macarons sont des « aliments de temps en temps » parce qu'on ne doit pas en manger souvent : ce sont un régal qu'on peut s'offrir de loin en loin. Mais une pomme, c'est un « aliment n'importe quand », parce qu'elle est pleine de vitamines et qu'elle a un rôle important dans un régime alimentaire sain. Je peux manger une délicieuse pomme n'importe quand !

Sherrie

Je suis très contente que Macaron le glouton t'ait appris des choses importantes sur la nutrition, et que tu racontes ces choses à d'autres personnes comme moi. C'est exactement comme quand tu montres aux enfants qu'il est facile d'apprendre à se laver les mains. Les enfants qui apprennent de toi des comportements qui peuvent leur sauver la vie les enseignent ensuite aux membres de leur famille.

Raya

Oui ! Les habitudes saines sont contagieuses !

Sherrie

Et, en agissant de la sorte, tu fais une grande différence dans le monde en aidant beaucoup d'enfants à rester en bonne santé. Continue comme ça !

Raya

Merci ! Je vais le faire ! ■

Sherrie Westin est Présidente du volet Impact social et philanthropie du Sesame Workshop (Atelier 1, rue Sésame), l'organisation éducative sans but lucratif qui a créé l'émission 1, rue Sésame. Elle dirige les efforts de l'atelier pour s'adresser aux enfants vulnérables dans les médias de masse et à l'aide d'initiatives ciblées. Elle est ambassadrice de mission en chef du Sesame Workshop et, à ce titre, elle accroît la sensibilisation, elle forme des partenariats stratégiques et elle cultive l'aide philanthropique en vue de faire progresser la mission de l'atelier, qui consiste à aider les enfants du monde entier à devenir plus vifs, plus forts et plus bienveillants.

Raya, l'ambassadrice mondiale pour la santé du Sesame Workshop, est une marionnette de 6 ans débordante d'énergie qui guide des conversations dans le monde entier sur l'eau potable, le lavage des mains et l'utilisation sûre des latrines. Elle n'oublie jamais de se laver les mains avec de l'eau et du savon, et de porter ses sandales quand elle va aux latrines pour éviter de contracter des maladies. Elle encourage les enfants à partager ce qu'ils ont appris avec leurs amis et leur famille, et elle rend ainsi les bonnes habitudes contagieuses.



04 QUELLES RÉPONSES APPORTER À LA MALNUTRITION ?

L'évolution de la nature de la malnutrition infantile dans le monde appelle des réponses d'un nouveau type, permettant de déployer de manière coordonnée des interventions ciblées sur la nutrition ainsi que des programmes de développement sensibles à cette problématique. Ces réponses doivent également tenir compte du rôle central et de la responsabilité des systèmes alimentaires dans la nutrition et associer les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'éducation et de protection sociale à l'amélioration de l'alimentation infantile.



- Aborder la problématique de la nutrition à l'aide d'une approche systémique permet de prendre en compte les multiples déterminants de la nutrition infantile et de reconnaître le partage des responsabilités entre les différents secteurs et acteurs concernés, qu'ils soient publics ou privés.
- Si, au cours des dernières années, les initiatives visant à améliorer les systèmes alimentaires se sont multipliées, les besoins spécifiques des enfants ont en revanche été ignorés. Pourtant, ils doivent être placés au cœur de ces systèmes.
- Des stratégies propres à la nutrition doivent également être intégrées dans quatre systèmes clés : la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la protection sociale.

Tuyisenge tient Fabiola, sa fille de 11 mois, pendant qu'un agent de santé de proximité mesure la circonférence de la partie supérieure de son bras lors d'un examen de suivi de la croissance organisé par une association de prise en charge soutenue par l'UNICEF, dans le district de Musanze, au Rwanda. « Avant, je ne cuisinais comme légumes que des pommes de terre et des haricots, rien d'autre », explique Tuyisenge. « Désormais, je prépare toutes sortes de légumes ainsi que des petits poissons, et je peux voir les bienfaits de cette alimentation variée sur la croissance de mes enfants. »
© UNICEF/UN0301162/Noorani

Introduction

Pendant trop longtemps, la nutrition a été tenue en marge des programmes mondiaux de développement. Toutefois, depuis quelques années, la reconnaissance croissante des bienfaits socioéconomiques des investissements dans la nutrition tend à la placer au centre des préoccupations. Aussi, à mesure que s'étoffe le corpus d'études sur les interventions efficaces dans ce domaine, les discussions politiques menées au niveau mondial se concentrent de plus en plus sur des approches fondées sur des preuves¹.

La liste de ces interventions est déjà longue et ne cesse de s'agrandir. Elle comprend notamment la promotion de l'allaitement au sein, l'amélioration de l'accompagnement des familles les plus pauvres, la mise en place d'un système d'étiquetage plus clair et plus informatif sur les emballages des produits alimentaires, la lutte contre l'anémie ferriprive et d'autres formes de faim insoupçonnée, l'amélioration de l'environnement alimentaire des enfants et la généralisation de l'accès à l'eau potable. Il existe en effet un large éventail de mesures à même d'améliorer la nutrition infantile et bon nombre sont d'ores et déjà en cours de mise en œuvre.

S'il reste beaucoup à faire, nous avons toutefois des raisons d'être optimistes.

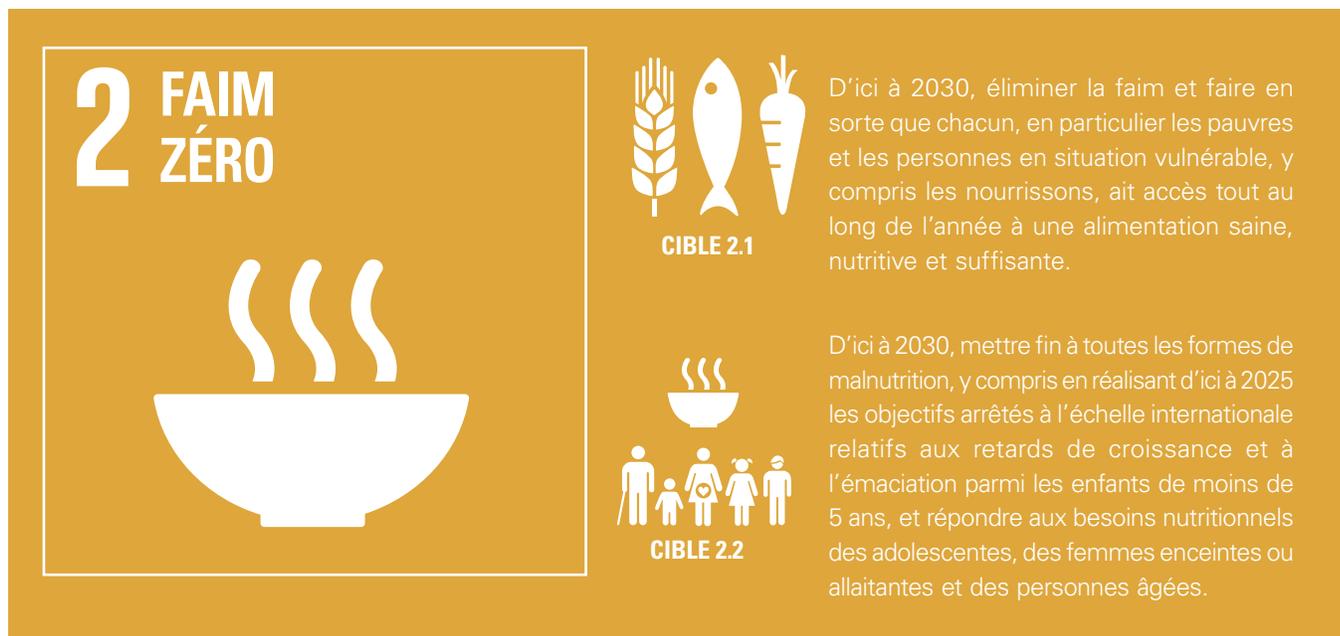
Un nombre croissant de gouvernements s'attèle actuellement à l'élaboration de stratégies visant à améliorer la nutrition. Dans de nombreux pays, celles-ci jetteront les bases sur lesquelles pourront venir s'appuyer les futures politiques dans ce domaine. Cependant, pour que l'action publique ait une véritable incidence, il incombe aux gouvernements de tenir compte de trois points fondamentaux :

- Premièrement, il n'y a **pas de solution simple aux problèmes de nutrition qui surviennent pendant l'enfance**. Les besoins nutritionnels des enfants sont aussi spécifiques qu'importants. C'est pourquoi il est impératif de placer les enfants et les jeunes au cœur des problématiques nutritionnelles et alimentaires.
- Deuxièmement, **les défis posés par la malnutrition ne peuvent être relevés qu'avec le concours de l'ensemble des systèmes** et des secteurs impliqués. Si les systèmes alimentaires doivent mieux répondre aux besoins des enfants, les autres systèmes, en particulier ceux de la santé, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de l'éducation et de la protection sociale, ont également un rôle primordial à jouer dans le cadre d'une approche coordonnée et systémique.

Dans le village d'Hanaq Chuquibamba, au Pérou, un bébé porté dans le dos mange un morceau de pain.
© UNICEF/Vilca 2019



La nutrition au sein des objectifs de développement durable



Source : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/hunger>

- Troisièmement, si les pouvoirs publics peuvent prendre l'initiative d'élaborer des politiques, des stratégies et des programmes, ils ne peuvent agir seuls. Le secteur privé, la société civile, les familles, ainsi que les enfants et les jeunes eux-mêmes sont autant d'acteurs clés qui permettront de changer la donne.

La réponse des gouvernements face à une dynamique grandissante

En 2018, le Consensus de Copenhague aboutissait à la conclusion que les interventions nutritionnelles comptaient parmi les interventions les plus efficaces et les moins onéreuses en matière de développement². La même année, la revue scientifique médicale britannique *The Lancet* publiait une série d'articles sur la dénutrition maternelle et infantile soulignant que les 1 000 premiers jours de vie de l'enfant à partir de sa conception constituaient une « fenêtre unique » pour la nutrition³ (série

suivie plus tard par d'autres articles analysant le problème croissant du surpoids)⁴. Ces multiples constats ont élevé la nutrition au rang de priorité pour le développement mondial et entraîné la mise en place de nombreuses initiatives à l'échelle du globe, notamment la création du mouvement SUN (Scaling Up Nutrition ou « Renforcer la nutrition »), un partenariat multipartite visant à soutenir des stratégies nationales de lutte contre la malnutrition par le biais d'une approche multisectorielle.

S'appuyant sur les cibles mondiales de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé, les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies considèrent par ailleurs que la nutrition constitue un facteur crucial, autant qu'un objectif clé, du développement durable. L'objectif 2 appelle ainsi les États Membres à « éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ». De fait, 12 de ces 17 objectifs incluent des indicateurs d'une importance capitale pour la nutrition⁵. Enfin, s'inscrivant

Les défis posés par la malnutrition ne peuvent être relevés qu'avec le concours de l'ensemble des systèmes impliqués

163 pays disposent désormais de politiques, de stratégies et de programmes, généraux ou spécifiques, axés sur la nutrition et la promotion de régimes alimentaires sains

dans le droit fil de cette ambition mondiale, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a proclamé la période 2016-2025 « Décennie d'action pour la nutrition », réaffirmant ainsi l'engagement mondial à éliminer la faim et à prévenir toutes les formes de malnutrition.

Cette dynamique croissante à l'échelle mondiale a conduit de nombreux gouvernements à mettre à jour leurs stratégies ou à développer de nouvelles approches en matière de nutrition. Ainsi, selon l'OMS, 163 pays disposent désormais de politiques, de stratégies et de programmes, généraux ou spécifiques, axés sur la nutrition et la promotion de régimes alimentaires sains⁶.

Si ces signes d'engagement sont encourageants, il convient néanmoins de rester prudent. En effet, nombre de ces politiques n'en sont qu'à leurs balbutiements (un tiers d'entre elles ont été élaborées à partir de 2015), si bien qu'il faudra du temps pour mesurer leurs effets. En outre, les politiques nutritionnelles adoptées par les différents pays ne tiennent pas toujours pleinement compte des objectifs, cibles et indicateurs relatifs aux cibles mondiales de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé. Or, l'intégration de ces cibles et d'engagements SMART⁷ est essentielle pour garantir que les gouvernements rendent compte de leurs actions et assurent un suivi efficace des interventions nutritionnelles⁸. Enfin, plusieurs éléments indiquent que les politiques et les programmes en matière de nutrition manquent encore trop souvent de cohérence et de coordination⁹.

Renforcer les résultats en matière de nutrition

De plus en plus de stratégies nationales tentent de répondre au problème de la nutrition en déployant des interventions dans un certain nombre de secteurs traditionnels bien définis, tels que la santé et l'éducation. Certaines de ces interventions, considérées comme directes ou propres à la nutrition, ciblent directement les causes immédiates de la malnutrition ainsi que plusieurs de ses

causes sous-jacentes, en particulier au sein des populations les plus défavorisées. Elles peuvent consister à prodiguer des conseils sur l'allaitement ou à dépister et à traiter la malnutrition aiguë sévère à un stade précoce. D'autres interventions, dites indirectes ou sensibles à la nutrition, contribuent quant à elle à remédier indirectement aux causes premières de la malnutrition et à certaines de ses causes sous-jacentes, en promouvant par exemple l'instauration de filets de protection sociale, l'éducation et l'autonomisation des femmes.

En règle générale, les interventions indirectes ont pour effet de renforcer l'efficacité des interventions directes. Au Brésil, par exemple, un programme de protection sociale sensible à la nutrition a permis de réduire la mortalité infantile imputable à la malnutrition grâce à des transferts conditionnels en espèces destinés aux femmes enceintes ou allaitantes. Ces dernières perçoivent des aides à condition de se rendre à des consultations pré et postnatales et de participer à des activités d'éducation à la santé et à l'alimentation¹⁰. De la même manière, le secteur de l'éducation constitue un excellent point d'entrée pour les gouvernements qui, grâce à des actions indirectes, peuvent s'atteler au problème de la malnutrition, en particulier auprès des populations les plus vulnérables. De tels dispositifs permettent notamment aux enfants de développer de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge et aux adolescentes de renforcer leurs connaissances en matière de nutrition.

Si combiner ces deux types d'approches – directes et indirectes – au sein d'un certain nombre de secteurs présente donc des avantages certains^{11,12}, le manque de coordination entre les acteurs et les domaines concernés continue toutefois de saper les efforts déployés pour la promotion d'une meilleure alimentation infantile et la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes.

Ainsi, porter une attention accrue à la malnutrition ne suffit pas pour traduire les engagements politiques en mesures concrètes. La mise en œuvre de solutions efficaces requiert la mobilisation des institutions, des ressources et des systèmes

publics ainsi que des stratégies coordonnées¹³. En effet, la lutte contre la malnutrition ne saurait se résumer à l'accumulation de résultats isolés dans un certain nombre de secteurs ; l'obtention de résultats nutritionnels à grande échelle nécessite une approche systémique coordonnée au sein de laquelle il convient de transformer les systèmes alimentaires et de les faire collaborer avec d'autres systèmes clés.

Des réponses multiples à un défi multiforme : l'approche systémique

Une approche de nature systémique s'avère pertinente à plusieurs égards. Tout d'abord, elle permet de mieux appréhender les interactions et les interconnexions entre différents domaines, tels que l'alimentation, la santé et l'éducation, et d'établir un objectif commun, à savoir améliorer l'alimentation et la nutrition des enfants, des adolescents et des femmes. Ensuite, elle permet d'éviter tout raisonnement simpliste selon lequel la malnutrition résulterait de relations causales directes et linéaires. Elle met au contraire l'accent sur le fait que la malnutrition découle de facteurs multiples et interdépendants, reconnaît l'existence d'une responsabilité partagée et souligne la nécessité de mobiliser toutes les attentions et ressources en provenance d'un large éventail d'institutions gouvernementales et de la société civile.

Cinq systèmes en particulier ont un rôle fondamental à jouer pour améliorer la nutrition : le système alimentaire, le système de santé, le système d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le système éducatif et le système de protection sociale. Si le premier doit proposer de meilleurs choix alimentaires aux enfants, aux adolescents et aux femmes, les quatre autres systèmes jouent également un rôle important pour susciter la transformation attendue, notamment au sein des environnements alimentaires personnels et extérieurs, et pour fournir les services nécessaires à l'amélioration des régimes alimentaires ainsi que des pratiques, des services et des résultats en matière de nutrition. L'obtention de

résultats nutritionnels à grande échelle dépend donc de la capacité de ces cinq grands systèmes à mettre en place des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition à chaque étape de la vie (voir figure 4.1).

Cela ne veut pas dire que d'autres systèmes ne peuvent pas contribuer à la nutrition. Les systèmes d'information, par exemple, jouent un rôle fondamental en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation des données sur la nutrition et peuvent servir de base à la prise de décisions rapides et efficaces visant à améliorer les résultats nutritionnels en faveur des enfants. De nombreux pays ont d'ailleurs recours à différents types de systèmes d'information pour soutenir les interventions nutritionnelles.

En ciblant les systèmes clés ayant la capacité de mettre en œuvre des interventions nutritionnelles à grande échelle, l'approche systémique confère à ces derniers une plus grande responsabilité à l'égard des résultats nutritionnels, au-delà de leurs objectifs sectoriels. Pourtant, dans un grand nombre de pays, on considère encore que la problématique de la nutrition relève uniquement de la responsabilité du secteur de la santé, auquel revient la charge principale de mettre en œuvre des interventions nutritionnelles. Or, si le système de santé a effectivement un rôle important à jouer dans la transposition à grande échelle de certaines interventions nutritionnelles, d'autres facteurs déterminants de la malnutrition infantile, tels que la diversité alimentaire, ne relèvent pas de son champ d'action. Pour parvenir à une couverture adéquate, il est donc impératif que des mesures soient prises dans l'ensemble de ces systèmes.

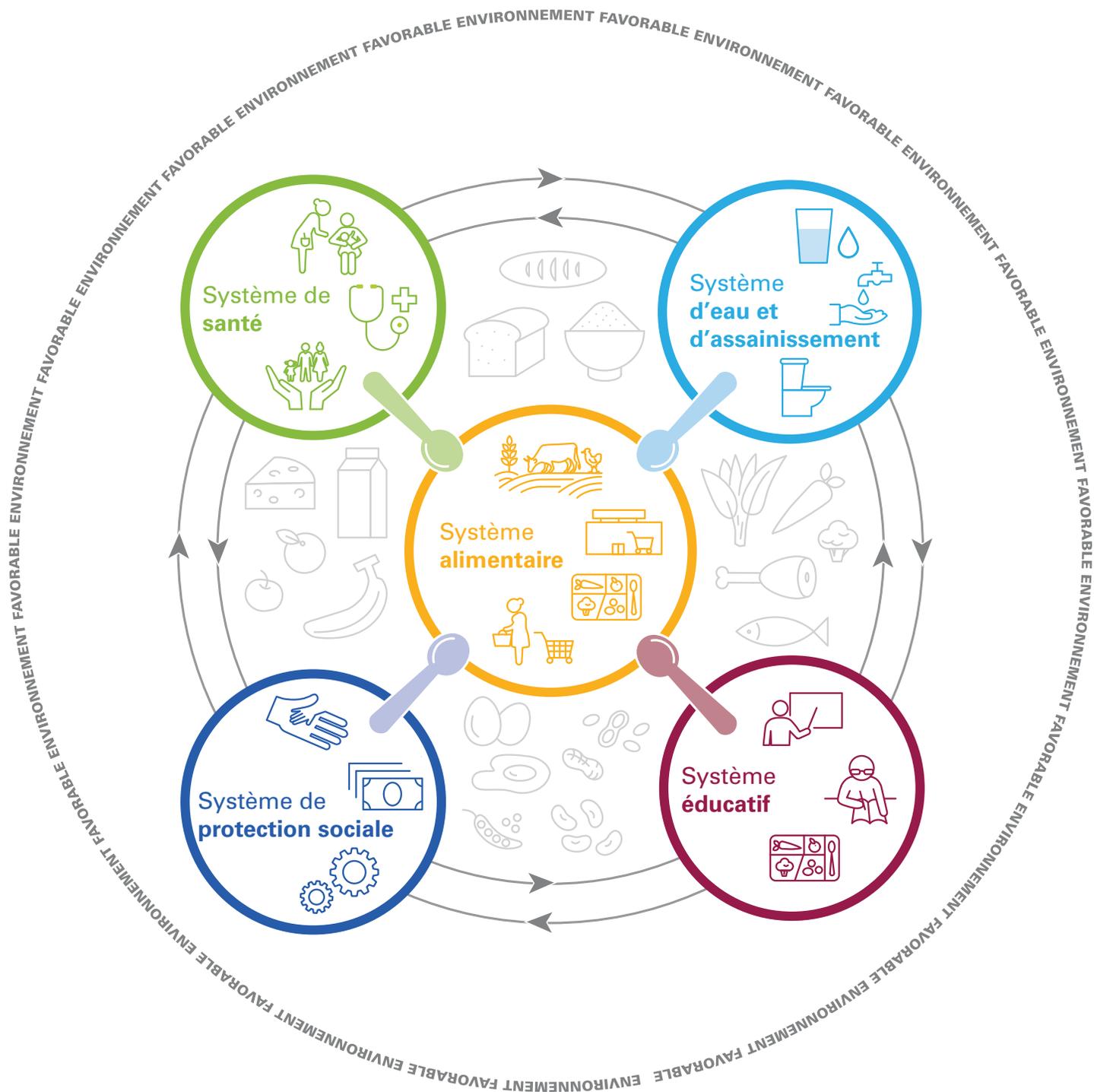
Si la manière d'articuler ces réponses multiples est susceptible de varier en fonction des contextes, tous devront certainement employer des approches novatrices pour mobiliser l'ensemble des systèmes à même d'améliorer la nutrition.

Les différents exemples présentés dans ce chapitre (voir section spéciale) montrent d'ailleurs que nous ne manquons pas d'initiatives réussies et d'enseignements pour nous indiquer le chemin à suivre.

Une approche systémique cible les systèmes clés ayant la capacité de mettre en œuvre des interventions nutritionnelles à grande échelle

Des réponses multiples à un défi multiforme : l'approche systémique

FIGURE 4.1 | Une approche systémique pour relever le défi de la malnutrition



Source : Stratégie de l'UNICEF pour la nutrition maternelle et infantile 2020-2030, UNICEF, New York, 2019.

Une approche systémique confère à de multiples systèmes une plus grande responsabilité à l'égard des résultats nutritionnels, au-delà de leurs objectifs sectoriels



Le système alimentaire

Le système alimentaire comprend l'ensemble des activités et des acteurs impliqués dans la chaîne par laquelle la nourriture passe « du champ à l'assiette », ainsi que dans l'élimination des déchets (voir chapitre 1). Il comporte de nombreuses étapes intermédiaires telles que la transformation, la distribution, le marketing ou encore la vente, et s'articule autour de quatre composantes principales : la chaîne d'approvisionnement alimentaire, les environnements alimentaires extérieurs, l'environnement alimentaire personnel et les comportements alimentaires adoptés par les personnes qui ont la charge d'enfants et les consommateurs (dont les enfants et les adolescents).



Le système de santé

Si le système de santé comprend l'ensemble des services préventifs et curatifs, il s'étend bien au-delà de leur simple prestation. En effet, la gestion et le financement de ces services ainsi que les fournitures, les équipements, le personnel et les systèmes d'information nécessaires à leur fonctionnement sont autant d'éléments intrinsèques au système de santé. Lorsqu'il est efficace, ce système est en mesure de favoriser de bonnes pratiques alimentaires dans les familles et d'offrir des chances de survie, de croissance et de développement équitables aux enfants, aux adolescents et aux femmes.



Le système d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Ce système comprend les politiques, les programmes, les services, les infrastructures et les acteurs impliqués dans l'approvisionnement en eau potable et dans la mise à disposition d'infrastructures d'assainissement sûres. Si les politiques sont souvent destinées à répondre aux besoins élémentaires des populations les plus vulnérables, un système robuste d'approvisionnement en eau et d'assainissement est essentiel pour garantir la fourniture d'eau potable et d'aliments sûrs ainsi que des environnements sains pour les enfants, les adolescents et les femmes.



Le système éducatif

Les systèmes éducatifs font référence aux institutions, formelles et informelles, qui ont pour but d'instruire les enfants de l'école maternelle à la fin du cycle secondaire. Bien que les politiques dans ce domaine s'orientent principalement vers les écoles publiques, le secteur privé peut également suivre les recommandations nationales en matière d'éducation. Par ailleurs, un système éducatif efficace dispose d'enseignants formés, de bonnes méthodes pédagogiques et de ressources solides et doit permettre d'améliorer les résultats en termes de nutrition.



Le système de protection sociale

Le système de protection sociale renferme une série de politiques et de programmes, publics et privés, visant à prévenir, à réduire et à éliminer les vulnérabilités sociales et économiques qui mènent à des situations de pauvreté et de précarité. En effet, ces programmes de protection sociale, lorsqu'ils tiennent compte de la nutrition, sont en mesure d'atténuer les effets de la pauvreté sur la nutrition des enfants, des adolescents et des femmes. Ainsi un système de protection sociale solide s'articule-t-il autour de différents programmes souvent destinés à protéger les groupes vulnérables et à briser le cycle de la pauvreté.

SECTION SPÉCIALE

À quoi ressemble dans la pratique une approche systémique au service de la nutrition ?

Répondre aux défis posés par la malnutrition requiert la mise en œuvre de mesures dans cinq systèmes clés : le système alimentaire, le système de santé, le système d’approvisionnement en eau et d’assainissement, le système d’éducation et le système de protection sociale. Il existe de nombreux exemples à travers le monde illustrant la manière dont chacun de ces systèmes peut contribuer à améliorer la nutrition maternelle et infantile.

Le système alimentaire



L’enrichissement des aliments de base en micronutriments compte parmi les interventions les plus efficaces et les moins onéreuses pour lutter contre la faim insoupçonnée. Dans les années 1920, la Suisse et les États-Unis ouvraient la voie aux initiatives¹⁴ d’enrichissement en éliminant presque

totalement les formes les plus sévères de troubles liés à une carence en iode, à savoir le goître et le crétinisme, grâce à l’ajout d’iode dans le sel. Aujourd’hui, nombreux sont les pays qui enrichissent les céréales raffinées en micronutriments¹⁵.

Simple d’un point de vue technique, un tel enrichissement n’est efficace que s’il répond à plusieurs impératifs. Il doit tout d’abord être le fruit d’une collaboration entre les pouvoirs publics et une industrie alimentaire arrivée à maturité, c’est-à-dire disposant de processus de transformation centralisés et spécialisés ainsi que d’infrastructures de distribution adaptées. Cet enrichissement doit ensuite être soumis à une surveillance et à des contrôles de qualité et, enfin, aller de pair avec des campagnes de sensibilisation visant à promouvoir la consommation des aliments ainsi produits auprès des consommateurs. Ce type d’intervention, particulièrement efficace dans les zones urbaines où le consommateur trouvera facilement les produits en question, aura toutefois une portée moindre dans les zones rurales où les infrastructures de distribution sont plus sporadiques.

L’iodation universelle du sel

L’iodation universelle du sel est l’une des interventions nutritionnelles les plus réussies à l’échelle mondiale. Grâce à elle, le

nombre de pays dans lesquels les carences en iode constituaient un problème de santé publique a chuté, passant de 113 au début des années 1990 à 19¹⁶ seulement en 2016. Aujourd’hui, 86 % des foyers de la planète utilisent du sel iodé. Une telle avancée a permis de faire substantiellement reculer les troubles liés aux carences en iode, contribuant ainsi au meilleur développement intellectuel de millions d’enfants. Cette intervention affiche par ailleurs un excellent rapport coût-efficacité étant donné qu’elle ne coûte que 0,05 dollar É.-U. par personne et par an¹⁷.

Au vu de son efficacité dans les pays développés, l’iodation du sel a été déployée à plus grande échelle au niveau mondial. En 1994, l’OMS et l’UNICEF ont reconnu cette méthode comme étant une manière sûre, efficace et durable de résoudre le problème des carences en iode¹⁸. Pourtant, cette pratique est encore peu répandue en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne, en particulier dans les zones rurales disposant de mauvaises infrastructures et dans les pays où la production de sel repose sur une multitude d’exploitations de petite taille. Comme pour toute autre forme d’enrichissement des aliments, le déploiement à grande échelle de l’iodation du sel requiert un engagement de la sphère politique et de l’industrie alimentaire et doit être associée à d’autres programmes nutritionnels et projets prioritaires de développement au niveau national, en plus de tenir compte de l’évolution des habitudes alimentaires. Par exemple, la consommation accrue de sel dans les aliments transformés au détriment du sel de table devrait conduire les industriels à utiliser du sel iodé dans leurs produits alimentaires. L’iodation du sel alimentaire sous toutes ses formes est d’autant plus souhaitable que cette pratique contribue au respect des recommandations de l’OMS de réduire l’apport journalier en sel à moins de 5 grammes¹⁹.

L'enrichissement des aliments à grande échelle

L'efficacité de l'iodation du sel a ouvert la voie à d'autres initiatives d'enrichissement des aliments dans le monde entier. Les États-Unis, par exemple, ont commencé à enrichir le lait en vitamine D afin de prévenir le rachitisme en 1933 et à ajouter obligatoirement de la thiamine, de la riboflavine et du fer dans la farine en 1942²⁰. En 1996, les autorités américaines ont également rendu obligatoire l'ajout d'acide folique dans la farine afin de réduire la prévalence des anomalies du tube neural, dont les formes les plus fréquentes sont le spina-bifida et l'anencéphalie, une malformation mortelle. Les évaluations menées par la suite ont indiqué une diminution de la prévalence de ces pathologies allant de 19 % à 32 % et des résultats comparables ont été observés dans de nombreux autres pays²¹. Face à de tels résultats, plusieurs pays, notamment des pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni, qui étudie actuellement l'enrichissement en acide folique, envisagent de déployer des programmes similaires à l'échelle nationale²².

À l'heure actuelle, 81 pays à travers le monde, dont l'Afrique du Sud, le Maroc, l'Indonésie, la Jordanie, le Mexique ou encore l'Uruguay, imposent l'enrichissement de la farine de blé seule ou conjointement à la farine de maïs et au riz²³. Cependant, le potentiel de cette mesure reste encore largement inexploité : d'après les estimations, si tous les pays du globe enrichissaient la farine en acide folique, 230 000 cas d'anomalies du tube neural pourraient être évités chaque année²⁴. Par ailleurs, les normes nationales d'enrichissement de la farine ne répondent pas toujours aux exigences minimales concernant les nutriments essentiels tels que le fer, le zinc et la vitamine B12²⁵.

Aussi, comme l'indique la Déclaration d'Arusha sur l'enrichissement des aliments prononcée en 2015²⁶, d'importantes actions doivent encore être menées afin de renforcer, entre autres, la surveillance et le respect des normes et des réglementations en matière d'enrichissement des aliments, la production de données probantes permettant d'éclairer l'élaboration des politiques et des programmes, les mécanismes de responsabilisation et de rapports à l'échelle mondiale ainsi que les actions de plaidoyer et les investissements (même modestes) dans ce domaine.

Le système de santé



Si les établissements de santé disposent d'un potentiel considérable pour améliorer la nutrition, celui-ci reste trop souvent inexploité. En effet, pour être pleinement efficaces dans la lutte contre la malnutrition, les systèmes de santé nationaux doivent non seulement proposer des services de prévention et de soins, mais également promouvoir des pratiques familiales positives, telles que l'allaitement, susceptibles d'améliorer considérablement les résultats nutritionnels. À cet égard, les systèmes de santé du Cambodge, du Rwanda et de l'Inde font figure d'exemples.

Le Cambodge a lourdement investi dans des campagnes de sensibilisation des communautés et dans l'amélioration des soins prodigués au moment de l'accouchement. Ainsi, le pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié a doublé entre 2005 et 2014 pour atteindre 89 % et la proportion d'accouchements dans des structures médicales est passée de 22 % à 83 % au cours de la même période. Surtout, le taux de mise au sein précoce a plus que décuplé entre 1998 et 2014, année durant laquelle il atteignait 63 %²⁷. Le programme a également contribué à mettre un terme à la hausse du recours aux substituts du lait maternel pour les nouveau-nés²⁸.

D'importants progrès ont aussi été observés au Rwanda. Le pays a lancé une campagne de communication intensive

et soutenue sur les pratiques alimentaires, notamment sur la mise au sein précoce, ainsi que sur l'initiative « Hôpitaux amis des bébés ». Ainsi, en 2014, 91 % des accouchements étaient assistés par du personnel qualifié, contre 39 % en 2005, et presque toutes les naissances avaient lieu dans des établissements de santé. Les taux de démarrage précoce de l'allaitement ont eux aussi augmenté, passant de 64 % en 2005 à 81 % en 2014²⁹. Le Rwanda compte en outre à ce jour 45 000 agents de santé de proximité qui conseillent les mères sur les bonnes pratiques alimentaires à adopter et sur la manière d'accoucher en toute sécurité.

En Inde, les pouvoirs publics centraux et étatiques ont déployé une stratégie axée sur plusieurs fronts afin de promouvoir l'allaitement au sein. Cette stratégie comprend notamment des programmes à grande échelle, des initiatives efficaces de renforcement des capacités, des partenariats solides, des actions au sein des communautés et des campagnes de communication. Grâce à ces mesures, le taux de mise au sein précoce est passé de 24,5 % en 2006 à 44,6 % en 2014, et ces résultats sont encore plus impressionnants dans les sept États affichant les taux de mortalité néonatale les plus élevés (passant de 12,5 % en 2006 à 34,4 % en 2014^{30, 31}).

Ces exemples montrent que les pays peuvent obtenir des résultats de grande ampleur en intégrant des activités de conseil en matière d'allaitement à leur système de santé ou en

améliorant la qualité des conseils déjà dispensés. Ces trois pays ont su renforcer les capacités de leurs agents et de leurs établissements de santé en matière d'interventions nutritionnelles. Ces résultats positifs démontrent les avantages

d'institutionnaliser, de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement au sein dans les maternités, en particulier au cours des premiers jours de vie de l'enfant.

Le système d'approvisionnement en eau et d'assainissement



Les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement de mauvaise qualité font partie des principaux facteurs de la malnutrition, car ils favorisent l'apparition de maladies telles que la diarrhée et la dysenterie, qui empêchent les enfants d'absorber les nutriments dont ils ont besoin.

L'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH), combinée à la mise en place d'interventions nutritionnelles, peut donc jouer un rôle fondamental pour prévenir les retards de croissance ainsi que les autres formes de malnutrition. Une telle approche a été adoptée au Pakistan et en Éthiopie, deux pays affichant des taux de retard de croissance supérieurs à 30 % chez les enfants âgés de moins de 5 ans et dans lesquels l'accès aux services d'assainissement de base reste un problème majeur à l'échelle nationale.

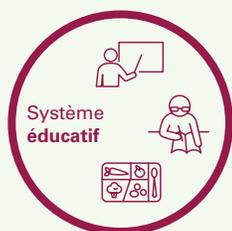
Dans la province du Sind, au Pakistan, l'UNICEF Pakistan et ses partenaires ont mis en œuvre un ensemble intégré d'interventions axées sur les 1 000 premiers jours de vie dans les domaines de la nutrition et de l'EAH. Les activités EAH visaient à réduire la prévalence et la gravité de l'entéropathie environnementale, une inflammation chronique de l'intestin, notamment en garantissant un approvisionnement en eau salubre, en encourageant les initiatives communautaires destinées à éliminer la défécation à l'air libre, en améliorant les comportements en matière d'hygiène et en renforçant les capacités des prestataires de services.

Même si de nombreux défis restent à relever, d'immenses progrès ont pu être accomplis grâce à ces interventions. Des agents de santé de proximité ont été mobilisés et la création de clubs EAH dans les écoles a permis aux enfants de véhiculer des pratiques positives. Au total, 922 000 femmes et enfants âgés de moins de 5 ans ont pu bénéficier de ces services nutritionnels, notamment d'une supplémentation en micronutriments.

En Éthiopie, en 2017, l'UNICEF a lancé un programme baptisé « Baby WASH » dans le but d'empêcher les bébés et les jeunes enfants de contracter des infections microbiennes lorsqu'ils jouent et mangent. Ce programme inclut des outils et des supports interactifs de communication pour le développement, notamment une série de feuilletons radiophoniques, des messages d'intérêt public et des groupes de discussion avec des mères.

Le programme Baby WASH a contribué à modifier les comportements. En effet, selon un rapport d'évaluation interne, près des trois quarts des auditeurs des feuilletons radiophoniques et des messages d'intérêt public disent avoir changé leurs habitudes : près de la moitié d'entre eux ont déclaré se laver les mains plus souvent en utilisant du savon et près d'un quart ont reconnu ne plus pratiquer la défécation à l'air libre. Face à de tels résultats, l'UNICEF a commencé à travailler avec le Ministère de la santé afin de déployer le projet dans le reste du pays. Leurs efforts incluent notamment l'élaboration de recommandations nationales et d'un manuel de formation, ainsi que le lancement d'une initiative de formation nationale destinée aux personnes qui seront chargées de mettre en œuvre le programme dans les différentes régions du pays³².

Le système éducatif



Les interventions nutritionnelles et alimentaires en milieu scolaire peuvent également jouer un rôle de premier plan dans la création d'un environnement à même de fournir et de promouvoir une alimentation saine au profit des enfants et des adolescents³³. En éduquant et en incitant les

enfants (et leurs parents) à faire de meilleurs choix alimentaires pour leur santé, le système éducatif peut non seulement servir

de vecteur aux interventions propres à la nutrition, mais également garantir l'existence d'un environnement propice à une meilleure alimentation.

En Inde, un programme de lutte contre l'anémie chez les adolescentes montre de quelle manière le système éducatif peut contribuer à améliorer les résultats en lien avec la nutrition. Ce programme a été mis en œuvre en 2000 avec le lancement d'une phase pilote destinée aux adolescentes de 2 000 établissements scolaires publics répartis dans cinq États.

Cette phase pilote s'articulait autour de trois interventions principales : une supplémentation hebdomadaire en acide folique et en fer, des activités nutritionnelles et éducatives mensuelles, ainsi qu'une campagne semestrielle de vermifugation. Au total, 8,8 millions de filles âgées de 10 à 19 ans ont bénéficié de ces interventions. Au bout d'un an, les résultats ont montré une baisse importante de la prévalence de l'anémie dans ses formes modérée à sévère³⁴.

Fort de ces résultats positifs et de l'expérience ainsi acquise, le Gouvernement indien a décidé, en 2012, de lancer un programme national de supplémentation hebdomadaire en fer et

en acide folique dans l'objectif d'atteindre 116 millions d'adolescentes âgées de 10 à 19 ans dans 32 États. Par ailleurs, pour la première fois, près de 40 millions de garçons ont également été inclus dans ce programme. Au début de l'année scolaire 2016-2017, le programme atteignait 36 % des adolescentes ciblées et tous les États avaient déjà pris des mesures clés pour assurer sa pérennité. Codirigé par le Ministère de la santé et de la famille, le Ministère de l'éducation et le Ministère du développement de la femme et de l'enfant, ce projet est un exemple prometteur de la coordination qui doit être mise en place entre différentes institutions publiques pour déployer une approche nutritionnelle efficace au sein du système éducatif.

Le système de protection sociale



Les programmes de protection sociale constituent de puissants instruments, non seulement pour sortir les familles de la pauvreté, mais également pour promouvoir la nutrition maternelle et infantile. Un éventail d'interventions, telles que les transferts en espèces (conditionnels ou non), les rations alimentaires et la distribution de repas à l'école, peut contribuer à réduire les effets à long terme de la précarité et donner aux communautés l'accès à des aliments nutritifs et les moyens financiers de se les procurer. Les programmes de transferts en espèces, en particulier, ont des bienfaits éprouvés sur l'état nutritionnel et sur la santé des enfants³⁵.

Les programmes de protection sociale sont répandus en Amérique latine et ont aidé plusieurs pays à faire reculer la pauvreté et à améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition des enfants, des jeunes et des familles. Au Brésil, le programme Bolsa Familia (« bourse familiale »), lancé en 2003, a permis d'aider 13 millions de familles au cours de ses dix premières années de mise en œuvre et a contribué à la réalisation d'avancées notables en matière de développement social et de santé publique³⁶. Spécifiquement axé sur la nutrition, il a joué un rôle crucial pour aider les familles à faible revenu à acheter de la nourriture et donc à améliorer la qualité et la diversité de leur alimentation³⁷. Une étude publiée par *The Lancet*

a d'ailleurs révélé que ce programme avait également permis de réduire la mortalité infantile chez les enfants âgés de moins de 5 ans en promouvant les soins pré et postnatals, des campagnes de vaccination et des services de santé et de nutrition destinés aux femmes et aux enfants³⁸.

De la même manière, Prospera, le programme de transferts conditionnels en espèces mis en place au Mexique, a bénéficié à quelque 7 millions de familles³⁹. La nutrition infantile fait partie des principales composantes de ce programme depuis sa création. Les familles concernées par ce programme bénéficient régulièrement de services de santé maternelle et infantile qui incluent un suivi de l'état nutritionnel de l'enfant. Elles bénéficient en outre de services nutritionnels qui visent à leur donner la capacité de se nourrir sainement et de fournir une alimentation nutritive, sûre et abordable à leurs enfants. Selon plusieurs études, le programme a contribué à promouvoir la nutrition et la croissance optimale et a élargi la diversité alimentaire au sein des familles et chez les enfants^{40, 41}.

Ces interventions de grande ampleur prouvent l'importance de disposer de systèmes de protection sociale sensibles à la nutrition. Ceux-ci permettent en effet aux pays concernés d'atténuer les effets de la pauvreté tout en aidant les familles à bien s'occuper de leurs enfants, un facteur essentiel pour mettre en place des habitudes alimentaires saines et parvenir à une meilleure nutrition infantile. ■

Les systèmes alimentaires doivent être remodelés de sorte qu'ils permettent aux individus, en particulier aux enfants, non seulement de manger, mais surtout de bien se nourrir

Placer l'enfant au cœur du système alimentaire

Comme nous l'avons vu précédemment (voir chapitre 1), des systèmes alimentaires performants permettent de garantir que tous les enfants, où qu'ils se trouvent, jouissent d'une alimentation saine, sûre et abordable. Pourtant, en dépit de leur rôle central, ces systèmes alimentaires

sont largement absents des politiques et des programmes de nutrition maternelle et infantile. Heureusement, les attitudes et les approches évoluent. La communauté internationale, notamment, prend de plus en plus conscience du besoin de remodeler ces systèmes de sorte qu'ils permettent aux individus, en particulier aux enfants, non seulement de manger, mais surtout de bien se nourrir.

La Déclaration de Rome sur la nutrition de 2014 a représenté une première étape décisive vers cette prise de conscience. Depuis, différents rapports et études se sont intéressés à certains aspects des systèmes alimentaires⁴². Par exemple, dans un rapport, le Groupe d'experts de haut niveau sur la nutrition et les systèmes alimentaires a réalisé une analyse approfondie du rôle fondamental des environnements alimentaires dans la détermination des choix en matière d'alimentation ainsi que les solutions qui permettraient aux différents systèmes alimentaires, qu'ils soient traditionnels, modernes ou mixtes, de fournir une alimentation plus saine et plus durable⁴³.

Entre autres perspectives, le Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition a insisté sur le rôle de certains acteurs clés⁴⁴ tandis que le Rapport sur la nutrition mondiale a pointé du doigt l'importance des secteurs public et privé pour garantir la promotion d'une alimentation saine⁴⁵ au sein des systèmes et des environnements alimentaires. Enfin, au début de l'année 2019, la Commission EAT-Lancet a souligné le besoin d'accélérer la transformation des systèmes alimentaires pour atteindre non seulement les ODD, mais aussi les objectifs pour le climat⁴⁶.

Cet élan doit à présent gagner en puissance si nous voulons garantir que les systèmes alimentaires parviennent à répondre aux besoins des enfants et des adolescents. Compte tenu de la spécificité des besoins nutritionnels infantiles, il est en effet urgent de placer ces derniers au cœur des systèmes alimentaires. Aussi, parmi les problématiques à traiter en priorité, il convient de porter une attention toute particulière aux interventions visant à améliorer les choix alimentaires au sein des environnements alimentaires, c'est-à-dire dans les lieux où les enfants, les jeunes et les personnes s'occupant d'eux interagissent avec le système alimentaire au sens large, notamment les magasins, les marchés, les restaurants ou encore les enseignes de restauration rapide, ainsi que dans le marketing et la publicité. À cet égard, le rôle que peuvent jouer la législation et la réglementation dans la transformation des systèmes alimentaires tout comme la manière dont le secteur privé peut contribuer à fournir une alimentation plus nutritive aux enfants constituent des leviers d'action importants de l'approche systémique.

Accompagner la transformation du système alimentaire par la législation

Le cadre réglementaire peut jouer un rôle déterminant en contribuant à l'amélioration des choix alimentaires proposés aux enfants et aux jeunes à plusieurs niveaux du système alimentaire. Il peut notamment réglementer la commercialisation des aliments malsains et des substituts du lait maternel, mettre en place des taxes sur les produits alimentaires préjudiciables à la santé comme mesures dissuasives, ou encore accroître la demande d'aliments nutritifs ainsi que l'accès à ce type de produits. Enfin, il peut instaurer des conditions de concurrence équitables pour toutes les entreprises.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, par exemple, constitue un cadre réglementaire bien établi qui protège et promeut l'allaitement au sein tout en garantissant une utilisation appropriée des substituts du lait maternel en interdisant, le cas échéant, leur promotion et en veillant à un étiquetage adéquat des produits⁴⁷. Pourtant, selon la fondation Access



to nutrition, « six des plus grandes entreprises spécialisées dans la production d'aliments pour bébés continuent de commercialiser des substituts du lait maternel en ayant recours à des pratiques de marketing loin de répondre aux normes édictées par le Code⁴⁸ ». En avril 2018, 136 pays sur 194 s'étaient dotés d'un instrument juridique visant à faire respecter les dispositions dudit Code. Plusieurs d'entre eux ont également fait des efforts considérables pour s'attaquer au problème des mauvaises pratiques de marketing en ce qui concerne les compléments alimentaires⁴⁹. Nonobstant ces efforts, la plupart des pays tardent à mettre en place une réponse efficace et durable au problème de la commercialisation des substituts du lait maternel et des autres aliments non adaptés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Taxes sur le sucre

Pour répondre à l'augmentation galopante du surpoids et de l'obésité, plusieurs pays ont instauré des taxes sur les aliments à forte teneur

en sucres en ciblant le plus souvent les boissons sucrées.

Leur consommation continue d'augmenter dans la majorité des pays, en particulier chez les enfants et les adolescents, alors même que l'on sait que leur surconsommation constitue un facteur de mauvaise alimentation et de prise de poids⁵⁰. Selon le Rapport sur la nutrition mondiale, 59 pays ont mis en place différents types de taxes sur les boissons sucrées⁵¹.

Il n'est toutefois pas facile de comparer les taxes mises en place d'un pays à l'autre étant donné qu'elles peuvent s'appliquer à différents produits, à différents niveaux et à différentes fins. Pour prendre un exemple récent, la Malaisie a commencé à taxer deux catégories de boissons en 2019 : celles qui contiennent plus de 5 g de sucre ajouté ou d'édulcorant pour 100 ml et les jus de fruits et de légumes contenant plus de 12 g de sucre pour 100 ml. Il est toutefois trop tôt pour pouvoir correctement évaluer et analyser l'incidence et l'efficacité de cette nouvelle taxe⁵².

Shirin, 16 ans, dans son épicerie au Bangladesh.
© UNICEF/UN066971/Mawa

Le secteur privé dispose d'un potentiel considérable pour améliorer la nutrition infantile

De manière plus générale, une analyse récemment publiée par l'UNICEF souligne que ce type de mesures a eu des effets positifs sur la consommation des produits taxés dans plusieurs pays. Au Mexique, par exemple, la consommation des boissons taxées a chuté de 5,5 % en

2014 et de 9,7 % l'année suivante⁵³ tandis qu'en France, la demande de boissons à base de cola a baissé de 6,7 % et 6,1 %, respectivement, au cours des deux premières années suivant la mise en œuvre de cette mesure⁵⁴. Le Rapport de 2018 sur la nutrition mondiale indique également que plusieurs études d'observation confirment l'incidence positive de ces taxes⁵⁵.

Étiquetage et informations nutritionnelles

Certains pays ont également rendu obligatoire la mention des informations nutritionnelles des aliments sur la face avant des emballages. Ces systèmes d'étiquetage permettent aux personnes ayant la charge d'enfants et aux consommateurs – notamment les enfants et les adolescents – de faire des choix éclairés tout en incitant les industriels à revoir la composition de leurs produits. En effet, selon le nombre croissant d'études qui se sont intéressées à leurs effets, de telles mesures contribuent à éliminer certains obstacles qui empêchent le consommateur de choisir des produits sains par manque d'informations adéquates⁵⁶. Aussi, bien que l'influence réelle de cette démarche sur le comportement des consommateurs dépende de leurs préférences alimentaires, de leurs connaissances en matière de nutrition et du type d'aliment concerné, lorsque l'étiquette est visible, facile à comprendre et non trompeuse, son incidence sur les choix alimentaires peut s'avérer positive. En effet, l'expérience montre que des étiquettes bien conçues ont une influence positive sur l'ensemble des consommateurs, indépendamment de leur niveau de revenu et d'éducation⁵⁷. L'étiquetage nutritionnel a par ailleurs le potentiel d'inciter les fabricants alimentaires à revoir la composition de leurs produits afin de les rendre meilleurs pour la santé⁵⁸.

Il existe plusieurs approches en matière d'étiquetage alimentaire (voir figure 4.2). Les systèmes permettant d'évaluer facilement le caractère sain et l'innocuité (ou non) d'un aliment s'avèrent particulièrement efficaces pour aider les consommateurs à choisir des produits favorables à la nutrition. Les étiquettes assorties d'un code couleur sont par exemple plus efficaces que celles contenant du texte pour inciter les consommateurs à opter pour des aliments sains saines⁵⁹. Parmi les instruments les plus répandus, le système d'étiquetage emprunté aux feux de signalisation est souvent celui préféré par les consommateurs en raison de sa simplicité de lecture. Cependant, des études plus récentes indiquent que les étiquettes de mise en garde et les échelles de notation (telles que le Nutri-Score) sont davantage corrélées à l'achat de denrées plus saines⁶⁰.

Les messages d'avertissement en particulier constituent certainement l'outil le plus simple et le plus direct pour transmettre des informations nutritionnelles importantes aux consommateurs^{61,62}.

De solides arguments justifient donc l'adoption de tels dispositifs. Une étude récente conduite en Amérique latine a par ailleurs confirmé que les parents tiennent compte des informations apposées sur la face avant des emballages afin de comparer la valeur nutritionnelle des produits alimentaires qu'ils achètent pour leurs enfants et qu'ils sont à la recherche de systèmes d'information faciles à comprendre et à interpréter⁶³.

Le rôle du secteur privé

Le secteur privé dispose d'un potentiel considérable pour améliorer la nutrition infantile. Ses acteurs – des petits exploitants aux grandes multinationales du secteur de l'agroalimentaire en passant par les petites et moyennes entreprises (PME) – ont tous un rôle à jouer dans la transformation des systèmes alimentaires mondiaux et locaux. La capacité du secteur privé et ses actions le long de la chaîne de valeurs, telles que l'entreposage frigorifique, l'amélioration de l'étiquetage, l'enrichissement des aliments et certains types de transformations de produits, peuvent en effet contribuer à réduire la perte en nutriments, à améliorer la sécurité alimentaire et à fournir des

GROS PLAN

Des efforts sans précédent en matière d'étiquetage alimentaire

Face à l'augmentation rapide du surpoids, qui touche actuellement près de la moitié des enfants du pays, le Chili a mis en place un dispositif complet visant à améliorer l'environnement alimentaire des enfants afin de les encourager et d'encourager les adolescents et les personnes qui s'occupent d'enfants à faire des choix plus sains.

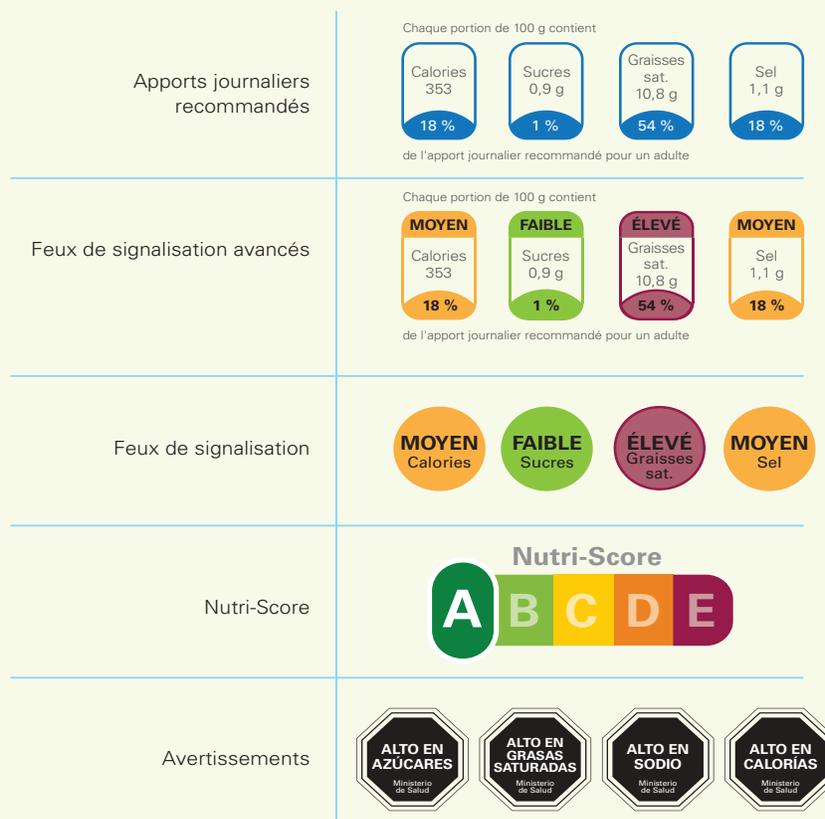
Le pays s'est notamment doté d'une politique nationale sur l'alimentation et la nutrition qui affirme le droit à une alimentation de qualité et appropriée sur le plan culturel favorable à la santé et au bien-être⁶⁴. Il a également adopté, entre autres mesures, une nouvelle loi innovante sur l'étiquetage des aliments qui vise à protéger la nutrition infantile en modifiant les environnements alimentaires, en promouvant des choix éclairés en matière d'alimentation et en faisant baisser la consommation de sel, de sucres et de graisses saturées.

Cette loi comporte cinq volets : l'obligation d'apposer de nouvelles étiquettes de mise en garde sur la face avant des emballages, la mise en place de restrictions sur les publicités alimentaires, en particulier celles adressées aux enfants de moins de 14 ans, l'intégration de messages promouvant des habitudes de vie saine dans les publicités, l'instauration de restrictions sur la vente d'aliments trop riches en sel, en sucres

et en graisses saturées dans les écoles, et l'introduction d'activités ayant pour objectif de contribuer au développement d'habitudes alimentaires saines et à un style de vie actif dans l'ensemble des établissements scolaires⁶⁵.

Les nouvelles étiquettes de mise en garde ont un format bien visible : des lettres blanches écrites sur un octogone à fond noir avertissent le consommateur qu'un produit est riche en calories, en sel, en sucres et/ou en graisses saturées (voir ci-dessous).

Les évaluations de cette législation et de sa mise en œuvre indiquent que le public, en particulier les enfants, adhère à ce type de messages qu'ils comprennent par ailleurs facilement⁶⁶. La plupart des consommateurs prennent ces mises en garde au sérieux et préfèrent acheter des produits qui en comportent le moins possible. De plus, la majorité des écoles se conforme aux réglementations, ce qui a pour effet de créer des environnements plus sains, dénués de publicité et de marketing en faveur d'aliments inadaptés, de favoriser la présence de produits sains riches en nutriments importants et de multiplier les espaces destinés à l'activité physique⁶⁷. Un certain nombre d'industriels ont par ailleurs modifié la composition de leurs produits alimentaires de sorte que les ingrédients incriminés restent en deçà des seuils établis⁶⁸. ■



L'incapacité des systèmes alimentaires à fournir une alimentation saine aux enfants est un échec collectif

aliments plus riches en nutriments aux familles⁶⁹. Ces améliorations sont particulièrement importantes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les PME sont nombreuses et où les considérations sanitaires et les pertes alimentaires restent des préoccupations de premier ordre⁷⁰.

Dans de nombreux contextes, de grands acteurs du secteur privé contrôlent une part croissante du marché, situation qui leur confère une marge de manœuvre considérable pour améliorer ou réduire la valeur nutritionnelle des aliments. À cet égard, la transformation joue un rôle essentiel. Celle-ci n'est pas mauvaise en soi – les sociétés humaines la pratiquent depuis des millénaires pour améliorer la sécurité et la valeur nutritionnelle des denrées alimentaires ou réduire leur périssabilité. Cependant, elle peut aussi éliminer certains nutriments essentiels et ajouter des graisses saturées, des gras trans, des sucres et du sel néfastes pour la santé⁷¹. Comme l'indiquait le chapitre 3, il y a donc des raisons de s'inquiéter de la croissance rapide de la consommation de produits alimentaires ultra-transformés qui, dans la majorité des cas, ne répondent pas aux besoins nutritionnels des enfants.

Engagements et responsabilité

L'incapacité des systèmes alimentaires à fournir une alimentation saine aux enfants est un échec collectif. Y remédier requerra donc la mise en œuvre de mesures collectives de la part des gouvernements, des familles, de la société civile et du secteur privé, entre autres acteurs. Alors que les grandes entreprises jouent un rôle de plus en plus important au sein des systèmes alimentaires mondiaux, il est essentiel de garantir qu'elles auront une incidence positive en promouvant des aliments nutritifs, sains, accessibles et durables et qu'elles respecteront leurs engagements envers les enfants et leur famille.

Mobiliser les entreprises

Au cours des dernières années, plusieurs mécanismes de gouvernance ont souligné la nécessité de faire participer les acteurs du secteur

privé à la promotion d'une meilleure alimentation et de définir des règles claires en ce qui concerne leur engagement à améliorer les résultats en matière de nutrition infantile. Dès 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS approuvait la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui souligne que le secteur privé peut jouer un rôle important dans la promotion d'une alimentation saine. La stratégie indique par ailleurs que l'industrie alimentaire a aussi un rôle positif à jouer en réduisant la teneur en graisses, en sucres et en sel des aliments transformés, en revoyant ses pratiques de marketing et en proposant des aliments plus sains et plus nutritifs aux consommateurs⁷².

De même, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, lancée en 2015 par le Secrétaire général des Nations Unies dans le but d'appuyer la réalisation des ODD, pointe du doigt l'importance du secteur privé dans la promotion d'une meilleure nutrition et d'aliments plus sains⁷³. Créé en appui de cette stratégie, le Groupe indépendant sur la responsabilité recommande toutefois que les pouvoirs publics réglementent le secteur des produits alimentaires et des boissons, et adoptent une convention mondiale contraignante afin d'encourager la production de denrées plus saines, de réduire les ingrédients préjudiciables à la santé et de contrôler le marketing des aliments malsains destinés aux enfants⁷⁴. Enfin, le Rapport de la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant appelle à la mise en place d'un mécanisme de gouvernance dans lequel le secteur privé serait activement engagé dans cette lutte et tenu responsable de la mise en œuvre de mesures⁷⁵.

L'industrie alimentaire s'est déjà formellement engagée à agir pour améliorer l'alimentation et la nutrition ainsi que les résultats en matière de santé. En mai 2018, par exemple, l'Alliance internationale des produits alimentaires et des boissons (IFBA) a annoncé qu'elle s'engageait à respecter la cible de l'OMS d'éliminer les acides gras trans industriels de l'approvisionnement alimentaire mondial d'ici à 2023⁷⁶.

Cependant, il s'est révélé difficile par le passé d'exiger des fabricants de produits alimentaires et de boissons

qu'ils rendent compte de leurs engagements et d'assurer un suivi de leurs progrès au regard des objectifs fixés. En effet, les précédentes expériences en la matière, notamment en ce qui concerne le marketing des produits alimentaires destinés aux enfants, ont montré que les engagements de l'industrie alimentaire étaient inégaux, manquaient d'ambition et n'étaient pas toujours rigoureusement respectés^{77,78}.

Aussi, pour obliger l'industrie à rendre des comptes, une coordination étroite entre le secteur public et le secteur privé doit être mise en place. Améliorer le régime alimentaire des enfants relève d'une responsabilité partagée selon laquelle les parties prenantes reconnaissent non seulement leur responsabilité d'œuvrer au service d'une meilleure nutrition infantile, mais acceptent également de revoir leurs pratiques actuelles lorsque celles-ci risquent de bloquer les progrès. Si la législation et la réglementation ont un rôle important à jouer, les gouvernements peuvent aussi mettre en place des mesures visant à inciter les entreprises à accroître la demande et donc l'offre d'aliments sains⁷⁹. Les entreprises préfèrent généralement cette solution et force est de constater que la logique de la carotte et du bâton semble fonctionner⁸⁰.

Mobiliser le secteur privé et l'obliger à rendre compte demeure cependant un défi complexe à maints égards. En effet, les objectifs nutritionnels fixés en faveur des enfants et des jeunes entrent en concurrence avec les intérêts commerciaux directs des acteurs du secteur qui vont à l'encontre d'une véritable transformation du système. Une étude sur l'obésité publiée récemment dans la revue *The Lancet* a révélé qu'en dépit de l'existence de mesures et de recommandations politiques fondées sur des éléments factuels, l'industrie alimentaire n'avait pas pris les mesures qui s'imposaient en raison de ses intérêts commerciaux et d'une demande insuffisante de la part des consommateurs. En conclusion, la Commission Lancet a souligné la nécessité de réduire l'influence exercée par les grands intérêts commerciaux sur l'élaboration des politiques de façon à permettre aux pouvoirs publics de mettre en œuvre des politiques efficaces⁸¹.

Le secteur public et le secteur privé ont donc la responsabilité partagée d'agir et d'ouvrir de nouvelles voies pour fournir une alimentation saine et une bonne nutrition aux enfants, et ce, en apportant une réponse durable et à même de modifier en profondeur le système actuel.

À l'école primaire d'Hua Ngai, dans le district de Muong Cha (province de Dien Bien) au Viet Nam, une fillette porte le plateau qu'elle vient de nettoyer après avoir pris un déjeuner nutritif. © UNICEF/UN043574/Lister





Inge Kauer
Directrice générale,
Access to Nutrition
Foundation

En sa qualité de Directrice générale de l'Access to Nutrition Foundation (ATNF), Inge Kauer supervise tous les aspects des activités de l'ATNF, dont la collaboration avec les partenaires et parties prenantes externes. Elle est également membre du conseil d'administration de l'ATNF. Avant de rejoindre les rangs de l'ATNF, elle était l'une des associés de la société néerlandaise d'experts-conseils en gestion Boer & Croon. Elle a également occupé des postes de haute direction chez Porter Novelli, agence mondiale de communication, et elle a conseillé diverses entreprises de l'industrie des produits alimentaires et des boissons dans les domaines des pratiques socialement responsables et des questions de réputation d'entreprise.

PERSPECTIVE

L'industrie alimentaire doit intensifier ses efforts dans la lutte contre la crise nutritionnelle mondiale

Les aliments et les boissons que les enfants consomment ont une incidence sur leur santé et leur bien-être tant à court terme qu'à long terme. Une mauvaise nutrition engendre l'obésité et les maladies liées à l'alimentation à l'une des extrémités du spectre, et, à l'autre extrémité, les retards de croissance, l'émaciation et la vulnérabilité aux infections. La crise nutritionnelle mondiale pèse lourdement sur les services de santé et compromet la réalisation des objectifs de développement durable des Nations Unies. Le secteur privé peut contribuer de manière décisive à la résolution de ce problème d'une ampleur planétaire.

Les fabricants de produits alimentaires et de boissons ont une énorme influence sur le régime alimentaire des consommateurs. À mesure que leur revenu s'élève, les individus ont tendance à accroître leur consommation d'aliments et de boissons préparés et emballés. Cela constitue un moteur de croissance majeur pour l'industrie des aliments et boissons, en particulier sur les marchés émergents, où le rythme de croissance économique a été près de cinq fois plus rapide que sur les marchés matures. Les 22 principaux fabricants mondiaux d'aliments et boissons qui sont évalués dans l'édition de 2018 du rapport Global Access to Nutrition Index (Indice mondial d'accès à la nutrition) sont présents dans plus de 200 pays et réalisent ensemble un chiffre d'affaires d'environ 500 milliards de dollars des États-Unis.

Nous, l'Access to Nutrition Foundation (ATNF, Fondation pour l'accès à la nutrition), croyons que ces entreprises ont un rôle crucial à jouer

dans la résolution des problèmes nutritionnels mondiaux et la lutte contre les maladies causées par une mauvaise alimentation. En outre, l'ATNF est convaincue que les sociétés qui adoptent des stratégies nutritionnelles globales, applicables à l'échelle mondiale, enregistreront à long terme une meilleure performance que les autres.

Notre indice mondial d'accès à la nutrition a pour but de suivre dans quelle mesure les fabricants d'aliments et boissons contribuent à la lutte contre les problèmes nutritionnels mondiaux, et de les inciter à intensifier leur action dans ce domaine.

Nous observons les effets de l'indice : depuis l'évaluation de 2016, beaucoup d'entreprises ont intensifié leurs efforts afin d'encourager une meilleure alimentation, surtout en adoptant de meilleures politiques et en divulguant des informations. Certaines sociétés se sont également employées à lutter davantage contre la dénutrition, soit par des actions philanthropiques, soit dans le cadre de leurs activités d'exploitation – notamment en enrichissant certains aliments.

Les résultats de l'indice mondial publiés en 2018 sont encourageants, mais ils montrent aussi qu'il reste encore beaucoup à faire. Le score moyen total des entreprises étudiées, bien qu'il demeure très bas, est passé de 2,5 à 3,3 sur 10, et neuf sociétés ont obtenu un score de 5 ou plus – contre deux seulement en 2016. En outre, l'indice de 2018 indique que d'importantes améliorations s'imposent sur le plan de la qualité nutritionnelle des produits offerts par les entreprises. Le volet



© UNICEF/UNI183010/Quintos

de l'étude portant sur le profil des produits, qui a évalué le caractère sain des produits des entreprises dans neuf pays, a révélé que moins du tiers des 23 000 produits analysés pouvaient être considérés comme bons pour la santé.

Sur le plan de ce que les entreprises font en vue d'assurer une bonne nutrition des enfants, l'indice de 2018 soulève certaines préoccupations. Seuls 14 % des produits respectent les directives diététiques de l'OMS/Europe concernant la commercialisation des produits destinés aux enfants. Aucun des portefeuilles de produits des entreprises ne contient plus de 50 % de produits qui respectent la norme sanitaire acceptable pour la commercialisation auprès des enfants. De plus, la plupart des politiques des entreprises concernant la commercialisation responsable des produits destinés aux enfants laissent toujours à désirer. Par exemple, elles omettent de couvrir tous les médias, notamment les médias numériques, et elles ne s'appliquent pas aux enfants de plus de 13 ans. Une seule entreprise étend l'application de sa politique concernant la commercialisation responsable aux jeunes de 18 ans, ce qui est considéré comme meilleure pratique. Le rapport sur l'indice de 2018 recommande aux entreprises de cesser toute commercialisation en ligne et hors ligne de produits destinés aux enfants qui ne sont pas conformes aux recommandations de l'OMS.

La commercialisation des substituts du lait maternel est un autre domaine où les entreprises se doivent d'agir. Les entreprises déclarent publiquement qu'elles respectent

le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et quelques sociétés ont renforcé leurs politiques à la suite de la publication de l'indice de 2016, mais les travaux liés à l'indice mondial de 2018 ont permis de constater que tous les fabricants d'aliments pour bébés évalués continuent de contrevenir au Code. Nos recherches approfondies en Thaïlande et au Nigéria, par exemple, ont révélé une incidence élevée de non-conformité au Code, surtout sous forme d'activités de promotion sur le point de vente menées par les principaux détaillants en ligne. Les fabricants d'aliments pour bébés doivent s'assurer que leurs politiques de commercialisation respectent pleinement le Code, qu'elles sont appliquées intégralement et uniformément dans le monde entier – dans les pays en développement et développés – et pour tous les produits, y compris les laits pour jeunes enfants. Les entreprises peuvent également appuyer les mères qui allaitent en offrant des aménagements des modalités de travail, des congés de maternité bonifiés et des installations appropriées pour l'expression et le stockage du lait maternel.

Afin d'encourager une bonne nutrition pour les enfants, les entreprises du secteur alimentaire doivent intensifier leurs efforts pour commercialiser des produits sains et pour fabriquer davantage de produits propres à la consommation par les enfants. Ce n'est qu'ainsi qu'elles réaliseront leur énorme potentiel de contribution à la réalisation de l'éradication de la faim et de la promotion d'une vie saine, deux buts des objectifs de développement durable. ■

Les interventions visant à promouvoir une alimentation et un mode de vie plus sains sont plus efficaces et durables lorsqu'elles mobilisent la communauté

Réponses des sociétés civiles et de la collectivité

La collectivité et les organisations de la société civile (OSC) peuvent également jouer un rôle significatif dans la promotion d'une meilleure

nutrition infantile, notamment en représentant la voix des groupes marginalisés (tels que les petits exploitants, les enfants des populations autochtones et les femmes), en demandant des comptes aux gouvernements et aux entreprises, et en répondant directement aux besoins nutritionnels de leur communauté^{82,83}.

Selon la série d'articles sur la nutrition maternelle et infantile publiée par la revue *The Lancet* en 2013, les OSC peuvent contribuer à la réalisation de cet objectif de quatre manières différentes :

- En menant des activités de plaidoyer à l'échelle nationale et mondiale afin de mettre l'accent sur les priorités et les mesures à prendre en matière de nutrition ;
- En veillant à la mise en place de mécanismes de responsabilité en ce qui concerne la couverture et la qualité des services nutritionnels ;
- En générant des connaissances propres à leur contexte sur les causes de la malnutrition et en proposant des solutions pour y remédier ;
- En mettant en place des programmes nutritionnels et des plateformes d'approvisionnement⁸⁴.

Toutefois, il est à noter que le rôle des OSC peut également susciter des inquiétudes lorsque des groupes d'intérêts sont fondés dans le seul but de constituer des OSC factices. Cette pratique, baptisée « astroturfing » ou désinformation

populaire planifiée, consiste à simuler un mouvement populaire spontané favorable aux entreprises, à l'instar de ceux créés pour remettre en question les taxes sur les sodas, par exemple⁸⁵.

Un changement descendant et ascendant

Les interventions locales de lutte contre la malnutrition sont de nature descendante ou ascendante. Dans le premier cas, des groupes locaux sont mobilisés pour mettre en œuvre des interventions à l'échelle locale telles que des campagnes de sensibilisation ou de modification des comportements, ou encore des interventions d'urgence. Souvent, ces interventions sont planifiées et conçues à l'échelle nationale, mais sont mises en œuvre par la collectivité afin de renforcer leur légitimité et leur transparence. Des données probantes indiquent que les interventions visant à promouvoir une alimentation et un mode de vie plus sains sont plus efficaces et durables lorsqu'elles mobilisent la communauté et tiennent compte des spécificités du contexte local⁸⁶.

Les réponses ascendantes peuvent quant à elles inclure des activités de plaidoyer menées par des OSC locales en faveur d'un changement radical des systèmes alimentaires. Ces OSC de proximité se mobilisent en général pour des causes telles que la faim et la malnutrition, en particulier chez les enfants, la préservation des sols et de l'eau, la réduction du gaspillage alimentaire, le droit à la nourriture, la production alimentaire locale, l'agriculture urbaine, la réglementation des organismes génétiquement modifiés, la réforme des pratiques commerciales et les droits des jeunes, des femmes et des peuples autochtones. Dans les pays de l'hémisphère Sud, la « souveraineté alimentaire », qui s'appuie sur le principe du « droit des communautés à définir leurs propres politiques alimentaires et agricoles⁸⁷ », devient l'une des problématiques majeures abordées par les OSC locales.

Quantité d'autres OSC et mouvements populaires œuvrent également à la réforme des systèmes alimentaires et à l'amélioration de la nutrition.

GROS PLAN

Survivre et s'épanouir au Pérou

Lorsqu'ils sont nés en 2000 dans le village d'Hanaq Chuquibamba, situé dans les Andes péruviennes, Josué Abdías et Josué Abraham étaient tous deux en insuffisance pondérale. Aujourd'hui adolescents, les jumeaux sont en bonne santé et se préparent à entrer à l'université. Ce tournant positif dans la vie des deux garçons reflète le succès du Pérou dans sa lutte contre la dénutrition. Si, en 2000, près d'un tiers des enfants péruviens présentaient un retard de croissance, aujourd'hui, en partie grâce à des interventions comme le Good Start Programme⁹⁵, dont les jumeaux ont pu bénéficier, la prévalence de cette pathologie n'est plus que de 12,9 %.

Ces résultats sont le fruit d'un effort politique déterminé au niveau national, d'une coordination intersectorielle, d'un système efficace de budgétisation et de suivi axé sur les résultats, ainsi que de la mise en place, cruciale, d'un leadership au niveau local. À Hanaq Chuquibamba, Igidio Sataraura, responsable local et père des jumeaux, souligne le rôle central joué par la collectivité dans la surveillance

de l'état nutritionnel des enfants, l'accès aux services de santé et de nutrition, et la diffusion des connaissances relatives à l'alimentation et aux soins à prodiguer aux enfants.

Cependant, le combat du Pérou contre la malnutrition n'est pas terminé. Des inquiétudes subsistent face à la persistance de certaines formes de faim insoupçonnée, en particulier de l'anémie ferriprive, et à l'augmentation des taux de surpoids. Une consultation des acteurs concernés organisée par le bureau de l'UNICEF au Pérou en novembre 2018 a réuni des représentants du gouvernement, des universités et des OCS afin qu'ils réfléchissent à des stratégies pour poursuivre le combat contre la malnutrition sous toutes ses formes. Les participants ont reconnu les nouveaux défis posés par la persistance de la dénutrition et la hausse du surpoids au Pérou et souligné le rôle du secteur public dans la coordination des politiques, des stratégies et des programmes, ainsi que la nécessité de poursuivre la coordination intersectorielle et d'obtenir des financements adaptés. ■

Josué Abdías et Josué Abraham posent aux côtés de leurs parents dans le village d'Hanaq Chuquibamba au Pérou. © UNICEF/Vilca 2019



Ainsi, le Pakistan Fisherfolk Forum, par exemple, promeut les droits et l'autonomisation des communautés de pêcheurs au Pakistan et s'efforce de protéger leurs moyens de subsistance par le biais de politiques et de pratiques de pêche durables⁸⁸. El Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST ou « Mouvement des travailleurs sans terres »), qui constitue le plus grand mouvement social d'Amérique latine, plaide pour sa part depuis plus de 30 ans en faveur d'une réforme agraire et de la souveraineté alimentaire au Brésil⁸⁹. Dans les pays à revenu élevé, certaines OSC locales prônent également la réforme des systèmes alimentaires modernes. C'est le cas au Royaume-Uni, par exemple, où elles ont réussi à promouvoir le commerce équitable, la certification écologique, les démarches axées sur l'écologie, la permaculture ainsi que les mouvements en faveur des aliments locaux et de l'écogastronomie⁹⁰.

Les OSC peuvent aussi jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la nutrition au sein des systèmes non alimentaires. Dans le système éducatif, par exemple, elles peuvent influencer la conception de politiques visant à lutter contre les environnements scolaires obésogènes ou à améliorer la nourriture servie à l'école et l'éducation à la nutrition. Dans le domaine de la protection sociale, elles peuvent faire en sorte de garantir que les enfants issus de groupes défavorisés bénéficient de services essentiels. Certaines travaillent également pour que les projets d'amélioration des services d'eau et d'assainissement soient pris en charge par la collectivité.

Pourtant, malgré leur potentiel à contribuer à l'amélioration de la nutrition infantile, les OSC peinent à participer à l'élaboration des politiques, tout comme à obtenir des comptes de la part des gouvernements et du secteur privé^{91,92}. Il

existe toutefois quelques exemples de situations dans lesquelles des OSC ont été incluses dans des dialogues nationaux et internationaux servant de base à l'élaboration des priorités et politiques nutritionnelles. Ainsi le Mouvement SUN comprend-il un réseau de la société civile constitué de plus de 2 000 organisations locales dont le but est d'encourager les alliances et de promouvoir les mesures à l'appui de la nutrition dans les pays membres du mouvement⁹³. Le Comité de la sécurité alimentaire mondiale des Nations Unies dispose aussi d'un mécanisme spécialement conçu pour offrir un espace inclusif visant à garantir que la société civile est représentée dans les grands débats politiques⁹⁴.

Conclusion

Ce chapitre montre clairement que le monde regorge d'initiatives, petites et grandes, contribuant à améliorer la nutrition infantile. Cependant, il reste beaucoup d'efforts à faire, comme l'indiquent tout aussi clairement la persistance du retard de croissance, de l'émaciation et de la faim insoupçonnée et la hausse alarmante du surpoids. Aussi, si nous voulons en finir avec le défi de la malnutrition, il convient d'adopter une approche ambitieuse qui place le droit des enfants à bien manger au cœur des systèmes alimentaires et hisse les résultats nutritionnels au rang de priorité dans les autres grands systèmes. Le prochain et dernier chapitre de ce rapport examine la manière dont nous pouvons y parvenir en recensant cinq principes fondamentaux pour mobiliser les gouvernements, les entreprises et la société civile, de sorte que la nutrition infantile puisse rapidement connaître les transformations qui s'imposent aujourd'hui. ■



SECTION SPÉCIALE

L'influence du marketing alimentaire sur l'alimentation des enfants

Loin d'être une simple histoire de préférences personnelles, les choix et habitudes alimentaires individuels sont largement influencés par l'environnement alimentaire, c'est-à-dire par une multitude de facteurs qui incluent la disponibilité, l'accessibilité et les préférences alimentaires ainsi que le prix de la nourriture. **Le marketing alimentaire exerce une influence considérable sur le comportement des consommateurs et sur l'alimentation des enfants.**

Dans tous les pays, que ce soient des pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible, les enfants sont de plus en plus exposés à des stratégies marketing omniprésentes d'une efficacité redoutable. Les publicités, les emballages conçus pour attirer les enfants et les campagnes en ligne sont autant de facteurs qui stimulent le penchant des jeunes pour les aliments préjudiciables à la santé tels que les produits de restauration rapide, les aliments ultra-transformés riches en sel, en sucres et/ou en graisses ou encore les boissons sucrées, et favorisent ainsi leur consommation. Or, tous ces produits concourent à augmenter le risque de surpoids chez l'enfant.

D'après la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, le marketing alimentaire est directement lié à l'augmentation du surpoids et de l'obésité et aux problèmes de santé et de nutrition infantiles qui en découlent. Elle affirme ainsi que « [d]es données incontestables montrent que la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé et de boissons sucrées a un lien avec l'obésité de l'enfant⁹⁶ ». À titre d'exemple, une étude portant sur des enfants australiens âgés de 10 à 16 ans a révélé que ceux qui étaient exposés à un plus grand nombre de vidéos de contenus alimentaires en ligne, en particulier à des spots publicitaires, étaient plus enclins à consommer des aliments mauvais pour la santé⁹⁷. Plusieurs examens systématiques supplémentaires sont parvenus aux mêmes conclusions en ce qui concerne l'ampleur, la nature et l'incidence du marketing alimentaire sur les enfants et des analyses ultérieures sont venues confirmer ces résultats⁹⁸.

Dans les pays à revenu élevé, les gouvernements et la société civile qui s'efforcent de promouvoir une alimentation saine ont un défi considérable à relever. En effet, en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, les aliments préjudiciables à la santé bénéficient d'un budget marketing bien supérieur aux sommes dépensées dans la promotion des aliments sains. Ainsi, aux États-Unis, en 2012, le budget publicitaire des enseignes

de restauration rapide était 12 fois supérieur à celui du lait, de l'eau, des légumes et des fruits réunis⁹⁹. Au Royaume-Uni, les dépenses publicitaires pour la « malbouffe » sont 30 fois supérieures au budget du Gouvernement pour encourager des habitudes alimentaires saines¹⁰⁰. Une étude récente menée dans 22 pays a par ailleurs révélé qu'à chaque fois qu'une publicité promouvait un aliment sain, quatre autres faisaient la promotion de produits riches en graisses, en sucres et en sel et que ces dernières étaient plus fréquentes aux heures de grande écoute des enfants¹⁰¹. Les enfants sont donc globalement exposés à une quantité considérable de contenus marketing les incitant à consommer des aliments et des boissons néfastes pour leur santé, et ce, en dépit des initiatives d'autoréglementation mises en œuvre par l'industrie alimentaire.

Le marketing en magasin (ou marketing au détail) constitue une autre menace majeure pour les enfants. Une étude conduite récemment au Mexique a en effet montré l'existence de techniques de commercialisation en magasin visant à attirer les enfants vers les aliments malsains, telles que le fait de mettre les produits en rayon au niveau des yeux des enfants, d'offrir des jouets en cadeaux ou d'utiliser des références à un film ou à des personnages de dessins animés¹⁰².

Les pays à faible revenu représentent quant à eux une opportunité sans précédent pour les fabricants et les distributeurs d'aliments ultra-transformés, de produits de restauration rapide et de boissons sucrées. Ainsi, de 2011 à 2016, les ventes de la restauration rapide ont crû de 254 % en Argentine, de 113 % en Inde, de 83 % au Viet Nam et de 64 % en Égypte¹⁰³. À la fois plus efficace et intrusif que les méthodes traditionnelles ayant recours à la télévision et aux supports imprimés, le marketing en ligne suscite des inquiétudes, en particulier quand il concerne des denrées alimentaires. En effet, d'après une étude réalisée en Europe, l'association du marketing en ligne avec d'autres médias augmenterait les recettes



À Belgrade, en Serbie, Aleksa, 8 ans et Kosta, 12 ans, jouent à des jeux sur leurs téléphones portables. Les médias numériques amplifient la portée du marketing des aliments malsains ainsi que son effet sur les enfants. © UNICEF/UN040855/Bicanski

générées par la publicité à la télévision et au cinéma de 70 % environ¹⁰⁴. Or, à l'échelle mondiale, on estime que 30 % des internautes seraient des enfants. De plus, dans les pays les moins avancés, où l'on se connecte à Internet principalement sur des smartphones, les distributeurs de produits alimentaires bénéficient d'un canal publicitaire auquel les enfants peuvent accéder quasiment en permanence¹⁰⁵.

Il existe plusieurs raisons d'ordre psychologique, technique et structurel au fait que les médias numériques multiplient les canaux de marketing, amplifiant ainsi leur portée et leur impact. Tout d'abord, les médias numériques permettent de procéder à un ciblage individuel des messages publicitaires, et donc d'atteindre les personnes les plus vulnérables. Par ailleurs, ils offrent la possibilité d'utiliser des approches inédites, novatrices et créatives, notamment au moyen de jeux ou de partages de photos et de vidéos au sein de communautés d'internautes, qui constituent des techniques immersives et participatives permettant de renforcer leur attrait. Enfin, ces approches, à la fois intrusives, immersives, divertissantes, hautement participatives et axées sur les données, sont largement partagées par les enfants entre eux.

Face à l'influence croissante du marketing alimentaire, la 63^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé à l'unanimité les recom-

mandations de l'OMS sur le marketing des denrées alimentaires et des boissons non alcoolisées destinées aux enfants¹⁰⁶. L'organisation demande instamment aux États Membres de prendre des mesures pour restreindre le marketing des aliments néfastes pour la santé des enfants, promouvoir une meilleure nutrition et contribuer aux engagements visant à éliminer l'obésité infantile. S'inscrivant en faux contre les mesures d'autoréglementation de l'industrie alimentaire mises en œuvre sur une base volontaire, l'OMS recommande aux gouvernements d'adopter des règles juridiquement contraignantes par voie législative.

Une étude récente conduite dans 79 pays a évalué les politiques menées en matière de marketing alimentaire jusqu'en 2014 ainsi que les ventes de produits alimentaires de 2002 à 2016. Ses résultats ont révélé que les ventes d'aliments préjudiciables à la santé avaient augmenté dans les pays ne disposant d'aucune réglementation relative au marketing de ce type d'aliments, tandis qu'elles avaient décliné à partir du moment où une telle réglementation était entrée en vigueur. De même, les pays dans lesquels les politiques en la matière reposaient sur des mesures d'autoréglementation mises en œuvre par l'industrie ont enregistré une hausse des ventes de produits alimentaires mauvais pour la santé alors qu'à l'inverse, ceux où la réglementation était contraignante ont vu ces mêmes ventes baisser¹⁰⁷. ■



PERSPECTIVE

L'activisme communautaire contre l'obésité de l'enfant au Mexique

Alejandro Calvillo Unna
 Directeur général,
 El Poder del Consumidor,
 Mexique

Alejandro Calvillo Unna est l'un des membres du groupe fondateur du bureau mexicain de Greenpeace. Il a travaillé chez Greenpeace pendant 12 ans, dont cinq en qualité de Directeur général. Il a fondé au Mexique l'association de la société civile El Poder del Consumidor (« Le pouvoir du consommateur ») en 2006, et il en est le Directeur. El Poder del Consumidor a joué un rôle central dans l'application d'une taxe sur les sodas, la réglementation obligatoire des aliments et boissons en milieu scolaire et la mise en œuvre de réglementations concernant le marketing qui cible les enfants. Alejandro est membre de la Commission Lancet sur l'obésité et a participé aux travaux de groupes consultatifs de l'OMS.

Une épidémie d'obésité de l'enfant déferle sur le monde. Sa principale cause fait consensus au sein de la communauté scientifique et parmi les organisations internationales : il s'agit de l'introduction massive d'aliments ultra-transformés et de boissons sucrées dans notre régime alimentaire. Or, les données scientifiques qui attestent les dommages causés à la santé par les aliments ultra-transformés, de même que les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant la réduction de la consommation de ces produits, ont été vigoureusement contestées par les grandes multinationales du secteur des produits alimentaires et des boissons.

Les organisations à but non lucratif jouent un rôle crucial dans l'incitation à adopter des politiques aptes à contrer ces puissantes forces en vue de lutter contre l'épidémie mondiale d'obésité. Souvent, les établissements universitaires qui effectuent les recherches et produisent les données probantes n'ont pas d'influence majeure sur l'orientation des politiques publiques. Les comptes rendus de recherche sont publiés dans des revues scientifiques et passent fréquemment inaperçus aux yeux de la sphère législative. Une alliance entre le milieu universitaire et les organisations de la société civile peut induire un changement si ces organisations font pression pour l'adoption de politiques publiques fondées sur les éléments de preuve générés par les chercheurs.

Les organisations à but non lucratif qui plaident en faveur de politiques publiques luttant contre l'obésité, ainsi que de réglementations visant à créer des environnements plus sains, exercent une fonction essentielle en suscitant le débat dans les médias et en contribuant à

la formation d'une opinion publique favorable aux politiques anti-obésité.

Les campagnes publiques, bien qu'elles ne disposent pas des gigantesques sommes consacrées à la publicité sur les aliments malsains et les boissons sucrées, fournissent néanmoins des informations capables de susciter une prise de conscience du public et de lui communiquer le sentiment qu'il est urgent d'agir pour protéger la santé humaine et, en particulier, la santé des enfants.

Au Mexique, nous avons mené en 2013 une campagne simple destinée à renseigner la population sur la quantité de sucre que contient une seule bouteille de soda sucré de 600 ml, soit le format de bouteille le plus populaire chez les consommateurs. En 2011, le Mexique était le premier consommateur mondial de boissons sucrées. La campagne présentait deux images au public. La première s'accompagnait du slogan suivant : « Mangeriez-vous 12 cuillerées de sucre ? Un soda est agréable, le diabète, pas du tout. » La deuxième montrait la main d'un adulte offrant un soda sucré à une fille et à un garçon ; le message disait : « Leur donneriez-vous 12 cuillerées de sucre ? Pourquoi leur donner un soda ? » Affichées sur des panneaux publicitaires dans les rues et dans les stations de métro, ces deux images ont eu un fort impact au sein d'une population qui n'avait aucune idée de la quantité de sucre que contiennent ces boissons.

La campagne, qui présentait aussi des données sur la hausse de la consommation de boissons sucrées et de la mortalité liée au diabète, nous a permis de présenter une proposition concernant l'imposition d'une taxe sur ces



© El Poder del Consumidor, Mexico

boissons. En 2014, nous sommes parvenus à obtenir l'institution d'une taxe spéciale d'environ 10 % sur les boissons sucrées dans le contexte de la réforme de la taxation fédérale au Mexique.

La demande d'une hausse de la taxe sur les boissons sucrées se doublait d'une proposition de réglementation ayant pour but de transformer l'environnement obésogène dans lequel vivent les enfants, notamment en interdisant la publicité pour enfants relative aux aliments et boissons malsains et en ordonnant le retrait de ces produits du milieu scolaire. En 2014, nous avons préconisé avec succès l'adoption de dispositions législatives instituant des directives obligatoires concernant les aliments et les boissons dans les écoles, bien que la volonté politique nécessaire pour assurer l'application de ces directives se soit avérée défailtante. La législation interdit la publicité relative à ces produits auprès des enfants à la télévision et au cinéma à certaines heures de la journée et prescrivent l'apposition d'une étiquette d'avertissement sur la face avant de l'emballage des aliments et boissons malsains.

Toutefois, ces nouvelles règles sont mises au point par une institution prise dans un profond conflit d'intérêts et elles sont en butte à l'influence de l'industrie alimentaire. Ainsi, l'étiquette sur la face avant de l'emballage, conçue par l'industrie elle-même, est difficile à comprendre pour les consommateurs et la quantité de sucre qu'elle recommande constitue en réalité un risque pour la santé. Les dispositions relatives à la publicité destinée aux enfants sont, dans la pratique, un simulacre. Elles ne visent pas les émissions télévisées les plus regardées par les enfants, ni les heures de grande écoute des enfants. De surcroît, elles ne prescrivent aucune restriction concernant la publicité dans la rue, sur Internet ou dans les autres médias,

ni les cadeaux et les promotions qui incitent les enfants à consommer des produits malsains.

Nous avons réagi à la situation en engageant de multiples poursuites contre les étiquettes sur la face avant de l'emballage. Dans deux de ces poursuites, la décision a été rendue en notre faveur, établissant que ces étiquettes constituent une infraction au droit à des aliments sains et à l'information, ainsi qu'à l'intérêt supérieur de l'enfant. En parallèle, la communauté scientifique a proposé une étiquette d'avertissement concernant les aliments et boissons malsains qui met clairement le consommateur en garde dans les cas où le produit a une teneur élevée en sucre, en graisses ou en sodium.

Nous avons également mené une étude pour montrer que les écoles mexicaines demeurent des environnements obésogènes, que les directives ne sont pas appliquées et que les autorités scolaires doivent s'acquitter de leur obligation d'assurer un environnement sain aux enfants.

Dans certains cas, comme au Chili, des autorités sanitaires et législateurs soucieux du bien commun se sont employés à faire adopter des politiques de lutte contre l'épidémie d'obésité sans y avoir été poussés par un vaste mouvement des organisations de la société civile. Néanmoins, la plupart du temps, les actions menées par de telles organisations constituent un moteur essentiel du changement. Le partenariat entre la société civile et le milieu universitaire a besoin d'un troisième partenaire dont l'apport est crucial pour la réalisation de l'objectif commun : des législateurs et des agents de la fonction publique qui prennent la santé publique à cœur et qui sont prêts à affronter les puissants intérêts particuliers qui leur font obstacle. ■



Exemples d'innovations dans le domaine de la nutrition

DE NOUVELLES TOISES NUMÉRIQUES PLUS PRÉCISES

Il n'est pas toujours aisé de collecter des données exactes sur la taille des jeunes enfants. Une nouvelle toise numérique visant à obtenir des mesures plus précises tout en restant confortable pour les enfants est actuellement à l'essai. Les données obtenues grâce à cette toise permettront aux gouvernements et aux praticiens d'avoir une meilleure idée de



l'évolution du taux de croissance des enfants. © UNICEF, 2019

DES ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PLUS APPÉTISSANTS POUR LES ENFANTS AU CAMBODGE

Au Cambodge, un enfant sur trois présente un retard de croissance ou une insuffisance pondérale. Pourtant, seuls 6 % des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère reçoivent un traitement. Pour rendre les aliments thérapeutiques plus appétissants et moins chers que les produits à base de lait importés, le Département des pêches du pays, l'Institut français de recherche pour le développement et l'UNICEF ont mis au point Nutrix, un aliment thérapeutique produit localement. Composé de poisson, de riz et de haricots, Nutrix est riche en micronutriments et formulé pour plaire aux goûts des enfants cambodgiens.

UNE NOUVELLE APPROCHE POUR PRÉVENIR L'OBÉSITÉ INFANTILE GRÂCE À UN PARTENARIAT INNOVANT

Tout parent sait combien il peut être compliqué de faire manger des aliments sains à ses enfants. En 2018, Beko, première marque européenne d'électroménager, a lancé l'initiative mondiale #EatLikeAPro (« Mange comme un pro ») dans le but d'aider les familles à inciter leurs enfants à mieux manger et, ce faisant, de prévenir l'obésité infantile. Pour cela, Beko a fait appel à des stars du football du FC Barcelone, partenaire de la marque, qui ont partagé leurs bonnes habitudes alimentaires et leurs recettes préférées sur le site Internet de l'initiative afin de donner envie aux parents de préparer des repas plus sains pour leurs enfants. La campagne a attiré l'attention du monde entier, générant 28 millions de vues et atteignant plus de 140 millions de personnes.

Pour sensibiliser davantage le public à l'importance des bonnes habitudes alimentaires et avoir une incidence sur le terrain, Beko a uni ses forces à celles de l'UNICEF, qui collabore avec le FC Barcelone depuis 2006 pour promouvoir les droits et l'éducation des enfants par le sport. Pour collecter des fonds, le leader de l'électroménager et le club de football ont profité d'un match Clasico pour lancer la campagne #EatLikeAPro qui a ainsi été immédiatement vue par plus de 650 millions de spectateurs. Pour chaque utilisation du hashtag de l'initiative, Beko a versé 1 euro à l'UNICEF. Les fonds récoltés ont atteint 1 million d'euros en 11 jours et le hashtag a été partagé dans 167 pays. La somme recueillie sert à soutenir les programmes de l'UNICEF déployés dans six pays d'Amérique latine pour lutter contre les causes profondes de l'épidémie de surpoids et d'obésité qui touche la région.

© Marc Ensenyat



En mai 2019, grâce à la contribution technique de l'UNICEF et à la collaboration du FC Barcelone et de la Fondation Barça, Beko a mené une enquête auprès de plus de 13 500 enfants âgés de 6 à 10 ans dans 18 pays afin de déterminer si le fait qu'une de leurs idoles mange une nourriture saine les inciterait à en faire autant. Pas moins de 80 % de ces enfants ont répondu « oui ». Pour la suite de sa campagne #EatLikeAPro, la marque d'électroménager a donc demandé à Gerard Piqué, autre joueur du FC Barcelone, de faire la promotion d'une alimentation saine auprès des enfants en âge de fréquenter l'école primaire. Un mois seulement après sa sortie, la vidéo avait enregistré plus de 15 millions de vues.*

Grâce à ce partenariat tripartite unique, #EatLikeAPro est devenue une campagne sociale primée de portée et d'importance mondiales.

*Statistiques de suivi social fournies par Beko.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE AU SERVICE DE LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

La technique traditionnelle d'évaluation de la malnutrition, qui consiste à mesurer la circonférence de la partie supérieure du bras et à calculer le ratio poids/taille des enfants, requiert du temps, des équipements et un personnel qualifié. Grâce aux nouvelles technologies de reconnaissance faciale et d'apprentissage automatique, la méthode MERON (Method for Extremely Rapid Observation of Nutritional Status ou méthode d'observation ultra-rapide de l'état nutritionnel) permet d'évaluer le niveau de malnutrition des enfants âgés de 6 à 59 mois dans les situations d'urgence sans avoir recours à l'analyse humaine, éliminant ainsi les risques d'erreur. L'algorithme analyse une image numérique de l'enfant pour estimer son indice de masse corporelle (IMC). (Pour des raisons de sécurité, la photo de l'enfant n'est pas conservée.) Cet outil rapide et peu intrusif a pour vocation de compléter les autres techniques de mesure plutôt que de les remplacer.



© Kimetrica

LES CODES-BARRES LÈVENT LE VOILE SUR LA COMPOSITION DES ALIMENTS

De l'Australie à l'Inde en passant par la France, les consommateurs utilisent désormais leur smartphone pour scanner les codes-barres des emballages alimentaires afin de connaître la teneur en sucres, en sel et en graisses des aliments qu'ils achètent. Les informations nutritionnelles de plus de 34 000 produits alimentaires emballés, collectées au moyen de l'application FoodSwitch, ont permis à l'Australie d'améliorer son système d'étiquetage nutritionnel (« Health Star Rating » ou classement par étoiles) pour les produits sucrés. En Inde, FoodSwitch a été utilisée pour évaluer le caractère sain des denrées emballées vendues par les principaux fabricants de produits alimentaires.

De même, le Programme national nutrition santé en France s'est servi d'Open Food Facts, une plateforme libre recensant les informations nutritionnelles de plus de 75 000 produits grâce à la contribution de bénévoles dans 150 pays, pour valider le classement de son label nutritionnel Nutri-Score. Ces bases de données générées par les consommateurs se révèlent bien plus rentables que l'achat de données auprès de bureaux d'études de marché.

EN INDE, UNE APPROCHE ORIENTÉE SUR LES DONNÉES VISE À LUTTER CONTRE LE TRIPLE FARDEAU DE LA MALNUTRITION

L'enquête nationale sur la nutrition (Comprehensive National Nutrition Survey, CNNS) conduite de 2016 à 2018 dans tous les États de l'Inde est la plus grande initiative jamais menée à l'échelle du pays pour dresser un tableau détaillé de l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire et scolaire ainsi que des adolescents jusqu'à 19 ans.

C'est la première fois qu'une seule et même étude s'intéressait à l'ampleur et au degré de gravité des carences en micronutriments, à la répartition des graisses, aux facteurs de risques nutritionnels des maladies non transmissibles ainsi qu'aux liens entre l'état nutritionnel des enfants et leur développement cognitif. Cette enquête d'une ampleur inédite s'est également révélée unique en son genre car elle a fait appel à des approches novatrices en matière d'assurance de la qualité des données, telles que le suivi par SMS, et à des méthodes de référence pour la collecte d'échantillons de sang et les analyses en laboratoire.

Les principales conclusions de cette enquête, qui a pu être réalisée grâce à un partenariat philanthropique avec Megha et Aditya Mittal, ont révélé des variations saisonnières dans les carences en vitamine A, une grande disparité entre les filles et les garçons dans la prévalence de l'anémie et une augmentation du surpoids et de l'obésité, ainsi que du risque de diabète, chez les enfants d'âge scolaire.

© UNICEF/UN052963/Matta



Ces résultats ont permis d'orienter le déploiement d'ambitieux programmes de nutrition infantile à travers le pays. Ils servent également de base à l'élaboration d'éventuelles nouvelles recommandations politiques concernant l'intensification de la diversification alimentaire et l'enrichissement des aliments pour lutter contre les carences en vitamine A, la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes ou encore la mise en place de programmes visant à inculquer aux enfants d'âge préscolaire de bonnes habitudes alimentaires, qu'ils pourront conserver tout au long de leur vie.



05

**UN PROGRAMME POUR
FAIRE DU DROIT DES
ENFANTS À UNE BONNE
NUTRITION UNE PRIORITÉ**

Notre lutte contre la malnutrition infantile doit être guidée par un seul mot d'ordre : l'action. En effet, nous devons adopter des mesures qui tiennent compte du rôle central des systèmes alimentaires, renforcent l'offre et la demande d'aliments sains, améliorent l'environnement alimentaire des enfants et tirent pleinement parti du rôle des principaux systèmes à même de soutenir la nutrition – la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la protection sociale. Parallèlement à cela, un autre impératif s'impose : la responsabilité. Celle-ci implique que les progrès soient mesurés, partagés, suivis d'effet et célébrés.

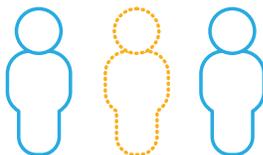


Les cinq mesures suivantes sont essentielles pour améliorer la nutrition infantile.

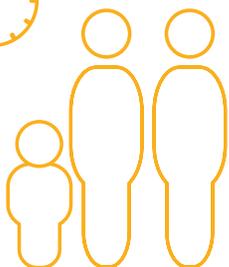
- ▶ Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes de demander des aliments nutritifs.
- ▶ Inciter les fournisseurs de denrées alimentaires à agir dans l'intérêt des enfants.
- ▶ Créer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants.
- ▶ Mobiliser les systèmes de soutien afin d'améliorer les résultats nutritionnels pour tous les enfants.
- ▶ Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de bonne qualité pour orienter les actions

Faire de la nutrition infantile une priorité

Un enfant sur trois ne grandit pas bien



Pour chaque enfant, une croissance saine

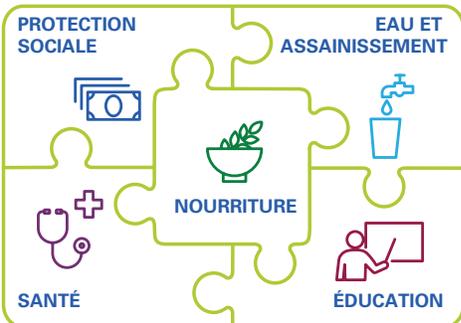


1 Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes de demander des aliments nutritifs



Inciter les fournisseurs de denrées alimentaires à agir dans l'intérêt des enfants

2

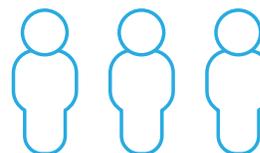


4 Mobiliser les systèmes de soutien afin d'améliorer les résultats nutritionnels pour tous les enfants



Créer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants

3



5 Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de bonne qualité pour orienter les actions et suivre les progrès

Introduction

La nutrition est une pierre angulaire de la vie d'un enfant. Chaque étape de l'enfance – du développement in utero à la préparation à la vie adulte et à l'emploi, en passant par les jeux et découvertes propres à la petite enfance et l'apprentissage à l'école – s'appuie sur les assises que constitue une bonne nutrition. Lorsqu'un enfant souffre de malnutrition, chaque défi de la vie devient plus compliqué et chaque opportunité, plus difficile à saisir. Alors que ne cessent de grandir les inquiétudes suscitées par la manière dont le monde se nourrit, ce rapport propose un programme pour que chaque enfant puisse enfin bénéficier d'une alimentation saine.

Comme nous l'avons vu plus haut, la malnutrition est définie comme une « absence de nutrition adaptée induite par le fait de manquer de nourriture, de ne pas consommer les bons aliments ou d'être incapable d'assimiler la nourriture que l'on mange ». À l'échelle mondiale, un enfant âgé de moins de 5 ans sur trois ne grandit pas bien à cause de la malnutrition et deux sur trois présentent un risque de malnutrition en raison de la mauvaise qualité de leur alimentation.

En outre, la nature de la malnutrition évolue car l'alimentation des familles est influencée par des systèmes alimentaires de plus en plus mondialisés et commerciaux. Or, ces systèmes alimentaires manquent à leurs devoirs envers les enfants, il est donc plus qu'urgent de les transformer. Les besoins nutritionnels spécifiques des enfants aux différents stades de leur vie doivent être placés au cœur de cette transformation et élevés au rang de priorité pour tous les acteurs impliqués dans la fourniture d'une alimentation nutritive, abordable, sûre et durable.

Le présent rapport est publié à une période de grandes interrogations quant à la capacité du monde à produire des aliments nutritifs pour tous, en quantités suffisantes et dans le respect de la planète. Il est également unique en son

genre en ce qu'il appelle à placer les enfants au cœur du défi que posent l'alimentation et la nutrition à l'échelle du globe. En effet, comme le souligne parfaitement un proverbe nigérian, malgré l'intérêt considérable que suscite actuellement cette problématique, « les belles paroles ne nourrissent pas ». Aussi notre réponse à la malnutrition infantile doit-elle reposer sur des actions, et non sur de simples mots.

En premier lieu, notre action doit reconnaître le droit des enfants à recevoir une alimentation et une nutrition adaptées comme un droit fondamental. Il y a 30 ans, la signature de la Convention relative aux droits de l'enfant rassemblait les dirigeants du monde entier autour de l'engagement à défendre le droit de chaque enfant à vivre pleinement son enfance. Pourtant, aujourd'hui encore, la malnutrition prive un trop grand nombre d'enfants de leur présent et leur avenir. C'est pourquoi l'UNICEF appelle tous les acteurs impliqués dans ce domaine à donner la priorité aux enfants et à la lutte contre la malnutrition en réaffirmant leur engagement à respecter comme un droit fondamental le droit de tous les enfants – sans exception – à une alimentation et une nutrition de bonne qualité.

Deuxièmement, le bien-être des femmes et des enfants doit être au cœur des politiques publiques. Les gouvernements ont en effet un rôle de premier ordre à jouer pour garantir des régimes alimentaires sains par le biais de politiques, de réglementations, d'assurances qualité et de programmes efficaces. Ces engagements – et les investissements financiers qui en découlent – doivent s'appuyer sur des éléments de preuve et être assortis d'objectifs clairs ainsi que de critères de responsabilité parfaitement définis pour chaque partie prenante. En outre, les progrès accomplis au regard des cibles relatives à l'alimentation et la nutrition doivent être régulièrement suivis, partagés, pris en compte et célébrés.

Les belles paroles ne nourrissent pas. Aussi notre réponse à la malnutrition infantile doit-elle reposer sur des actions, et non sur de simples mots



Un repas en famille dans le district de Chon Alai, au Kirghizistan. © UNICEF/UN0146971/Voronin

Troisièmement, placer les enfants au cœur des systèmes alimentaires requiert une approche pluridimensionnelle consistant à stimuler la demande d'aliments sains, renforcer l'offre en denrées nutritives et améliorer l'environnement alimentaire des enfants. Si les initiatives menées dans un nombre croissant de pays fournissent des exemples de ce qui fonctionne, des données et des éléments de preuve de meilleure qualité sont nécessaires pour suivre les résultats, documenter les enseignements tirés et améliorer l'efficacité des actions déployées à grande échelle.

Enfin, notre réponse doit dépasser les seuls systèmes alimentaires en s'appuyant sur les efforts d'autres systèmes. Nous avons vu dans ce rapport la manière dont quatre grands systèmes clés – la

santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la protection sociale – peuvent coopérer avec le système alimentaire pour soutenir la nutrition infantile dans divers contextes. Il est à présent temps de renforcer ces interventions afin d'amplifier leur incidence sur la nutrition. L'importance de la nutrition pour le développement et le bien-être des enfants ainsi que pour la croissance et le développement de l'économie et du capital humain à l'échelle des pays exige de la placer au centre d'autres problématiques plus larges de notre société, telles que la santé, l'éducation, la réduction de la pauvreté et l'égalité.

Aussi, pour guider la lutte contre la malnutrition infantile, le présent rapport propose ce **Programme pour faire du droit des enfants à une bonne nutrition une priorité.**

1 | Donner les moyens aux familles, aux enfants et aux jeunes de demander des aliments nutritifs.

La demande influe sur l'offre car les fabricants de denrées alimentaires répondent aux comportements et aux envies des consommateurs. Lorsque les aliments sains sont abordables, pratiques et désirables, les parents et les personnes s'occupant d'enfants font de meilleurs choix alimentaires pour ces derniers. En outre, à mesure que les enfants grandissent et prennent à leur tour plus de décisions en matière d'alimentation, les connaissances qu'ils ont acquises et les informations dont ils disposent peuvent les aider à devenir de puissants leviers de changement. Stimuler la demande de denrées nutritives passe non seulement par une sensibilisation des consommateurs aux bienfaits d'une alimentation saine, mais également par l'exploitation des aspirations culturelles et sociales de façon à modifier les comportements et les pratiques.

► **Comprendre et exploiter les dynamiques familiales et collectives.** Si les dynamiques familiales et collectives peuvent présenter de grandes divergences, notamment en termes de distribution et de gestion de la nourriture au sein des foyers, les données probantes montrent toutes que lorsque les femmes ont reçu une meilleure éducation, disposent d'un plus grand pouvoir de décision et d'une meilleure maîtrise des revenus du foyer, elles ont tendance à choisir des aliments plus sains et de meilleures pratiques alimentaires en faveur de leurs enfants. Toutefois, les personnes en charge de la préparation des repas au sein du foyer peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires pour créer des plats répondant aux besoins nutritionnels des enfants. Il est également important d'inclure le père et la famille en général pour soutenir les femmes dans leurs rôles multiples, en particulier celles qui travaillent dans les secteurs formel et informel.

► **Améliorer l'éducation nutritionnelle pour instaurer de meilleures habitudes alimentaires tout au long de la vie.** L'éducation nutritionnelle débute à la maison

et continue à l'école. Elle doit également être renforcée par des campagnes publiques de communication et intégrée aux systèmes de santé et de protection sociale. Les parents doivent connaître les aliments nutritifs, les bonnes pratiques alimentaires à mettre en place pour leurs enfants ainsi que les risques qu'entraîne la surconsommation d'aliments malsains. Cette éducation doit par ailleurs aller au-delà des simples bienfaits d'une alimentation saine pour intégrer la dimension du changement de comportement et de l'autonomisation, en particulier chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, eux aussi d'importants agents de changement.

- **Renforcer l'attrait des aliments bons pour la santé.** Les stratégies de communication innovantes, amusantes, accrocheuses et stimulantes visant à promouvoir une alimentation saine, telles que les campagnes de communication, entre autres, peuvent se révéler efficaces lorsqu'elles tirent parti des aspirations culturelles et sociales des enfants, des adolescents et des parents. Ces stratégies doivent tenir compte, d'une part, des intérêts et des aspirations des parents, comme la croissance physique, le développement cérébral et les résultats scolaires, et, d'autre part, de ceux des enfants d'âge scolaire et des adolescents, tels que le sport, l'apparence, la force, la culture pop ou encore les médias sociaux, pour ne citer qu'eux.
- **Avoir recours à un cadre réglementaire éprouvé pour réduire la demande d'aliments mauvais pour la santé.** Dans certaines circonstances, des taxes spécifiques sur les aliments malsains, comme les boissons sucrées, peuvent contribuer à en réduire la demande en les rendant plus chers que des produits sains. Lorsqu'ils sont associés à une éducation en matière de nutrition, ces instruments constituent des mesures efficaces pour améliorer le régime alimentaire des enfants. ■

2 | Inciter les fournisseurs de denrées alimentaires à agir dans l'intérêt des enfants.

Renforcer la demande d'aliments sains des enfants et des familles ne suffit pas. Ces denrées doivent également être disponibles, abordables, sûres et pratiques. À cet égard, les fabricants et les distributeurs ont un rôle majeur à jouer, tout comme les gouvernements. En effet, ces derniers peuvent établir des normes de manière à créer des conditions de concurrence équitables pour tous ces acteurs, garantissant ainsi que leurs actions coïncident avec l'intérêt supérieur des enfants. Si les systèmes alimentaires sont divers et variés, les solutions pour les améliorer le sont tout autant. Dans des systèmes alimentaires non industrialisés, par exemple, les petits exploitants peuvent bénéficier d'aides pour augmenter leur productivité, tandis que dans les systèmes industrialisés, l'amélioration de l'accès aux marchés et la mise en place de mesures incitatives peuvent contribuer à rendre les aliments frais et sains davantage disponibles et abordables. Enfin, l'intégralité des systèmes alimentaires doit s'orienter vers une production et une consommation durables sur le plan environnemental pour protéger la nutrition infantile aujourd'hui et pour les générations futures.

- **Adopter des mesures incitatives sur le plan économique tout en éliminant les obstacles pour que les fabricants fournissent des aliments plus nutritifs aux enfants.** Les législateurs peuvent inciter les producteurs de denrées alimentaires à proposer des produits nutritifs, sains et abordables aux enfants tout en éliminant les subventions pour le sucre, les céréales raffinées et les huiles transformées. Compte tenu de l'importance considérable de la période de l'alimentation complémentaire (de 6 à 23 mois) pour la croissance et le développement des enfants, il semble essentiel de dissuader les fabricants de commercialiser des aliments pauvres en nutriments, riches en sucres et ultra-transformés en les présentant comme étant

adaptés aux enfants de cet âge. Les incitations doivent également chercher à augmenter la part des fruits et des légumes frais sur les marchés, dans les supermarchés et dans les autres points de vente, en particulier dans les communautés à faible revenu et les déserts alimentaires. Des politiques favorables aux entreprises, telles que la baisse du coût des loyers, droits de douane et charges locatives ou de propriété, peuvent être employées pour récompenser celles qui produisent et commercialisent des aliments sains.

- **Investir dans la modernisation des infrastructures et des chaînes logistiques pour réduire les pertes en aliments et en nutriments et améliorer la sécurité alimentaire, en particulier dans les zones rurales.** Nombre des aliments dont les enfants ont besoin, notamment les fruits, les légumes et les denrées d'origine animale comme le poisson, les œufs, le lait et les produits laitiers, sont hautement périssables. Lorsque les infrastructures logistiques sont de mauvaise qualité, les pertes liées à l'altération ou à la contamination des produits sont lourdes, et induisent une augmentation des prix des produits concernés et une diminution de leur disponibilité et de leur accessibilité. Le régime alimentaire des enfants s'oriente ainsi souvent vers des aliments ultra-transformés, moins chers et offrant une durée de conservation plus longue. Ainsi, des investissements de la part de l'industrie alimentaire et des gouvernements dans le stockage, l'emballage, la transformation, la chaîne du froid et d'autres infrastructures d'approvisionnement du marché en aliments sains pourraient réduire à la fois les coûts pour les producteurs et les prix payés par les familles.

- **Renforcer les politiques, stratégies et programmes visant à améliorer la résilience de l’approvisionnement alimentaire dans les zones propices aux crises et les contextes fragiles.** Dans les situations humanitaires, ce sont toujours les enfants qui paient le plus lourd tribut. Des aliments complémentaires prêts à la consommation, correctement formulés et enrichis, peuvent s’avérer essentiels pour soutenir la croissance et le développement optimaux des nourrissons et des jeunes enfants, tout comme le sont les aliments thérapeutiques prêts à l’emploi pour traiter la malnutrition aiguë chez l’enfant. C’est pourquoi les gouvernements des régions touchées par des crises doivent garantir un accès aisé à ce type d’aliments, soit en rendant possible leur production locale, soit en éliminant les obstacles à l’importation. Investir dans des programmes de protection sociale bien conçus peut également permettre aux femmes et aux enfants vivant dans des foyers vulnérables d’accéder à une nourriture plus nutritive et diversifiée.
- **Réduire l’incidence environnementale de la production alimentaire pour les enfants d’aujourd’hui et de demain.** Il existe une corrélation claire entre la production et la consommation alimentaires, le respect de l’environnement et l’impact sur la nutrition et la santé infantiles. Aussi des interventions robustes sont-elles nécessaires pour réduire les répercussions de la production et de la consommation alimentaires sur l’environnement, en particulier lorsqu’il est avéré qu’elles engendrent des effets néfastes sur la santé des enfants. C’est notamment le cas des émissions de gaz à effet de serre et de la pollution due aux énergies fossiles, aux pesticides et aux engrais. Les systèmes de production comme l’agroécologie, l’agroforesterie, les cultures mixtes et la gestion intégrée de production animale et végétale peuvent, à l’inverse, améliorer la durabilité environnementale et la biodiversité des systèmes alimentaires pour les générations à venir. ■

3 | Créer des environnements alimentaires sains pour tous les enfants.

Les environnements alimentaires personnels et extérieurs sont les lieux où les enfants et les personnes qui s’en occupent interagissent avec le système alimentaire. Tandis que la loi de l’offre et de la demande façonne ces environnements, des actions adaptées aux différents contextes, telles que la protection contre les techniques de marketing abusives et l’étiquetage obligatoire des informations nutritionnelles, contribuent à créer des environnements propices à une alimentation infantile saine.

- **Créer des environnements propices à l’allaitement et aux bonnes pratiques d’alimentation complémentaire.** Pour ce faire, il convient en premier lieu d’appliquer

strictement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de contraindre les auteurs de violations à répondre de leurs actes. En outre, il est indispensable de promouvoir des politiques favorables aux mères, aux parents et aux familles, notamment le congé maternité et l’aménagement de temps de pause et/ou d’espaces pour allaiter sur le lieu de travail et dans les lieux publics. Enfin, il convient d’améliorer la disponibilité, l’accessibilité et le caractère abordable des aliments complémentaires faciles à préparer dans les points de vente, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

- **Améliorer la transparence des informations nutritionnelles au moyen d'étiquettes placées sur la face avant des emballages.** Les gouvernements doivent rendre obligatoire l'étiquetage nutritionnel sur la face avant des emballages, en particulier pour les aliments destinés aux enfants ou commercialisés comme leur étant adaptés. Les systèmes d'étiquetage sensibilisent sur la valeur nutritionnelle des aliments, encouragent des changements de comportement chez les parents, les adolescents et les enfants et incitent les entreprises à revoir la composition de leurs produits en y ajoutant des ingrédients plus sains et en retirant ceux mauvais pour la santé. Pour être efficaces, de tels dispositifs doivent être repérables facilement et lisibles instantanément. En outre, des labels de qualité ou des certifications similaires, tout aussi visibles, peuvent être accordés aux vendeurs qui proposent des aliments sains aux enfants.
- **Réglementer la commercialisation des aliments néfastes pour les enfants.** Partout dans le monde, les enfants devraient être protégés contre les effets des techniques de marketing et de publicité

préjudiciables et abusives destinées à vendre des aliments malsains. Les réglementations doivent viser les publicités diffusées à la télévision, dans les jeux, les films, les livres et sur les réseaux sociaux, quel que soit le groupe d'âge ciblé, mais aussi les entreprises et les restaurants qui offrent des jouets pour l'achat de certains produits ou menus mauvais pour la santé.

- **Réduire les influences obésogènes dans les lieux destinés aux enfants, en particulier les écoles.** Pour de nombreux enfants, l'école est l'endroit où ils prennent le plus de repas en dehors du domicile. Aussi les gouvernements et les ministères de l'éducation doivent-ils prendre des mesures pour lutter contre les environnements alimentaires obésogènes, notamment en veillant à ce que les repas servis à l'école soient nutritifs et diversifiés, en limitant la vente et la publicité de boissons sucrées et d'aliments riches en graisses, en sucres et en sel à proximité des écoles et des terrains de jeux et en s'assurant que, chaque jour, l'école réserve suffisamment de temps pour des jeux actifs dans des espaces récréatifs sûrs. ■

4 | Mobiliser les systèmes de soutien afin d'améliorer les résultats nutritionnels pour tous les enfants.

Si le système alimentaire joue un rôle capital dans notre capacité à fournir aux enfants une nourriture saine, les systèmes de la santé, de l'eau et l'assainissement, de l'éducation et de la protection sociale doivent également être mobilisés pour pouvoir offrir des services nutritionnels, améliorer les pratiques alimentaires et obtenir des résultats nutritionnels à grande échelle. Ensemble, ces cinq systèmes clés doivent s'articuler de manière à déployer des interventions coordonnées. En effet, seule une approche systémique est en mesure de garantir l'accès des familles à une alimentation saine et aux services nutritionnels nécessaires à la croissance

optimale des enfants ainsi qu'à leur développement pour qu'ils atteignent leur plein potentiel.

- **Le système de santé.** Le système de santé doit prendre des mesures visant à garantir la survie, la croissance et le développement des enfants pour qu'ils atteignent leur plein potentiel. Ainsi, investir dans le renforcement des connaissances et compétences nutritionnelles des agents de santé, personnel de première ligne entre le système de santé et les familles, s'avère particulièrement important. Les soins préventifs contre la malnutrition, tels que la mise

au sein précoce et les services de conseil et d'appui aux mères en faveur d'un allaitement exclusif, de l'alimentation complémentaire et de la nutrition maternelle, sont autant de services essentiels devant être proposés pendant les consultations pré et postnatales. Le dépistage et le traitement de l'anémie, des carences en vitamine A, des troubles de la croissance et de la prise de poids excessive requièrent également les compétences ainsi que le soutien matériel et technique du système de santé. Enfin, compte tenu du risque de mortalité élevé associé à l'émaciation, les pouvoirs publics doivent systématiquement intégrer la détection et le traitement précoces des enfants sévèrement émaciés dans leurs services de routine.

► **Le système d'approvisionnement en eau et d'assainissement.**

Ce système est essentiel pour garantir aux enfants un accès à l'eau potable ainsi qu'à un bon assainissement, une condition fondamentale pour qu'ils bénéficient d'une alimentation saine, soient protégés contre certaines infections, en particulier contre les entéropathies qui empêchent d'assimiler correctement les nutriments, et évitent ainsi les retards de croissance, l'émaciation et toute autre forme de malnutrition. Les pouvoirs publics doivent promouvoir la construction de latrines améliorées et faire en sorte de réduire les distances parcourues par les femmes et les enfants pour accéder à l'eau potable et aux toilettes. Néanmoins, si investir dans les infrastructures est important, la diffusion de messages au sein des communautés et des écoles visant à modifier les comportements s'avère également indispensable. Ciblant les parents et les enfants dès le plus jeune âge, ces communications doivent les inciter à mieux se nourrir, à manipuler correctement les aliments et à se laver les mains avec du savon aux moments opportuns.

► **Le système éducatif.** Ce système permet de mettre en œuvre de nombreuses interventions visant à soutenir une alimentation saine et une bonne nutrition chez les enfants et les

adolescents. Dans les contextes éducatifs tant formel qu'informel, éduquer à la nutrition le plus tôt possible doit permettre aux enfants et aux personnes qui s'en occupent de faire des choix éclairés en matière d'alimentation. Ainsi les écoles doivent-elles créer des environnements alimentaires favorables à la santé des enfants et adolescents, ce qui implique de veiller à la présence d'eau potable et de réduire celle des produits favorisant l'obésité au sein et aux abords des écoles. Dans certaines situations, les programmes d'alimentation scolaire peuvent s'avérer utiles en proposant des repas nutritifs aux enfants vulnérables. Le système éducatif peut également jouer un rôle majeur dans le déploiement de programmes intégrés pour la prévention des carences en fer et de l'anémie en fournissant par exemple une supplémentation en micronutriments, des traitements vermifuges ou des conseils pour une alimentation saine.

► **Le système de protection sociale.** Il

constitue un filet de sécurité fondamental pour protéger la nutrition et le bien-être des enfants et des femmes issus des familles les plus vulnérables et/ou victimes de l'exclusion sociale et de la pauvreté. De manière très directe, le système de protection sociale peut garantir l'accès des enfants à des produits alimentaires variés et nutritifs par le biais d'aides et de bons alimentaires ou de transferts en espèces. Les programmes de protection sociale peuvent également s'appuyer sur d'autres systèmes pour assurer l'accès aux services nutritionnels, notamment sur le système de santé pour ce qui est des soins de santé pré et postnatals et des conseils nutritionnels aux mères (en particulier celles dont les enfants souffrent de malnutrition), ou encore sur le système éducatif grâce à des coupons d'alimentation scolaire. Le système de protection sociale est en outre essentiel pour préserver la sécurité alimentaire des enfants et des foyers puisqu'il permet d'éviter la raréfaction des actifs productifs en situation d'urgence, tels que le bétail ou les semences. ■

5 | Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de bonne qualité pour orienter les actions et suivre les progrès.

Des données exactes et à jour sont indispensables pour comprendre la problématique de la malnutrition, déployer des actions fondées sur des éléments de preuve et demander des comptes à l'ensemble des acteurs concernés, qu'ils soient publics ou privés. Pourtant, le manque de données sur le sujet freine considérablement les pouvoirs publics dans leurs efforts pour élaborer des politiques, des programmes et des stratégies efficaces. Les méthodes et fréquences de collecte de données doivent être modifiées si l'on souhaite élargir les connaissances en matière d'alimentation et de nutrition des enfants, des adolescents et des femmes tout au long de leur vie et non plus seulement au cours des 1 000 premiers jours, comme cela est généralement le cas. En effet, toute action entreprise pour lutter contre la malnutrition doit reposer sur des systèmes de données réactifs ainsi que sur une culture de la transparence et du partage de données.

- **Établir des objectifs pour l'alimentation complémentaire des nourrissons et des jeunes enfants et suivre les progrès en la matière.** Il est impératif de remédier à l'absence de cibles mondiales pour l'amélioration de la nutrition infantile et des pratiques au cours de la période décisive que constitue l'alimentation complémentaire. Aussi convient-il de fixer des objectifs à l'échelle mondiale et nationale en matière d'allaitement continu, d'alimentation complémentaire et de régimes alimentaires sains. En outre, de tels objectifs doivent être assortis d'indicateurs normalisés pouvant être régulièrement collectés dans le cadre d'enquêtes et de systèmes d'informations et de données nutritionnelles au niveau national. Par ailleurs, ces cibles et indicateurs doivent se concentrer sur le renforcement des pratiques positives, telles que la consommation accrue de fruits et légumes ou le respect d'une diversité alimentaire minimale, ainsi que sur la réduction des comportements délétères tels que la

consommation de produits alimentaires ultra-transformés. Il est nécessaire de suivre l'évolution des pratiques alimentaires, bonnes et mauvaises, pour pouvoir apprécier la mesure dans laquelle un système alimentaire répond aux besoins des enfants.

- **Améliorer les indicateurs, la collecte de données et les cibles relatives à la nutrition et l'alimentation infantiles pendant l'âge scolaire et l'adolescence.** Les données relatives aux enfants plus âgés et aux adolescents sont rares et souvent de mauvaise qualité. Comblar de telles lacunes demande une attention toute particulière car les données alimentaires et nutritionnelles relatives à ces groupes d'âge sont importantes à plusieurs titres. Elles permettent, d'une part, de comprendre la répartition géographique et socioéconomique des habitudes alimentaires et des différentes formes de malnutrition au cours de la moyenne enfance et de l'adolescence et, d'autre part, de comprendre comment ou par qui sont influencés les choix alimentaires, si tant est qu'ils existent, dans cette classe d'âge. Ces connaissances sont essentielles pour concevoir des interventions efficaces à destination des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Comme pour l'alimentation complémentaire, l'établissement de cibles mondiales et nationales pour la nutrition des enfants d'âge scolaire et des adolescents est donc impératif pour progresser dans la lutte contre la malnutrition infantile.
- **Soutenir le développement de nouveaux outils et méthodes d'analyse permettant d'étudier des systèmes alimentaires dynamiques et d'identifier les facteurs affectant l'alimentation et la nutrition infantiles.** Les systèmes alimentaires industrialisés se caractérisent par leur

complexité et la rapidité de leur évolution. Placer les enfants au cœur des systèmes alimentaires exige donc de nouveaux outils et méthodes d'analyse afin de comprendre la mécanique des choix de production et de consommation, la morphologie des environnements alimentaires des enfants et les interactions entre les différents acteurs du système, publics ou privés. En effet, une nouvelle gamme d'outils innovants et bien établis, comprenant notamment des enquêtes auprès des ménages, une cartographie alimentaire ou encore des tableaux de bord des systèmes alimentaires, pourrait permettre aux décideurs politiques de comparer leurs systèmes alimentaires à ceux de pays semblables, d'identifier les principaux défis à relever et de hiérarchiser leurs actions.

- **Définir des cibles et améliorer la collecte de données afin de mesurer la couverture et l'équité des services nutritionnels essentiels proposés par les systèmes de**

la santé, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de l'éducation et de la protection sociale. À l'échelle mondiale, une grande partie des données relatives à la nutrition infantile concernent des services fournis dans le cadre d'interventions du système de santé ou de contacts avec celui-ci. Étant donné l'importance des autres systèmes dans le soutien apporté à la nutrition infantile, un meilleur suivi des interventions et actions mises en œuvre par tous les programmes et dispositifs de fourniture de services est nécessaire. Il convient donc de renforcer les systèmes de données ainsi que les capacités afin de suivre les cibles et indicateurs nouvellement établis pour évaluer la couverture et l'équité des interventions nutritionnelles essentielles. Il s'agit là d'une étape décisive pour garantir la mise en place d'un système de responsabilité publique transparent. ■

Un enfant est pesé dans le cadre d'un examen régulier de suivi de la croissance au Centre de protection des mères et des enfants de Tunis, en Tunisie.
© UNICEF/UN0212543/Noorani



SECTION SPÉCIALE :

De meilleures données pour une meilleure alimentation

Tout comme le défi de la malnutrition, les données sur la nutrition infantile – c'est-à-dire les éléments que l'on suit, analyse et compare sur différents territoires et entre différentes populations – évoluent. Si la transformation des régimes alimentaires et le triple fardeau de la malnutrition ne font qu'accroître la nécessité de disposer de plus de données, les nouvelles technologies offrent néanmoins la possibilité de mieux saisir ces phénomènes. **Toutefois, à mesure que la problématique de la malnutrition est traitée à l'aide d'approches plus globales s'appuyant sur des systèmes transversaux qui tiennent compte des environnements alimentaires et des comportements des consommateurs, il est nécessaire de collecter un éventail plus large de données capables d'aboutir à des mesures concrètes.**

En effet, recourir aux données et aux éléments de preuve pour orienter les décisions en matière de politiques et de programmes est capital pour améliorer la vie des enfants. Malheureusement, le manque actuel de données, notamment sur la nature et la qualité des régimes alimentaires des enfants dans le monde et tout au long de leur vie, rend difficile la bonne compréhension de la prévalence, de la nature et de l'ampleur de la malnutrition. L'environnement alimentaire élargi dans lequel sont prises les décisions relatives à l'alimentation est également mal compris, ce qui souligne encore une fois la nécessité de disposer de nouveaux outils pour mieux comprendre l'alimentation infantile. Par conséquent, des méthodes sont nécessaires non seulement pour mesurer la disponibilité, l'accès, le caractère abordable, la demande et l'utilisation des produits alimentaires comme un ensemble de facteurs interdépendants influençant l'alimentation des enfants, mais également pour garantir le suivi et la compréhension des changements observés en matière de nutrition, les régimes alimentaires malsains gagnant du terrain dans le monde entier.

Cependant, l'impact et l'efficacité potentiels des données ne résident pas uniquement dans le suivi d'un plus grand nombre d'indicateurs ou l'élaboration de nouvelles études. L'analyse et l'utilisation des données existantes sont également capitales pour orienter le plaidoyer en matière de politiques et la conception et la mise en œuvre de certains programmes. Cet effort doit également s'inscrire dans le cadre de l'élaboration de cibles mondiales et nationales visant à améliorer les régimes et pratiques alimentaires des enfants.

Données relatives aux enfants âgés de moins de 5 ans

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la plupart des données relatives à la nutrition concernent les enfants âgés

de moins de 5 ans. Cela n'a rien d'étonnant compte tenu de l'incidence des 1 000 premiers jours de vie sur la nutrition, la santé et le statut économique des individus et du nombre de programmes destinés à la nutrition dans la petite enfance dans le monde. Les indicateurs pour cette classe d'âge sont les suivants :

- Prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance, du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids ;
- Taux d'allaitement précoce, exclusif et continu ;
- Introduction d'une alimentation complémentaire au moment opportun ;
- Fréquence minimale des repas ;
- Diversité alimentaire minimale et apport alimentaire minimum acceptable pour les enfants âgés de 6 à 23 mois ; et
- Couverture de la supplémentation en vitamine A, entre autres.

Dans cette catégorie de pays, le retard de croissance et le surpoids chez les enfants âgés de moins de 5 ans sont minutieusement suivis à l'échelon national, même si la fréquence de ce suivi n'est pas constante d'un pays à l'autre. Si certains investissent chaque année dans la collecte de données, d'autres ne le font que tous les trois à cinq ans. En ce qui concerne l'émaciation, qui peut évoluer rapidement et en fonction des saisons, si les tendances à long terme peuvent s'avérer difficiles à identifier, un suivi des données à un instant T est effectué dans le cadre d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) ou d'études

démographiques et de santé (EDS), entre autres. Ainsi les données actuelles permettent-elles de comparer entre eux différents pays ou différentes régions. En revanche, seuls certains pays disposent de données infranationales ventilées en fonction de la richesse et de la répartition géographique des ménages, ou encore du sexe. Celles-ci s'avèrent pourtant utiles pour révéler les disparités existant sur un même territoire et ainsi orienter les politiques et la mise en œuvre de certaines mesures au niveau local. Dans les pays à revenu élevé, les indicateurs nutritionnels concernant les enfants âgés de moins de 5 ans tendent en revanche à manquer, car ils ne sont pas systématiquement recueillis ou régulièrement rapportés de manière comparable.

Les données sur l'état nutritionnel des enfants d'âge scolaire et les adolescents sont insuffisantes

L'état nutritionnel des enfants plus âgés est quant à lui bien moins suivi et compris. Certes, dans le cadre de l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) régulièrement menée par l'OMS et les CDC (Centres américains de contrôle et de prévention des maladies), des adolescents âgés de 13 à 17 ans sont interrogés sur certains aspects de leur comportement alimentaire (consommation de fruits et légumes, de boissons sucrées et d'aliments issus de la restauration rapide) et de leur activité physique (éducation physique et vélo/marche pour aller à l'école), ce qui permet de suivre certains indicateurs relatifs au surpoids ou à la maigreur. Néanmoins, les données sur la taille et le poids s'appuyant sur des informations autodéclarées dans les pays d'Europe, il est possible que les taux d'obésité aient été sous-estimés en raison du biais de désirabilité sociale¹. Par ailleurs, le fait que le bien-être nutritionnel des enfants au cours de leur vie ne soit pas systématiquement mesuré constitue une lacune majeure. En effet, il n'existe aujourd'hui aucun ensemble normalisé d'indicateurs en la matière pouvant faire l'objet d'une collecte régulière via les systèmes administratifs, ni aucune enquête menée à l'échelle des pays.

Habitudes alimentaires et apport nutritionnel

Le manque de données sur l'ensemble du régime alimentaire des enfants, des adolescents et des femmes, ainsi que sur la malnutrition liée à des carences en micronutriments constitue un autre obstacle de taille. En effet, sans plus de connaissances sur les tendances et la répartition des habitudes alimentaires, il est difficile d'établir des priorités et des objectifs.

Pourtant, les pratiques alimentaires relatives aux jeunes enfants et aux mères sont suivies au moyen d'enquêtes sur

les ménages intégrant des indicateurs relatifs à la diversité alimentaire minimale (proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé la veille des aliments appartenant à au moins 5 groupes d'aliments) et à l'apport alimentaire minimum acceptable (proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu la veille au moins la diversité alimentaire et la fréquence de repas minimales).

Aussi, pour mieux comprendre la malnutrition, il conviendrait d'inclure des indicateurs de diversité alimentaire permettant de suivre les différents types de produits consommés, en quelle quantité et à quelle fréquence, le tout pondéré en fonction de leur valeur nutritionnelle, dans un plus grand nombre d'enquêtes portant sur un éventail d'enfants plus large. En outre, de tels indicateurs sont très utiles pour prédire de manière précise les futures tendances en termes de statut économique et de malnutrition (retards de croissance et émaciation).

La collecte d'informations fiables relatives à ce que mangent les enfants, les adolescents et les femmes pose toutefois de nombreux défis. Par exemple, la collecte de données auprès des enfants d'âge scolaire peut être entravée par leur capacité cognitive limitée à autodéclarer leur apport nutritionnel, quand la longueur de certains questionnaires ne met à rude épreuve leurs capacités de concentration. Par ailleurs, de nombreuses études utilisent des questionnaires que les enfants doivent remplir à l'école sans l'aide de leurs parents. Or, on sait que les enfants d'âge scolaire ont tendance à sous-estimer ou à surestimer leur apport nutritionnel, ce qui compromet la fiabilité de certaines données.

Les études portant sur les adolescents souffrent quant à elles du manque de motivation de ces jeunes à répondre à des questionnaires facultatifs et de problèmes liés à l'image. Les déclarations insuffisantes ou erronées concernant l'apport nutritionnel sont ainsi très courantes chez les adolescents obèses ou en surpoids.

Enfin, les comparaisons entre pays sont difficiles pour plusieurs raisons. Les bases de données sur la composition des produits alimentaires qui proposent des estimations (parfois erronées) de la valeur énergétique et de l'apport en micro et macronutriments des produits locaux sont soit indisponibles à l'échelon national, soit non harmonisées entre les différents pays. Par ailleurs, elles ne ciblent pas précisément les besoins spécifiques des jeunes enfants. En outre, de nombreuses études modifient ces bases de données mondiales pour tenir compte des aliments propres à chaque pays, ce qui réduit encore davantage la fiabilité de ces comparaisons. ■



PERSPECTIVE

Travailler ensemble pour l'avènement de populations en bonne santé sur une planète saine

Peter Bakker,
Président-
Directeur
général, Conseil
mondial des
entreprises pour
le développement
durable (WBCSD)

Peter Bakker est PDG du Conseil mondial des entreprises pour le développement durable (WBCSD, World Business Council for Sustainable Development), organisation mondiale réunissant les hauts dirigeants de plus de 200 grandes entreprises qui collaborent afin d'accélérer la transition vers un monde durable. Les sociétés membres du WBCSD proviennent de tous les secteurs d'activité et de toutes les grandes économies ; ensemble, elles représentent un chiffre d'affaires de plus de 8,5 billions de dollars des États-Unis, et elles comptent 19 millions d'employés. M. Bakker est un dirigeant d'entreprise éminent qui, jusqu'en juin 2011, a été Directeur financier, puis PDG de la société mondiale de transport et de logistique TNT NV.

Il est clair que notre système alimentaire ne fonctionne plus. Notre avenir dépend de notre aptitude à créer un système alimentaire qui favorisera la santé des populations et la salubrité de la planète. Les systèmes alimentaires actuels épuisent les ressources de la planète, alors que le régime alimentaire des populations engendre des crises sanitaires mondiales à la fois de surnutrition et de dénutrition. Toute cette dynamique s'amplifiera à mesure que se poursuivront la croissance démographique et la transformation des habitudes alimentaires.

Le secteur privé est souvent considéré comme faisant partie du problème, mais je crois qu'il peut jouer un rôle décisif dans l'apport de solutions. Prenons, par exemple, la transformation des aliments : elle peut produire des aliments de grande qualité, qui prolongent la durée des fruits et légumes et réduisent ainsi le gaspillage alimentaire. Elle permet de rendre des aliments sains disponibles à longueur d'année dans des communautés aux conditions environnementales difficiles, comme la région du Sahel. En outre, lorsque les denrées alimentaires sont produites de manière responsable, les incidences environnementales des pratiques agricoles peuvent être maintenues au minimum, voire être régénératrices.

La quasi-totalité de la nourriture consommée dans le monde est produite, transformée ou fournie par des entreprises du secteur privé, des petits exploitants agricoles et des fermes familiales aux grandes sociétés multinationales. Cela engendre pour le monde des

affaires une occasion et une capacité uniques d'améliorer la santé et la qualité de vie des enfants, en créant pour tous des aliments plus sains et agréables, produits de manière responsable et selon des pratiques durables.

Il est impératif d'un point de vue économique de répondre aux besoins nutritionnels des enfants : la malnutrition contribue à la baisse de la productivité et à la hausse des coûts en matière de santé, d'assurances et d'environnement, ainsi qu'à la vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement – facteurs qui ont tous une incidence directe sur le résultat net. À mesure que les populations croissent et que le régime alimentaire évolue, des opportunités de croissance émergent pour les entreprises qui sont les premières à agir et qui créent de nouveaux marchés pour les aliments sains.

Les entreprises du secteur de l'alimentation peuvent aider à aiguiller les parents et les enfants vers des choix alimentaires sains et durables. Par exemple, la publicité, ainsi que le marketing sur le point de vente, sont de puissants outils qui influencent le comportement des consommateurs. En revanche, les entreprises doivent faire preuve de retenue dans la publicité directement destinée aux enfants, car ceux-ci sont particulièrement sensibles aux messages commerciaux. Le Conseil mondial des entreprises pour le développement durable (WBCSD) aide les sociétés à s'engager dans la bonne voie, par exemple en élaborant des projets au niveau d'un pays, accompagnés d'une trousse d'outils pour la commercialisation et la publicité de produits contenant moins de sucres.

Les campagnes de sensibilisation du public ont également une fonction importante. Nous devons recourir à une combinaison de politiques, d'informations et de mobilisation communautaire pour atteindre tous les individus, y compris ceux qui vivent dans des communautés défavorisées.

Nous devons aussi nous préoccuper davantage de l'impact environnemental de la production alimentaire. Alors que nous approchons de la limite des ressources naturelles que notre planète peut fournir, nous devons modifier notre régime alimentaire. Des initiatives telles que le rapport de la Commission EAT-Lancet, les outils de modélisation à l'échelle nationale du FABLE Consortium, les dialogues sur les systèmes alimentaires et la Food and Land Use Coalition se trouvent aux premiers rangs de l'action menée pour relever ce défi. De nombreuses entreprises de première importance appuient et encouragent les travaux de ces initiatives, fondés sur des données probantes, et s'en servent pour éclairer leurs stratégies et leurs actions commerciales.

Enfin, les aliments sains et produits selon des pratiques durables doivent être accessibles et abordables. Nous ne pouvons pas entretenir les inégalités socioéconomiques dans l'alimentation de nos enfants. Malheureusement, même dans les régions où la nourriture est abondante, les choix alimentaires plus sains et davantage soucieux de la durabilité sont souvent plus coûteux. De surcroît, pour beaucoup de petits exploitants agricoles, ce qu'il reste de la récolte ne fournit pas assez de nourriture, et l'argent gagné n'est pas suffisant pour qu'il soit possible d'acheter des aliments sains et variés.

Du point de vue du monde des affaires, les enfants d'aujourd'hui sont les agriculteurs et les employés de demain. Les abandonner à leur sort ne constitue pas une solution envisageable ; pourtant, c'est la voie dans laquelle nous sommes actuellement engagés. Nous devons réagir d'urgence, et le milieu des affaires doit faire en sorte d'avancer à grands pas pour contribuer à trouver des solutions.

Au WBCSD, nous réunissons des entreprises jouant un rôle de premier plan dans l'exploration des solutions, dans leur élaboration et dans leur mise en œuvre à grande échelle. Bon nombre de nos sociétés membres, à titre individuel ou par le truchement des programmes et projets du WBCSD, innovent en vue d'amorcer le virage vers un régime alimentaire sain. Notre organisation enjoint au monde des affaires de



© UNICEF/UN016877/Noorani

transformer le système alimentaire de manière à faire d'une vision de populations en bonne santé vivant sur une planète saine une réalité, en menant les actions suivantes :

- ▶ Assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle au sein de la chaîne d'approvisionnement ;
- ▶ Rendre des aliments sains, nutritifs et produits selon des pratiques durables accessibles et abordables pour les enfants et leur famille ;
- ▶ Faire usage de manière responsable du pouvoir du marketing en rééquilibrant les dépenses de commercialisation en faveur de l'offre de produits sains, de la fourniture de renseignements pouvant conduire à l'action et d'une accessibilité accrue aux choix alimentaires sains ;
- ▶ Prendre une part active aux plateformes qui réunissent entreprises, pouvoirs publics, chercheurs et membres de la société civile en vue de transformer le système alimentaire.

Il n'existe pas de solution miracle à la malnutrition. Seule une approche collaborative et holistique nous permettra de transformer avec succès le système alimentaire.

Il est très important que nous agissions DÈS MAINTENANT : il nous faut créer une dynamique qui sera bénéfique pour nos enfants et pour notre planète. Les résultats de recherche publiés par la Commission EAT-Lancet établissent des cibles que nous pouvons nous efforcer d'atteindre en agissant de manière concertée. Travaillons ensemble pour transformer le système alimentaire et concrétiser notre vision de populations en bonne santé vivant sur une planète saine. ■

Références

INTRODUCTION : BIEN GRANDIR DANS UN MONDE EN MUTATION

- 1 Estimations 2019 de l'UNICEF sur la base de Black et al. (2013) et Stevens et al (2015). Pour plus d'informations, prière de se référer à la section sur la méthodologie, page 178.
- 2 NCD Risk Factor Collaboration, « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 39, n° 10 113, p. 2 627 à 2 642 (16 décembre 2017).
- 3 A. Ashkan *et al.*, « Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 393, n° 10 184, p. 1 958 à 1 972 (11 mai 2019).
- 4 *ibid.*
- 5 E. C. Keats *et al.*, *Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: A systematic review* (Arlington, Virginie, Projet Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally [SPRING], 2018).
- 6 FAO, FIDA, UNICEF, PAM et OMS, *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019 : Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques* (Rome, FAO, 2019).
- 7 C. A. Monteiro *et al.*, « Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system », *Obesity Reviews*, vol. 14, supplément 2, p. 21 à 28 (novembre 2013).
- 8 A. Ashkan *et al.*, « Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 393, n° 10 184, p. 1 958 à 1 972 (11 mai 2019).
- 9 A. M. Pries *et al.*, « Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age Z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal », *Journal of Nutrition*, doi : nrx140 (juillet 2019).
- 10 W. Willett *et al.*, « Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems », *The Lancet*, vol. 393, n° 10 170, p. 447 à 492 (2 février 2019).
- 11 T. Searchinger *et al.*, *World Resources Report: Creating a sustainable food future* (Washington DC, World Resources Institute, 2018).
- 12 FAO, FIDA, UNICEF, PAM et OMS, *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019 : Se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements économiques* (Rome, FAO, 2019).
- 13 HLPE, *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition* (Rome, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, 2017).
- 14 N. Hossain, « Inequality, hunger and malnutrition: Power matters » dans *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, K. Von Grebmer, p. 25 à 29 (Washington DC, International Food Policy Research Institute, 2017).
- 15 Organisation internationale du Travail, *Estimations mondiales du travail des enfants : résultats et tendances 2012-2016* (Genève, 2017).
- 16 Organisation des Nations Unies, Plateforme de connaissances en matière de développement durable, ONU (New York, non daté).
- 17 P. Webb, « Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note. », Comité permanent de la nutrition de l'Organisation des Nations Unies (New York, 2014).

CHAPITRE 1 : LA MALNUTRITION INFANTILE DE NOS JOURS

- 1 UNICEF, OMS, Banque internationale pour la reconstruction et le développement et Banque mondiale (2019). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, OMS, Genève ; OMS (2019). *Malnutrition*, OMS, Genève.
- 2 OMS (2018). « Les 10 principales causes de mortalité ». Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (consulté le 22 juillet 2019).
- 3 de Onis, M. et Branca, F. (2016). « Childhood stunting: A global perspective », *Maternal & Child Nutrition* 12 (supplément n° 2), p. 12 à 26.
- 4 Development Initiatives (2017). *The P20 initiative: Data to leave no one behind, Baseline report March 2017*. Development Initiatives, Washington DC.
- 5 de Onis, M. et Branca, F. (2016). « Childhood stunting: A global perspective », *Maternal & Child Nutrition* 12 (supplément n° 2), p. 12 à 26.
- 6 Blencowe, H. *et al.* (2019). « National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 7, n°7, e849–e860.
- 7 de Onis, M. et Branca, F. (2016). « Childhood stunting: A global perspective », *Maternal & Child Nutrition* 12 (supplément n° 2), p. 12 à 26.
- 8 Walker, C. L. F., *et al.* (2013). « Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea », *The Lancet*, vol. 381, n°9875, p. 1 405 à 1 416.
- 9 Smith, L. C. and Haddad, L. (2015). « Reducing child undernutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era », *World Development*, 68, pages 180-204.
- 10 UNICEF (2018). New expanded databases for malnutrition, infant and young child feeding and iodized salt (Nouvelles bases de données élargies sur la malnutrition, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et le sel iodé). Disponibles à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/resources/nutrition-data/> (consulté le 22 juillet 2019).
- 11 UNICEF, OMS et la Banque mondiale (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting (Base de données élargies relatives aux estimations conjointes sur la malnutrition : le retard de croissance).
- 12 Black, R. E., *et al.* (2013). « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, vol.382, n°9890, p. 427 à 451 ; Harding, K. L., Aguayo, V. M. et Webb, P (2018). « Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action », *PLoS ONE* vol. 13, n°7, e0198749.
- 13 de Onis, M., *et al.* (2018). « Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years », *Public Health Nutrition* 22(1), p. 175 à 179.
- 14 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). « Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action », *PLoS ONE* vol. 13, n°7, e0198749 .
- 15 Myatt, M., *et al.* (2018). « Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries », *Archives of Public Health*, vol. 76 n°28.
- 16 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). « Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action », *PLoS ONE* vol. 13, n°7, e0198749.
- 17 Olofin, I., *et al.* Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). (2013). « associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: A pooled analysis of ten prospective studies », *PLoS ONE*, vol. 8, n°5, e64636.
- 18 USAid (2016). « Community-based management of acute malnutrition: Technical guidance brief ». Disponible à l'adresse suivante : www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/community-based-management-acute-malnutrition (consulté le 22 juillet 2019).
- 19 UNICEF (2015). « Malnutrition aiguë sévère ». Disponible à l'adresse suivante : https://www.unicef.org/french/nutrition/index_sam.html (consulté le 22 juillet 2019).
- 20 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford.
- 21 No Wasted Lives (non daté). « L'état de la malnutrition aiguë ». Disponible à l'adresse suivante : www.acutemalnutrition.org/fr/countries (consulté le 22 juillet 2019) ; UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale (2019). *Joint Child Malnutrition Estimates*. OMS, Genève.

- 22 Jesson, J., et al. (2015). « Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care programmes supported by the Growing Up Programme in 2011: A cross-sectional study », *BMC Infectious Diseases* 15, p. 216.
- 23 Muenchhoff, M., et al. (2018). « Malnutrition in HIV-infected children is an indicator of severe disease with an impaired response to antiretroviral therapy », *AIDS Research and Human Retroviruses*, 34(1), p. 46 à 55.
- 24 Rose, A. M., et al. (2014). « Aetiology and management of malnutrition in HIV-positive children », *Archives of Disease in Childhood*, 99, p. 546 à 551.
- 25 No Wasted Lives (non daté). « L'état de la malnutrition aiguë ». Disponible à l'adresse suivante : www.acutemalnutrition.org/fr/countries (consulté le 22 juillet 2019) ; UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale (2019). *Joint Child Malnutrition Estimates*. OMS, Genève.
- 26 Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (2013). *Evaluation of community management of acute malnutrition (CMAM): Global Synthesis Report (Evaluation Report)*. UNICEF, New York.
- 27 OMS, UNICEF, PAM et Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (2007). *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance*. OMS, Genève.
- 28 Bhutta, Z. A., et al. (2013). « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? », *The Lancet*, vol. 382, n°9890, p. 452 à 477.
- 29 Gillespie, S., et al (eds) (2016). *Nourishing Millions: Stories of change in nutrition*. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, DC, p. 35.
- 30 Daru, J., et al. (2018). « Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: A multilevel analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 6, n°5, e548-e554.
- 31 UNICEF (2018). « Globally, 86 per cent of the population has access to iodized salt », UNICEF, New York, juillet 2018.
- 32 Estimations 2019 de l'UNICEF sur la base de Black et al. et Stevens et al (2015). Pour plus d'informations, prière de se référer à la section sur la méthodologie.
- 33 UNICEF (2004). « The hidden hunger of the vitamin and mineral deficient child », UNICEF, New York, mars 2004.
- 34 Kennedy, G. Ballard, T. and Dop, M. (2013). *Guidelines for measuring household and individual dietary diversity*. Organisation pour l'alimentation et l'agriculture et Union européenne, Rome et Bruxelles.
- 35 Louzada, M., et al. (2018). « The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil », *Public Health Nutrition*, vol. 21, n°1, p. 94 à 102.
- 36 Martínez Steele, E., et al. (2017). « The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: Evidence from a nationally representative cross-sectional study », *Population Health Metrics*, vol. 15, n°6.
- 37 Swinburn, B. A., et al. (2019). « The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report », *The Lancet*, vol. 393, n°10173, p. 791 à 846.
- 38 Estimations de l'UNICEF datant de 2019, basées sur Black et al, 2013 et Stevens et al, 2015. Pour plus d'informations, prière de se référer à la section sur la méthodologie.
- 39 Estimations 2019 de l'UNICEF sur la base de Black et al. et Stevens et al (2015). Pour plus d'informations, prière de se référer à la section sur la méthodologie.
- 40 Riaz, M., et al. (2018). « Maternal nutrition during early pregnancy and cardiometabolic status of neonates at birth », *Journal of Diabetes Research*, Article ID 7382946, 8 pages.
- 41 Agence nationale de la nutrition (NaNA) en Gambie, UNICEF, Bureau gambien de la statistique (GBOS) et GroundWork (2019). *Gambia National Micronutrient Survey 2018*. Banjul, Gambie.
- 42 OMS (2016). *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant*, OMS, Genève.
- 43 Projections s'appuyant sur l'analyse menée par l'UNICEF/l'Organisation mondiale de la Santé, le Groupe de la Banque mondiale et le Groupe de travail sur les estimations conjointes relatives à la malnutrition.
- 44 *ibid.*
- 45 Ng, M., et al. (2014). « Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet*, vol. 384, n°9945, p. 766 à 781.
- 46 van Jaarsveld, C. H. M. and Gulliford, M. C. (2015). « Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: Population-based cohort study », *Archives of Disease in Childhood*, 100, p. 214 à 219.
- 47 Manios, Y., et al. (2018). « Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box study », *Nutrition*, 55-56, p. 192 à 198.
- 48 Spinelli, A., et al. (2019). « Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries », *Obesity Facts*, 12, p. 244 à 258.
- 49 Ng, M., et al. (2014). « Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet*, vol. 384, n°9945, p. 766 à 781.
- 50 Manios, Y., et al. (2018). « Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box-study », *Nutrition*, 55-56, p. 192 à 198.
- 51 NCD Risk Factor Collaboration (2017). « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, n°10113, p. 2627 à 2642.
- 52 *Ibid.*
- 53 Centre d'épidémiologie du ministère américain de la santé et des services sociaux (2018). « Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household — United States 2011–2014 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 67, n°6, p. 186 à 189.
- 54 Lissner, L., et al. (2016). « Socio-economic inequalities in childhood overweight: Heterogeneity across five countries in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-2008) », *International Journal of Obesity*, vol. 40, n°5, p. 796 à 802.
- 55 *ibid.*
- 56 Kraak, V.I., et al. (2016). « Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 94, n°7, p. 540 à 548.
- 57 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni, p. 52.
- 58 Hruby, A. and Hu, F. B. (2015). « The epidemiology of obesity: A big picture », *Pharmacoeconomics*, vol. 33, n°7, p. 673 à 689.
- 59 NCD Risk Factor Collaboration (2017). « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, n°10113, p. 2 627 à 2 642, p. 2 640.
- 60 OCDE (2017). *Obesity Update 2017*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, p. 9.
- 61 OMS (2016). *Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant*. OMS, Genève, p. vii à xi.
- 62 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 76.
- 63 *ibid.*, p. 62.
- 64 Groupe d'intérêt technique Émaciation-Retard de croissance (WaSt TIG) (2018). *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation: A briefing note for policymakers and programme implementers*. Emergency Nutrition Network, Oxford, Royaume-Uni.
- 65 McDonald, C. M., et al. (2013). « The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 97, n°4, p. 896 à 901.
- 66 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford, Royaume-Uni.
- 67 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P. (2018). « Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action », *PLoS ONE*, vol. 13, n°7, e0198749.
- 68 Development Initiatives (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni, p. 14.
- 69 De Lucia Rolfe, E., et al. (2018). « Associations of stunting in early childhood with cardiometabolic risk factors in adulthood », *PLoS One*, vol. 13, n°4, e0192196.
- 70 Dang, A. and Meenakshi, J. V. (2017). « The nutrition transition and the intra-household double burden of malnutrition in India », *ADB Working Paper 725*, Institut de la Banque asiatique de développement, Tokyo.
- 71 Aitsi-Selmi, A. (2014). « Households with a stunted child and obese mother: trends and child feeding practices in a middle-income country, 1992–2008 », *Maternal & Child Health*, vol. 19, n°6, p. 1 284 à 1 291.
- 72 Horta, B. L., et al. (2013). « Nutritional status of indigenous children: Findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil », *International Journal of Equity in Health*, vol. 12, n°23.

- 73 UNICEF, OMS et Banque mondiale (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting (Base de données élargies relatives aux estimations conjointes sur la malnutrition : le retard de croissance).
- 74 Popkin, B. M., Adair and Ng, S. W. (2012). « Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries », *Nutrition Reviews*, vol. 70, n°1, p. 3 à 21.
- 75 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). « Changing diets: Urbanization and the nutrition transition ». In IFPRI, *Global Food Policy Report*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington DC, p. 35.
- 76 FAO (2013). *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture : Mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition*, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- 77 Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, Londres.
- 78 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- 79 Cette section s'appuie sur l'UNICEF, GAIN (2018). « Food systems for children and adolescents », *Interim Summary Report*, rapport de synthèse intermédiaire de la consultation organisée au Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF à Florence, Italie, 5-7 novembre 2018.
- 80 UNICEF, GAIN (2019). « Food systems for children and adolescents », *Final Report*, rapport final de la consultation organisée au Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF à Florence, Italie, 5-7 novembre 2018.
- 81 Pinstrup-Andersen, P. (2013). « Nutrition-sensitive food systems: From rhetoric to action », *The Lancet*, vol. 382, n°9890, p. 375 à 376.
- 82 Jones, A. D. and Ejeta, G. (2015). « A new global agenda for nutrition and health: The importance of agriculture and food systems », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 94, n°3, p. 228 à 229.
- 83 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). « Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge », *Global Challenges*, vol. 1, n°3, 1600002.
- 84 FAO (2013). *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture : Mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition*, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- 85 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). « Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? », *The Lancet*, vol. 382, n°9891, p. 536 à 551.
- 86 Herforth, A. and Harris, J. (2014). « Understanding and applying primary pathways and principles », *Brief 1: Improving Nutrition through Agriculture Technical Brief Series*. USAID et Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project, Arlington, VA.
- 87 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). « Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? », *The Lancet*, vol. 382, n°9891, p. 536 à 551 ; Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). « Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge », *Global Challenges*, vol. 1, n°3, 1600002.
- 88 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). « Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge », *Global Challenges*, vol. 1, n°3, 1600002.
- 89 Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2018). Évaluation de la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations de l'OMS relatives à la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Les progrès, les défis et les conseils pour les prochaines étapes dans la Région européenne de l'OMS, OMS, Genève ; Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (2018). *Mise en œuvre de l'ensemble des recommandations de l'OMS relatives à la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants*.
- 90 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- 91 Rasella, D., et al. (2013). « Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities », *The Lancet*, vol. 382, n°9886, p. 57 à 64.
- 92 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- 93 UNICEF (2018). *Génération 2030 Afrique 2.0*. UNICEF, New York.
- 94 Lim, S. S., et al. (2018). « Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016 », *The Lancet*, vol. 392, n°10154, p. 1217-1234.
- 95 Black, R. E., et al. (2013). « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, vol. 382, n°9890, p. 427-451 ; OMS (2018). *Fiche d'information sur la malnutrition*, OMS, Genève.
- 96 Agbor, J. A. and Price, G. N. (2014). « Does famine matter for aggregate adolescent human capital acquisition in Sub-Saharan Africa? », *African Development Review*, vol. 26, n°3, p. 454 à 467.
- 97 Niemesh, G. T. (2015). « Ironing out deficiencies: Evidence from the United States on the economic effects of iron deficiency », *Journal of Human Resources*, vol. 50, n°4, p. 910 à 958.
- 98 Field, E., Robles, O. and Torero, M. (2009). « Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania », *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 1, n°4, p. 140 à 169.
- 99 Maluccio, J. A., et al. (2009). « The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults », *The Economic Journal*, 119, p. 734 à 763.
- 100 Wong, H. L., et al. (2014). « Improving the health and education of elementary schoolchildren in rural China: Iron supplementation versus nutritional training for parents », *Journal of Development Studies*, vol. 50, n°4, p. 502 à 519.
- 101 Fink, G., et al. (2016). « Schooling and wage income losses due to early-childhood growth faltering in developing countries: National, regional, and global estimates », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 104, n°1, p. 104 à 112.
- 102 McGovern, M. E., et al. (2017). « A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes », *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, n°4, p. 1 171 à 1 191.
- 103 Pinstrup-Andersen, P. and Shimokawa, S. (2008). « Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset? », *Food Policy*, vol. 33, n°6, p. 513 à 520.
- 104 Chambre des communes (1946). Débat du 31 mai, vol. 5, n°423, col. 1544.
- 105 Lim, S. S., et al. (2018). « Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016 », *The Lancet*, vol. 392, n°10154, p. 1 217 à 1 234.
- 106 Commission de l'Union africaine, Agence de planification et de coordination du NEPAD, CEA et PAM (2014). *Le coût de la faim en Afrique : L'incidence sociale et économique de la sous-nutrition chez l'enfant en Égypte, en Éthiopie, au Swaziland, et en Ouganda*. Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Addis Ababa.
- 107 Hoddinott, J. (2016). « The economics of reducing malnutrition in Sub-Saharan Africa », document de travail pour le Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (non publié).
- 108 Groupe de la Banque mondiale (2013). « Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it? », Groupe de la Banque mondiale.
- 109 Garde, A. and Murphy, B. (2018). *A child rights-based approach to food marketing: A guide for policy makers*. UNICEF, New York, p. 13.
- 110 OCDE (2018). *Politiques agricoles : suivi et évaluation 2018*. Organisation de coopération et de développement économiques, Paris.
- 111 Groupe de la Banque mondiale (2013). « Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it? », Groupe de la Banque mondiale, citant Hoddinott, J., et al. (2013). « The economic rationale for investing in nutrition », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 9 (Supplément n°2), p. 69 à 82. L'auteur s'est appuyé sur une estimation médiane réalisée à partir d'un échantillon de 17 pays fortement touchés.
- 112 Boseley, S. (2016). « World Bank to name and shame countries that fail to prevent stunting in children », *The Guardian*, Londres, 30 septembre.
- 113 Gouvernement du Royaume-Uni (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. Gouvernement de Sa Majesté, Londres, ch. 2.
- 114 NHS Digital (2018). *National Child Measurement Programme, England: 2017/18 School Year* [PAS]. Ministère de la santé et des services sociaux, Londres.
- 115 RCPC (2017). *State of Child Health Report 2017*. Royal College of Paediatrics and Child Health, Londres.
- 116 Public Health England (2018). England's poorest areas are fast-food hotspots. Communiqué de presse du 29 juin.
- 117 Adams, J., Ganiti, E. and White, M. (2011). « Socio-economic differences in outdoor food advertising in a city in Northern England », *Public Health Nutrition*, vol. 14, n°6, p. 945 à 950.
- 118 Public Health England (2015). *Sugar Reduction: The evidence for action*. Public Health England, Londres.

- 119 Winkler, L., et al., (2016). « Substituting sugar confectionery with fruit and healthy snacks at checkout – a win-win strategy for consumers and food stores? a study on consumer attitudes and sales effects of a healthy supermarket intervention », *BMC Public Health*, vol. 16 n°1184.
- 120 Children's Commissioner for England (2019). *Childhood vulnerability in England 2019*. Children's Commissioner for England, Londres.
- 121 NHS Digital (2017). Healthy Survey for England. Disponible à l'adresse suivante : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england> (consulté le 31 juillet 2019).
- 122 Smith, A. (2018). *Food poverty in Camden and Islington, January 2018: Understanding the local picture*. Islington et Camden Public Health.
- 123 Gouvernement du Royaume-Uni (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. Gouvernement de Sa Majesté, Londres, ch. 2.
- 124 Gouvernement du Royaume-Uni (2018). *Childhood obesity: A plan for action*.
- 125 Gouvernement du Royaume-Uni (2019). *Government Response to the House of Commons Health and Social Care Select Committee report on « Childhood obesity: Time for action », Eighth Report of Session 2017–19*. Gouvernement de Sa Majesté, Londres.
- 126 Bureau du maire de Londres et Assemblée de Londres (2018). « Mayor confirms ban on junk food advertising on transport network ». Communiqué de presse du 23 novembre.
- 127 Public Health England (2019). *Foods and drinks aimed at infants and young children: Evidence and opportunities for action*. Public Health England, Londres.
- 128 Griffith, R., von Hinke, S. and Smith, S. (2018). « Getting a healthy start: The effectiveness of targeted benefits for improving dietary choices », *Journal of Health Economics*, 58, p. 176 à 187.

CHAPITRE 2 : L'ALIMENTATION AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ENFANCE

- 1 J. Baird, C. Jacob, M. Barker, C. Fall, M. Hanson, N. Harvey, H. Inskip, K. Kumaran et C. Cooper, « Developmental origins of health and diseases: a lifecourse approach to the prevention of non-communicable diseases », *Healthcare*, vol. 5, n°14 (2017).
- 2 P. M. Catalano et S. Kartik, « Obesity and pregnancy: mechanisms of short-term and long-term adverse consequences for mother and child », *BMJ*, vol. 356, j1 (2017).
- 3 S. D. McDonald, Z. Han, S. Mulla, J. Beyene et Knowledge Synthesis Group, « Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birthweight infants: systematic review and meta-analyses », *BMJ* (éd. Clinical Research), vol. 341, c3428 (2010).
- 4 L. Poston, R. Caleyachetty, S. Cnattingius, C. Corvalán, R. Uauy, S. Herring et M. W. Gillman, « Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences », *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, vol. 4 n° 12, p. 1025 à 1036 (2016).
- 5 I. Darnton-Hill et U. C. Mkpuru, « Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries ». *Nutrients*, vol. 7, n°3, p. 1744 à 1768 (2015); G. A. Stevens, M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca et al., « Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data », *The Lancet Global Health*, vol. 1, n° 1, p. e16 à e25 (2013).
- 6 L. M. De-Regil, J. P. Pena-Rosas, A. C. Fernandez-Gaxiola et P. Rayco-Solon, « Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, CD007950 (2015).
- 7 L. Mackillop, « Pre-eclampsia: reducing the risk with calcium supplements », *BMJ Clinical Evidence*, vol. 1402 (2015).
- 8 M. E. McCauley, N. Broek, L. Dou et M. Othman, « Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, CD008666 (2015).
- 9 B. W. Chaffee et J. C. Kinga, « Effect of zinc supplementation on pregnancy and infant outcomes: A systematic review », *Paediatric Perinatal Epidemiology*, vol. 2, n°1, p. 118 à 137.
- 10 E. L. Prado et K. G. Dewey, « Nutrition and brain development in early life », *Nutrition Reviews*, vol. 72, n°4, p. 267 à 284 (2014).
- 11 K. Hansen, « Breastfeeding: A smart investment in people and in economies », *The Lancet*, vol. 387, n°10017, p. 416 (2016).
- 12 O. Ballard et A. L. Morrow, « Human milk composition nutrients and bioactive factors », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 60, n° 1, p. 49 à 74 (2013).
- 13 E. R. Smith, L. Hurt, R. Chowdhury, B. Sinha, W. Fawzi, et K. M. Edmond, « Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 7 (2017).
- 14 Ibid.
- 15 Lancet Breastfeeding Series Group « Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, n° 10017, p. 475 à 490 (2016).
- 16 Ibid. ; O. Ballard et A. L. Morrow, « Human milk composition nutrients and bioactive factors », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 60, n° 1, p. 49 à 74 (2013).
- 17 R. Chowdhury, B. Sinha, M. J. Sankar, S. Taneja, N. Bhandari, N. Rollins, et al., « Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis », *Acta Paediatrica*, vol. 104, p. 96 à 113 (2015).
- 18 E. Bonifacino, E. B. Schwartz, H. Jun, C. B. Wessel et J. A. Corbelli, « Effect of lactation on maternal hypertension: A systematic review », *Breastfeeding Medicine*, vol. 13, n°9, p. 578 à 588 (2018).
- 19 UNICEF, *From the First Hour of Life* (New York, 2016).
- 20 S. Rodríguez-Ramírez, A. Muñoz-Espinosa, J. A. Rivera, D. González-Castell et T. González de Cosío, « Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients », *Journal of Nutrition*, supplément 146, p. 1916S à 19123S (2016).
- 21 P. Baker, J. Smith, L. Salmon, S. Friel, G. Kent, A. Iellamo et al., « Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition under way? », *Public Health Nutrition*, vol. 19, n° 14, p. 2540 à 2550 (2016).
- 22 Ibid.
- 23 J. L. Pomeranz, M. J. Romo Palafox et J. L. Harris, « Toddler drinks, formulas, and milks: Labeling practices and policy implications », *Preventive Medicine*, vol. 109, p. 11 à 16 (2018).
- 24 M. Wilhelm, « Toddler Milks: Filling a nutritional need or a marketing niche? », *The Salt*, National Public Radio (20 février 2019).
- 25 UNICEF, *From the First Hour of Life* (New York, 2016).
- 26 R. Benedict, C. Hope, H. Torlesse et R. J. Stoltzfus, « Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0–23 months: South Asia: Analysis of national survey data », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 14, numéro S4, e12698 (2018).
- 27 UNICEF, *Saisir le moment*, p. 16 (2018).
- 28 O. Balogun, A. Dagvadorj, K. M. Anigo, E. Ota et S. Sasaki, « Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative systematic review », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 11, n°4, p. 433 à 451 (2015).
- 29 UNICEF, *The Baby-friendly Hospital Initiative in Viet Nam: Enhancing healthcare quality criteria* (New York, 2017).
- 30 J. M. White, F. Bégin, R. Kumapley, C. Murray, et J. Krasevec, « Complementary feeding practices: Current global and regional estimates », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 13, supplément 2, e12505 (2017).
- 31 H. C. Hamner, C. G. Perrine, P. M. Gupta, K. A. Herrick, et M. E. Cogswell, « Food consumption patterns among US children from birth to 23 months of age, 2009–2014 », *Nutrients*, vol. 9, n° 9, p. 2009 à 2014 (2017).
- 32 D. Headey, K. Hirvonen, et J. Hodinott, « Animal-sourced foods and child stunting », *American Journal of Agricultural Economics*, vol. 100, n° 5, p. 1302 à 1319 (2018).
- 33 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), « Food markets and nutrition in the developing world: Results from ARENA II », séminaire sur la politique (2019). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ifpri.org/event/food-markets-and-nutrition-developing-world-results-arena-ii> (consulté le 18 juillet 2019).
- 34 A. B. Pérez-Expósito et B. P. Klein, « Impact of fortified blended food aid products on nutritional status of infants and young children in developing countries », *Nutrition Reviews*, vol. 67, n° 12, p. 706 à 718 (2009).
- 35 M. Leyvraz, D. M. David-Kigar, C. Macharia-Mutie, G. J. Aaron, M. Roefs et A. Tumilowicz, « Coverage and consumption of micronutrient powders, fortified staples, and iodized salt among children aged 6 to 23 months in selected neighborhoods of Nairobi County, Kenya », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 39, n°1, p. 107 à 115 (2018).

- 36 H. E. Bouis et A. Saltzman, « Improving nutrition through biofortification: A review of evidence from HarvestPlus, 2003 through 2016 », *Global Food Security*, vol. 12, p. 49 à 58 (2017).
- 37 Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF, *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)*, (Pétion-Ville [Haïti] et Rockville, Maryland [États-Unis], 2018) ; Données de l'UNICEF sur la malnutrition. Disponibles à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/> ; Données de l'UNICEF sur l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge. Disponibles à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.
- 38 J. A. Kavle, S. Mehanna, G. Saleh, M. A. Fouad, M. Ramzy, D. Hamed *et al.*, « Exploring why junk foods are "essential" foods and how culturally tailored recommendations improved feeding in Egyptian children », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 11, n° 3, p. 346 à 370 (2015) ; A. M. Pries, S. L. Huffman, M. Champeny, I. Adhikary, M. Benjamin, A. N. Coly *et al.*, « Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 13 (2017).
- 39 Ibid.
- 40 C. D. Elliott et M. J. Conlon, « Packaged baby and toddler foods: Questions of sugar and sodium », *Pediatric Obesity*, vol. 10, p. 149 à 155 (2015) ; M. E. Cogswell, J. P. Gunn, K. Yuan, S. Park et R. Merritt, « Sodium and sugar in complementary infant and toddler foods sold in the United States », *Pediatrics*, vol. 135, p. 416 à 423 (2015) ; H. Crawley et S. Westland, *Baby foods in the UK: A review of commercially produced jars and pouches of baby foods marketed in the UK* (Londres, First Steps Nutrition Trust, 2017) ; OMS, *Improving the nutritional quality of commercial foods for infants and young children in the WHO European Region*, p. 24 (Copenhague, Danemark, 2019).
- 41 V. De Cosmi, S. Scaglioni et C. Agostoni, « Early taste experiences and later food choices », *Nutrients*, vol. 9, n° 2, p. 107 (2017).
- 42 L. Manikam, A. Prasad, A. Dharmaratnam, C. Moen, A. Robinson, A. Light *et al.*, « Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: The India perspective », *Public Health Nutrition*, vol. 21, no 4, p. 637 à 654 (2018).
- 43 J. A. Kavle, E. Lacroix, H. Dau et C. Engmann, « Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: A systematic review and programmatic implications », *Public Health Nutrition*, vol. 20, n° 17, p. 3120 à 3134 (2017).
- 44 V. Mazarello Paes, K. K. Ong et R. Lakshman, « Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0–6 years): A systematic review of qualitative evidence », *BMJ Open*, vol. 5, n° 9, e007396 (2015).
- 45 M. J. van Liere, D. Tarlton, R. Menon, M. Yellamanda et I. Reerink, « Harnessing private sector expertise to improve complementary feeding within a regulatory framework: Where is the evidence? », *Maternal & Child Nutrition*, vol 3, supplément 2, e12429 (2017).
- 46 M. M. Black et F. E. Aboud, « Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting », *Journal of Nutrition*, vol. 141, n° 3 (2011) ; J. A. Saltzman, M. Pineros-Leano, J.M. Liechty, K. K. Bost, B. H. Fiese *et al.*, « Eating, feeding, and feeling: Emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 13, n° 89 (2016).
- 47 M. E. Bentley, H. M. Wasser et H. M. Creed-Kanashiro, « Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries », *Journal of Nutrition*, vol. 141, p. 502 à 507 (2011).
- 48 R. Pérez-Escamilla, S. Segura-Pérez et M. Lott, *Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A responsive parenting approach*, (Princeton, New Jersey, Robert Wood Johnson Foundation, 2017).
- 49 S. A. Redsell, B. Edmonds, J. A. Swift, A. N. Siriwardena, S. Weng, D. Nathan et C. Glazebrook, « Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 12, n° 1, p. 24 à 38 (janvier 2016).
- 50 E. Fox, « Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors » (non publié).
- 51 J. E. Brown, « Child and preadolescent nutrition », dans *Nutrition Through the Lifecycle*, p. 310 à 337, (Boston, Massachusetts, Cengage Learning, 2002).
- 52 A. M. Prentice, K. A. Ward, G. R. Goldberg, L. M. Jarjou, S. E. Moore, A. J. Fulford et A. Prentice, « Critical windows for nutritional interventions against stunting », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 97, n° 5, p. 911 à 918 (2013) ; B. T. Crookston, W. Schott, S. Cueto, K. A. Dearden, P. Engle, A. Georgiadis *et al.*, « Postinfancy growth, schooling, and cognitive achievement: Young lives », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 98, n° 6, p. 1555 à 1563 (2013) ; M. Gandhi, P. Ashorn, K. Maleta, T. Teivaanmäki, X. Duan et Y. B. Cheung, « Height gain during early childhood is an important predictor of schooling and mathematics ability outcomes », *Acta Paediatrica*, vol. 100, n° 8, p. 1113 à 1118 (2011) ; B. T. Crookston, M. E. Penny, S. C. Alder, T. T. Dickerson, R. M. Merrill, J. B. Stanford *et al.*, « Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition », *Journal of Nutrition*, vol. 140, p. 1996 à 2001 (2010).
- 53 A. M. Craigie, A. A. Lake, S. A. Kelly, A. J. Adamson et J. C. Mathers, « Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review », *Maturitas*, vol. 70, n° 3, p. 266 à 284 (2011).
- 54 S. Ochola et P. K. Masibo, « Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries », *Annals of Nutrition & Metabolism*, vol. 64, n° 2, p. 4 à 40 (2014).
- 55 T. Burrows, S. Goldman, K. Pursey et R. Lim, « Is there an association between dietary intake and academic achievement? A systematic review », *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol. 30, n° 2, p. 117 à 140.
- 56 J. S. Halterman, J. M. Kaczorowski, C. A. Aligne, P. Auinger et P. G. Szilagyi, « Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States », *Pediatrics*, vol. 107, n° 6, p. 1381 à 1386 (2001) ; T. Walter, « Effect of iron-deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood », *Food Nutrition Bulletin*, vol. 24, supplément 4, p. S104 à S110 (2003).
- 57 K. Adolphus, C. L. Lawton, C. L. Champ, et L. Dye, « The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review », *Advances in Nutrition*, vol. 7, n° 3, p. 590S à 612S (2016) ; S. Y. Kim, S. Sim, B. Park, I. G. Kong, J. H. Kim et H. G. Choi, « Dietary habits are associated with school performance in adolescents », *Medicine (Baltimore)*, vol. 95, n° 12, e3096 (2016).
- 58 T. Woldehanna, J. Behrman et M. Araya, « The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from Young Lives Ethiopia », *Ethiopia Journal of Health and Development*, vol. 31, n° 2, p. 74 à 85 (2017) ; S. Walker, S. Chang, C. Powell et S. Grantham-McGregor, « Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: Prospective cohort study », *The Lancet*, vol. 366, n° 9499, p. 1804 à 1807 (2005).
- 59 S. T. Chung, A. U. Onuzuruie et S. N. Magge, « Cardiometabolic risk in obese children », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1411, n° 1, p. 166 à 183 (2018) ; J. J. Reilly, E. Methven, Z. C. McDowell, B. Hacking, D. Alexander, L. Stewart et C. J. H. Kelnar, « Health consequences of obesity », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 88, n° 9, p. 748 à 752 (2003).
- 60 A. J. Rodriguez-Morales, A. Bolivar-Mejía, C. Alarcón-Olave, et L. S. Calvo-Betancourt « Nutrition and infection », dans *Encyclopedia of Food and Health* p. 98 à 103 (Elsevier, 2016).
- 61 L. J. Bechard, P. Rothpletz-Puglia, R. Touger-Decker, C. Duggan et N. M. Mehta, « Influence of obesity on clinical outcomes in hospitalized children: A systematic review », *JAMA Pediatrics*, vol. 167, n° 5, p. 476 à 482 (2013).
- 62 J. J. Reilly, E. Methven, Z. C. McDowell, B. Hacking, D. Alexander, L. Stewart et C. J. H. Kelnar, « Health consequences of obesity », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 88, n° 9, p. 748 à 752 (2003).
- 63 S. T. Chung, A. U. Onuzuruie et S. N. Magge, « Cardiometabolic risk in obese children », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1 411, n° 1, p. 166 à 183 (2018).
- 64 J. J. Reilly et J. Kelly, « Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review », *International Journal of Obesity*, vol. 35, n° 7, p. 891 à 898 (2011) ; A. Umer, G. A. Kelley, L. E. Cottrell, P. Giacobbi, K. E. Innes et C. L. Lilly, « Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: A systematic review with meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 17, n° 1, p. 683 (2017).
- 65 S. K. Muthuri, L. J. M. Wachira, A. G. Leblanc, C. E. Francis, M. Sampson, V. O. Onywerwa et M. S. Tremblay, « Temporal trends and correlates of physical activity, sedentary behaviour, and physical fitness among school-aged children in Sub-Saharan Africa: A systematic review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, n° 3, p. 3327 à 3359 (2014).
- 66 K. E. Minges, A. M. Chao, M. L. Irwin, N. Owen, C. Park, R. Whittemore et J. Salmon, « Classroom standing desks and sedentary behavior: A systematic review », *Pediatrics*, vol. 137, n° 2, e20153087 (2016).
- 67 K. Adolphus, C. L. Lawton, C. L. Champ et L. Dye, « The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review », *Advances in Nutrition*, vol. 7, n° 7, p. 590S à 612S (2016).
- 68 OMS, *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*, (Genève, 2018).

- 69 S. Ochola et P. K. Masibo, « Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries », *Annals of Nutrition & Metabolism*, vol. 64, p. 24 à 40 (2014).
- 70 J. Utter, R. Scragg, C. N. Mhurchu et D. Schaaf, « At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with body mass index and related nutrition behaviors », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, n° 4, p. 570 à 576.
- 71 S. Ochola et P. K. Masibo, « Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries », *Annals of Nutrition & Metabolism*, vol. 64, p. 24 à 40 (2014).
- 72 M. B. E. Livingstone et P. J. Robson, « Measurement of dietary intake in children », *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 59, n° 2, p. 279 à 293 (2000).
- 73 A. Jimenez, M. del C. Morales-Ruán, N. López-Olmedo, F. Théodore, J. Moreno-Saracho, L. Tolentino-Mayo, A. Bonvecchio et al., « The fight against overweight and obesity in school children: Public policy in Mexico », *Journal of Public Health Policy*, vol. 38, n° 4, p. 407 à 428 (2017).
- 74 S. Barquera, L. Hernández-Barrera, S. J. Rothenberg et E. Cifuentes, « The obesogenic environment around elementary schools: Food and beverage marketing to children in two Mexican cities », *BMC Public Health*, vol. 18, n° 1, p. 461 (2018).
- 75 L. C. Ivers et K. A. Cullen, « Food insecurity: Special considerations for women », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, n° 6, p. 1740S à 1744S (2011); B. A. Spear, « Adolescent growth and development », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, n° 3 (supplément), p. S23 à S29 (2002).
- 76 E. C. Keats, A. I. Rappaport, R. Jain, C. Oh, S. Shah et Z. A. Bhutta, « Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: a systematic review », *Nutrients*, vol. 10, n° 12, e1978 (2018).
- 77 OMS, « Grosseur chez les adolescentes – Principaux faits » (2018).
- 78 G. C. Patton, S. M. Sawyer, J. S. Santelli, D. A. Ross, R. Affi, N. B. Allen et al., « Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing », *The Lancet*, vol. 387, n° 10 036, p. 2 423 à 2 478 (2016); S. E. Cusick et A. E. Kuch, « Determinants of undernutrition and overnutrition among adolescents in developing countries », *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, vol. 23, n° 3, p. 440 à 456 (2012); T. Belachew, C. Hadley, D. Lindstrom, A. Gebremariam, C. Lachat et P. Kolsteren, « Food insecurity, school absenteeism and educational attainment of adolescents in Jimma Zone Southwest Ethiopia: A longitudinal study », *Nutrition Journal*, vol. 10, n° 29 (2011).
- 79 S. Costa, « Teens, Your Brain Needs Real Food », *U.S. News and World Report*, (5 janvier 2016). Disponible à l'adresse suivante : <https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2016-01-05/teens-your-brain-needs-real-food> (consulté le 16 juillet 2019).
- 80 A. Reichelt, « Why Sugar is so much worse for teenagers' brains », *The Conversation*. Disponible à l'adresse suivante : <https://theconversation.com/why-sugar-is-so-much-worse-for-teenagers-brains-67238> (consulté le 16 juillet 2019).
- 81 N. Akseer, S. Al-Gashm, S. Mehta, A. Mokdad et Z. A. Bhutta, « Global and regional trends in the nutritional status of young people: A critical and neglected age group », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1393, p. 3 à 20 (2017).
- 82 M. Gizak, L. Rogers, J. Gorstein, M. Zimmerman et M. Andersson, *Global iodine status in school-age children, women of reproductive age and pregnancy women in 2017*, (Iodine Global Network, 2018).
- 83 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, n° 10113, p. 2627 à 2642 (2017).
- 84 J. Wang, D. Freire, L. Knabe, W. Zhao, B. Gong, P. Mazzola et al., « Childhood and adolescent obesity and long-term cognitive consequences during aging », *Journal of Comparative Neurology*, vol. 523, n° 5, p. 757 à 768 (2015).
- 85 N. Williamson, « La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente », *État de la population mondiale 2013* (New York, FNUAP, 2013).
- 86 T. O. Scholl, M. L. Hediger, J. I. Schall, C. S. Khoo et R. L. Fischer, « Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 60, n° 2, p. 183 à 188 (1994).
- 87 L. H. Bearinger, R. E. Sieving, J. Ferguson et V. Sharma, « Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential », *The Lancet*, vol. 369, p. 1220 à 1231 (2007).
- 88 M. del C. Restrepo-Méndez, D. A. Lawlor, B. L. Horta, I. S. Santos, A. M. Menezes, F. C. Barros et C. G. Victora, « The association of maternal age with birthweight and gestational age: A cross-cohort comparison », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 29, n° 1, p. 31 à 40 (2015).
- 89 UNICEF, *Reality Check Approach. Perspectives and experiences of adolescents on eating, drinking and physical activity* (2016). UNICEF, Jakarta, Indonésie.
- 90 Institut national de recherche et de développement et Ministère de la santé, *Enquête de base sur la santé (Riset Kesehatan dasar)* (Jakarta, Ministère de la santé, 2018).
- 91 P. Christian et E. R. Smith, « Adolescent undernutrition: Global burden, physiology, and nutritional risks », *Annals of Nutrition and Metabolism*, vol. 72, n° 4, p. 316 à 328.
- 92 A. M. Prentice, K. A. Ward, G. R. Goldberg, L. M. Jarjou, S. E. Moore, A. J. Fulford et A. Prentice, « Critical windows for nutritional interventions against stunting », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 97, n° 5, p. 911 à 918 (2013).
- 93 A. Georgiadis, et M. E. Penny, « Child undernutrition: opportunities beyond the first 1000 days », *The Lancet Public Health*, vol. 2, n° 9, p. e399 (2017).
- 94 S. Handa et A. Peterman, « Is there catch-up growth? Evidence from three continents », *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 78, n° 4, p. 470 à 500 (2016).
- 95 M. H. McIntyre, « Adult stature, body proportions and age at menarche in the United States National Health and Nutrition Survey (NHANES) III », *Annals of Human Biology*, vol. 38, n° 6, p. 716 à 720 (2011); R. H. Willemsen et D. B. Dunger, « Normal variation in pubertal timing: Genetic determinants in relation to growth and adiposity », dans J.-P. Bourguignon et A.-S. Parent, *Endocrine Development*, vol. 29, p. 17 à 35 (Bâle, S. Karger AG, 2015).
- 96 T. Leenstra, L. T. Petersen, S. K. Kariuki, A. J. Oloo, P. A. Kager, et F. O. ter Kuile, « Prevalence and severity of malnutrition and age at menarche: cross-sectional studies in adolescent schoolgirls in western Kenya », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, n° 1, p. 41 à 48 (2005); A. N. Coly, J. Milet, A. Diallo, T. Ndiaye, E. Bénédicte, F. Simondon et al., « Preschool stunting, adolescent migration, catch-up growth, and adult height in young Senegalese men and women of rural origin », *Journal of Nutrition*, vol. 136, n° 9, p. 2412 à 2420 (2006).
- 97 Z. Yilmaz, A. Hardaway et C. Bulik, « Genetics and epigenetics of eating disorders », *Advances in Genomics and Genetics*, vol. 5, p. 131 à 150 (2015).
- 98 R. H. Striegel-Moore, C. M. Bulik, « Risk factors for eating disorders », *American Psychologist*, vol. 62, n° 3, p. 181 à 198 (2007).
- 99 K. M. O'Brien et N. K. Vincent, « Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships », *Clinical Psychological Review*, vol. 23, n° 1, p. 57 à 74 (2003).
- 100 C. A. Limbers, L. A. Cohen et B. A. Gray, « Eating disorders in adolescent and young adult males: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies », *Adolescent health, medicine and therapeutics*, vol. 10, n° 9, p. 111 à 116 (2018).
- 101 R. C. Whitaker, S. M. Phillips et S. M. Orzol, « Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children », *Pediatrics*, vol. 118, n° 3, p. e859 à e868 (2006).
- 102 K. E. Darling, A. J. Fahrenkamp, S. M. Wilson, A. L. D'Auria, et A. F. Sato, « Physical and mental health outcomes associated with prior food insecurity among young adults », *Journal of Health Psychology*, vol. 22, n° 5, p. 572 à 581 (2017); M. Bruening, I. van Woerden, M. Todd et M. N. Laska, « Hungry to learn: The prevalence and effects of food insecurity on health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 15, n° 1 (2018).
- 103 D. Rani, J. K. Singh, D. Acharya, R. Paudel, K. Lee, et S. P. Singh, « Household food insecurity and mental health among teenage girls living in urban slums in Varanasi, India: A cross-sectional study », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, n° 8, e1585 (2018); L. McIntyre, J. V. A. Williams, D. H. Lavorato, et S. Patten, « Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger », *Journal of Affective Disorders*, vol. 150, p. 123 à 129 (2013); D. W. Belsky, T. E. Moffitt, L. Arseneault, M. Melchior et A. Caspi, « Context and sequelae of food insecurity in children's development », *American Journal of Epidemiology*, vol. 172, n° 7, p. 809 à 818 (2010); M. G. Jebena, D. Lindstrom, T. Belachew, C. Hadley, C. Lachat, R. Verstraeten, N. De Cock et P. Kolsteren, « Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: Structural equation modeling », *PLoS ONE*, vol. 11, n° 11, e0165931 (2016).
- 104 M. Story, D. Neumark-Sztainer et S. French, « Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, n° 3, (supplément), p. S40 à S51 (2002).
- 105 Anthropologica et Programme alimentaire mondial, *Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development*, (Rome, Programme alimentaire mondial, 2018).

- 106 A. Karimi-Shahanjari, N. Omidvar, M. Bazargan, A. Rashidian, R. Majdazadeh et D. Shojaeizadeh, « Iranian female adolescents' views on unhealthy snacks consumption: A qualitative study », *Iranian Journal of Public Health*, vol. 39, n° 3, p. 92 à 101 (2010).
- 107 K. T. Eddy, M. Hennessey et H. Thompson-Brenner, « Eating pathology in East African Women: The role of media exposure and globalization », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 195, n° 3, p. 196 à 202 (2007).
- 108 Anthrologica et Programme alimentaire mondial, *Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development*, (Rome, Programme alimentaire mondial, 2018).
- 109 OMS, « Healthy Diet » (s. d.). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/behealthy/healthy-diet> (consulté le 14 juillet 2019).
- 110 A. Herforth, M. Arimond, C. Álvarez-Sánchez, J. Coates, K. Christianson et E. Muehlhoff, « A global review of food-based dietary guidelines », *Advances in Nutrition*, vol. 10, n° 4, p. 590 à 605 (2019).
- 111 E. A. Litman, S. L. Gortmaker, C. B. Ebbeling et D. S. Ludwig, « Source of bias in sugar-sweetened beverage research: A systematic review », *Public Health Nutrition*, vol. 21, n° 12, p. 2345 à 2350 (2018) ; M. Bes-Rastrollo, « Impact of sugars and sugar taxation on body weight control: A comprehensive literature review », *Obesity*, vol. 24, n° 7, p. 1410 à 1426 (2016).
- 112 J. Guthrie, L. Mancino et C. T. J. Lin, « Nudging consumers toward better food choices: Policy approaches to changing food consumption behaviors », *Psychology & Marketing*, vol. 32, n° 5, p. 501 à 511 (2015).
- 113 N. Johnson, « Brazil's nutrition wisdom: No junk food, no eating alone », *Grist* (2 mars 2015). Disponible à l'adresse suivante : <https://grist.org/food/brazil-nutrition-wisdom-no-junk-food-no-eating-alone/> (consulté le 14 juillet 2019).
- 114 J. Belluz, « Brazil has the best nutritional guidelines in the world », *Vox* (20 février 2015). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.vox.com/2015/2/20/8076961/brazil-food-guide> (consulté le 14 juillet 2019).

CHAPITRE 3 : LA MALNUTRITION DANS UN MONDE EN MUTATION

- 1 Analyse fondée sur les estimations du CHERG présentées dans le document de l'UNICEF *Committing to Child Survival – A Promise Renewed: Progress Report 2015*.
- 2 P. G. Lunn, C. A. Northrop-Clewes et R. M. Downes, « Intestinal permeability, mucosal injury and growth faltering in Gambian infants », *The Lancet*, vol. 338, p. 907 à 910 (1991) ; J. H. Humphrey, « Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing », *The Lancet*, vol. 374, p. 1032 à 1035 (2009) ; A. J. Pickering, H. Djebbari, C. Lopez, M. Coulibaly et M. L. Alzua, « Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial », *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 11, p. e701 à e711 (2015).
- 3 S. M. Fahim, S. Das, K. I. Sanin, M. A. Gazi, M. Mahfuz, M. M. Islam et T. Ahmed, « Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 99, n° 2, p. 489 à 494 (2018).
- 4 A. J. Prendergast, J. H. Humphrey, K. Mutasa, F. D. Majo, S. Rukobo, M. Govha *et al.*, « Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenge », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 61 (supplément 7), p. S726 à S732 (2015).
- 5 A. Lin, B. F. Arnold, S. Afreen, R. Goto, T. M. N. Huda, R. Haque *et al.*, « Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 89, n° 1, p. 130 à 137 (2013).
- 6 MAL-ED Network Investigators, « Early childhood cognitive development is affected by interactions among illness, diet, enteropathogens and the home environment: findings from the MAL-ED birth cohort study », *BMJ Global Health*, vol. 3, n° 4, e000752 (2018).
- 7 M. Hussein, M. K. Darboe, S. E. Moore, H. M. Nabwera et A. Prentice, « Thresholds of socio-economic and environmental conditions necessary to escape from childhood malnutrition: a natural experiment in rural Gambia », *BMC Medicine*, vol. 16, n° 1, p. 199 (2018).
- 8 LSHTM, « Good housing with indoor plumbing may be key to eliminating childhood malnutrition and stunting », communiqué de presse, London School of Hygiene and Tropical Medicine (1^{er} novembre 2018).
- 9 L. Trasande, R. M. Shaffer, S. Sathyanarayana et Council on Environmental Health, « Food Additives and Child Health », *Pediatrics*, vol. 142, n°2, e20181408 (2018).
- 10 Ibid.
- 11 A. Carlson, K. Xia, M. Azcárate-Peril, B. Goldman, M. Ahn, M. Styner, A. Thompson, X. Geng, J. Gilmore, et R. Knickmeyer, « Infant gut microbiome associated with cognitive development », *Biological Psychiatry*, vol. 83, n° 2, p. 148 à 159 (2017) ; C. D. Davis, « The gut microbiome and its role in obesity », *Nutrition Today*, vol. 51, n° 4, p. 167 à 174 (2016).
- 12 Ibid.
- 13 M. Tanaka et J. Nakayama, « Development of the gut microbiota in infancy and its impact on health in later life », *Allergology International*, vol. 66, n° 4, p. 515 à 522 (2017).
- 14 Lancet Breastfeeding Series Group « Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, n° 10017, p. 475 à 490 (2016).
- 15 N. A. Bokulich, J. Chung, T. Battaglia, N. Henderson *et al.*, « Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life », *Science translational medicine*, vol. 8, n° 343, p. 343 à 382 (2016).
- 16 M. P. Francino, « Antibiotics and the human gut microbiome: Dysbioses and accumulation of resistances », *Frontiers in Microbiology*, vol. 6, n° 1543 (2016).
- 17 M. K. Zinöcker et I. A. Lindseth, « The Western diet–microbiome–host interaction and its role in metabolic disease », *Nutrients*, vol. 10, n° 3, p. e365 (2018).
- 18 M. Velasquez-Manoff, « The germs that love diet soda », *The New York Times* (6 avril 2018).
- 19 C. Victora, « Breastfeeding as a biological dialogue », *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 115, n° 5, p. 413 à 414 (2017) ; UNICEF, *From the First Hour of Life*, p. 30 (New York, 2018).
- 20 A. V. Kane, D. M. Dinh et H. D. Ward, « Childhood malnutrition and the intestinal microbiome », *Pediatric Research*, vol. 77, n° 1, p. 256 à 262 (2015).
- 21 FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition* (Rome, FAO, 2018).
- 22 K. M. Godfrey, R. M. Reynolds, S. L. Prescott, M. Nyirenda, V. W. V. Jaddoe, J. G. Eriksson et B. F. P. Broekman, « Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 5, n° 1, p. 53 à 64 (2017) ; P. Christian et C. P. Stewart, « Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic disease », *Journal of Nutrition*, vol. 140, n° 3, p. 437 à 445 (2010) ; G. G. Krikke, I. J. Grooten, T. G. M. Vrijkotte, M. van Eijsden, T. J. Roseboom et R. C. Painter, « Vitamin B12 and folate status in early pregnancy and cardiometabolic risk factors in the offspring at age 5–6 years: Findings from the ABCD multi-ethnic birth cohort », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, vol. 123, n° 3, p. 384 à 392 (2016).
- 23 A. A. Vaag, L. G. Grunnet, G. P. Arora et C. Brøns, « The thrifty phenotype hypothesis revisited », *Diabetologia*, vol. 55, n° 8, p. 2085 à 2088 (2012).
- 24 M. Hanson, P. Gluckman et F. Bustreo, « Obesity and the health of future generations », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, n° 12, p. 966 à 967 (2016).
- 25 C. Chen, X. Xu et Y. Yan, « Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model », *PLoS ONE*, vol. 13, n° 8, e0202183 (2018).
- 26 L. Poston, R. Caleyachetty, S. Cnattingius, C. Corvalán, R. Uauy, S. Herring et M. W. Gillman, « Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, n° 12, p. 1025 à 1036 (2016).
- 27 A. A. Mamun, M. O'Callaghan, L. Callaway, G. Williams, J. Najman et D. A. Lawlor, « Associations of gestational weight gain with offspring body mass index and blood pressure at 21 years of age: Evidence from a birth cohort study », *Circulation*, vol. 119, n° 13, p. 1720 à 1727 (2009) ; H. Hochner, Y. Friedlander, R. Calderon-Margalit, V. Meiner, Y. Sagy, M. Avgil-Tsadok *et al.*, « Associations of maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up Study », *Circulation*, vol. 125, n° 11, p. 1381 à 1389 (2012).
- 28 J. G. Eriksson, S. Sandboge, M. Salonen, E. Kajantie et C. Osmond, « Maternal weight in pregnancy and offspring body composition in late adulthood: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS) », *Annals of Medicine*, vol. 47, n°2, p. 94 à 99 (2015) ; A. P. Westberg, M. K. Salonen, M. von Bonsdorff, E. Kajantie et J. G. Eriksson, « Maternal body mass index in pregnancy and offspring physical and psychosocial functioning in older age: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS) », *Annals of Medicine*, vol. 48, n° 4, p. 268 à 274 (2016).
- 29 C. A. Monteiro, M. H. Benicio, W. L. Conde *et al.*, « Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007 », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 88, n°4, p. 305 à 311 (2009).

- 30 L. Huicho, E. R. Segura, C. A. Huayanay-Espinoza, J. Niño de Guzman, M. C. Restrepo-Méndez, Y. Tam, A. J. D. Barros et C. G. Victora, « Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A countdown to 2015 country case study », *The Lancet Global Health*, vol. 4, n° 6, p. e414 à e426 (2016).
- 31 C. Garza, E. Borghi, A. W. Onyango et M. de Onis, *Parental height and child growth from birth to 2 years in the WHO Multicentre Growth Reference Study* (8 septembre 2013).
- 32 N. Hossain, « Inequality, hunger and malnutrition: Power matters » dans *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, K. Von Grebmer, éd., p. 25 à 29 (Washington D.C., Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington DC, 2017).
- 33 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*, p. 112 (Rome, 2017).
- 34 Ibid.
- 35 A. Gray, J. Fontanella-Khan et N. Munshi, « Burger King looks to expand in sub-Saharan Africa », *Financial Times*, 9 octobre 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ft.com/content/57407046-c0a-11e8-b276-b9069bde0956>.
- 36 Brésil, Ministère de la santé, *Dietary Guidelines for the Brazilian Population* (2014).
- 37 OMS, NMH, NHD, *Replace trans fat. Un programme d'action pour éliminer les acides gras trans (agt) industriels*, (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018).
- 38 Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, « Improving diets in an era of food market transformation », note d'orientation n° 11, (Londres, 2018).
- 39 D. Stuckler, M. McKee, S. Ebrahim et S. Basu, « Manufacturing epidemics: The role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco », *PLoS Med*, vol. 9, n° 6, e1001235 (2012).
- 40 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults », *Nature*, vol. 569, n° 7755, p. 260 à 264 (2019).
- 41 B. M. Popkin, « Global nutrition dynamics: The world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, n° 2, p. 289 à 298 (2006).
- 42 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde – L'adolescence : L'âge de tous les possibles*, (New York, 2011).
- 43 G. Kennedy, G. Nantel et P. Shetty, *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition*, p. 11 (New York, FAO, 2004).
- 44 C. Hawkes, J. Harris et S. Gillespie, « Changing diets: Urbanization and the nutrition transition », dans *2017 Global Food Policy Report*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, p. 34 à 41 (Washington DC, 2017).
- 45 Ibid.
- 46 *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, « Tackling childhood obesity: a step in the right direction », éditorial, (6 février 2017). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-8587%2818%2930005-6> (consulté le 14 juillet 2019).
- 47 B. M. Popkin, « Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries », *Food Policy*, vol. 47, p. 91 à 96 (2014).
- 48 K. M. Demmler, O. Ecker et Q. Martin, « Supermarket shopping and nutritional outcomes: A panel data analysis for urban Kenya », *World Development*, vol. 102, p. 292 à 303 (2017).
- 49 M. Kelly, S.-a. Seubsman, C. Banwell, J. Dixon et A. Sleight, « Thailand's food retail transition: Supermarket and fresh market effects on diet quality and health », *British Food Journal*, vol. 116, n° 7 (2014).
- 50 Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century* (Londres, 2016).
- 51 C. Hawkes, J. Harris et S. Gillespie, « Changing diets: Urbanization and the nutrition transition », dans *2017 Global Food Policy Report*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, p. 38 (Washington DC, 2017).
- 52 A. D. Jones, « Household food insecurity is associated with heterogeneous patterns of diet quality across urban and rural regions of Malawi », *World Medical & Health Policy*, vol. 7, n° 3, p. 234 à 254 (2015).
- 53 Pacte de politique alimentaire urbaine de Milan. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.milanurbanfoodpolicypact.org/>.
- 54 FAO, EStà et Ville de Curitiba, *Curitiba: facilitating access of low-income households to healthy food* (FAO, 2018).
- 55 T. Forster, F. Egal, A. G. Escaduro, M. Dubbeling et H. Renting, *Milan Urban Food Policy Pact: Selected Good Practices from Cities*, (Milan, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, 2015).
- 56 OMS, *Global Health Observatory data repository* (Genève, Suisse, n. d.).
- 57 UNICEF Malaisie et DM Analytics, *Children Without: A study of urban child poverty and deprivation in low-cost flats in Kuala Lumpur* (Putrajaya, Malaisie, UNICEF Malaisie, 2018).
- 58 FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition* (Rome, FAO, 2018) ; K. Hirvonen, A. S. Taffesse et I. Worku Hassen, « Seasonality and household diets in Ethiopia », *Public Health Nutrition*, vol. 19, n° 10, p. 1723 à 1730 (2016) ; F. O. Oduor, J. Boedecker, G. Kennedy, D. Mituki-mungiria et C. Termote, « Caregivers' nutritional knowledge and attitudes mediate seasonal shifts in children's diets », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 15, n° 1, e12633 (2018).
- 59 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale* (Rome, 2017).
- 60 S. C. Lucan, A. R. Maroko, J. L. Seitchik, D. H. Yoon, L. E. Sperry et C. B. Schechter, « Unexpected neighborhood sources of food and drink: implications for research and community health », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 55, n° 2, p. e29 à e38 (2018). Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.011>.
- 61 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale* (Rome, 2017).
- 62 A. Odums-Young, C. R. Singleton, S. Springfield *et al.*, « Retail environments as a venue for obesity prevention », *Current Obesity Reports*, vol. 5, n° 2, p. 184 à 191 (2016) ; A. Hilmers, D. C. Hilmers, et J. Dave, « Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 9, p. 1644 à 1654 (2012).
- 63 M. Gartin, « Food deserts and nutritional risk in Paraguay », *American Journal of Human Biology*, vol. 24, p. 296 à 301 (2012).
- 64 R. E. Walker, C. R. Keane et J. G. Burke, « Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature », *Health & Place*, vol. 16, n° 5, p. 876 à 884 (2010).
- 65 M. Gartin, « Food deserts and nutritional risk in Paraguay », *American Journal of Human Biology*, vol. 24, p. 296 à 301 (2012).
- 66 HLPE, *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale* (Rome, 2017).
- 67 S. Bridle-Fitzpatrick, « Food deserts or food swamps? A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city », *Social Science & Medicine*, vol. 142, p. 202 à 213 (2015).
- 68 S. Cummins, E. Flint, et S. A. Matthews, « New neighborhood grocery store increased awareness of food access but did not alter dietary habits or obesity », *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 33, n° 2, p. 283 à 291 (2014).
- 69 J. Battersby et J. Crush, « Africa's urban food deserts », *Urban Forum*, vol. 25, n° 2, p. 143 à 151 (2014).
- 70 Y. Song, A. Agardh, J. Ma, L. Li, Y. Lei, R. S. Stafford et J. J. Prochaska, « National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014 », *International Journal of Obesity*, vol. 43, n° 2, p. 402 à 411 (2018).
- 71 GBD 2015 Obesity Collaborators, « Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years », *New England Journal of Medicine*, vol. 377, p. 13 à 27 (2017).
- 72 GBD Collaborative Network, *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980–2015*, (Seattle, États-Unis, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).
- 73 P. Li, « Obesity is a growing concern in China » (2012). Disponible à l'adresse suivante : http://www.china.org.cn/china/2012-09/14/content_26521029.htm (consulté le 14 juillet 2019).
- 74 Y. Song, A. Agardh, J. Ma, L. Li, Y. Lei, R. S. Stafford et J. J. Prochaska, « National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014 », *International Journal of Obesity*, vol. 43, n° 2, p. 402 à 411 (2018).
- 75 H. Wang, H. Xue, S. Du, J. Zhang, Y. Wang et B. Zhang, « Time trends and factors in body mass index and obesity among children in China: 1997–2011 », *International Journal of Obesity*, vol. 41, n° 6, p. 964 à 970 (2017).
- 76 J. Zhang, Y. Zhai, X. Feng, W. Li, B. Yue, T. Astell-burt, P. Zhao et X. Shi, « Gender differences in the prevalence of overweight and obesity, associated behaviors, and weight-related perceptions in a national survey of primary school children in China », *Biomedical and Environmental Sciences*, vol. 31, n° 1, p. 1 à 11 (2018).

- 77 GBD 2015 Obesity Collaborators, « Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years », *New England Journal of Medicine*, vol. 377, p. 13 à 27 (2017).
- 78 C. Y. Ji et T. J. Chen, « Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies », *Biomedical and Environmental Sciences*, vol. 26, n° 1, p. 1 à 12 (2013).
- 79 W. He, S. A. James, M. G. Merli et H. Zheng, « An increasing socioeconomic gap in childhood overweight and obesity in China », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 1, p. e14 à e22 (2014).
- 80 Y. X. Zhang, Z. X. Wang, J. S. Zhao et Z. H. Chu, « Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Shandong, China: Urban-rural disparity », *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 62, n° 4, p. 293 à 300 (2016).
- 81 Y. Song, H. Wang, B. Dong *et al.*, « 25-year trends in gender disparity for obesity and overweight by using WHO and IOTF definitions among Chinese school-aged children: a multiple cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 6, e011904 (2016).
- 82 F. Y. Zhai, S. F. Du, Z. H. Wang, J. G. Zhang, W. W. Du et B. M. Popkin, « Dynamics of the Chinese diet and the role of urbanicity, 1991–2011 », *Obesity Review*, vol. 15, (supplément 1), p. 16 à 26 (2014).
- 83 T. A. Mroz, F. Zhai et B. M. Popkin, « Rapid income growth adversely affects diet quality in China—particularly for the poor! », *Social Science and Medicine*, vol. 59, n° 7, p. 1505 à 1515 (2004).
- 84 G. S. Ma, *Report on the consumption of Sugar-Sweetened of Children in China*, p. 12 (Beijing, The Population Publishing House, 2018).
- 85 OMS, *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé* (2010).
- 86 X. Zhang, Y. Song, T. B. Yang *et al.* « Analysis of current situation of physical activity and influencing factors in Chinese primary and middle school students in 2010 », *Chinese Journal of Preventive Medicine*, vol. 46, n° 9, p. 781 à 788 (2012).
- 87 C. Yang, « Social justice, stratification, and college access: Examining higher education expansion in Taiwan », document présenté lors de la réunion annuelle de la 53^e conférence annuelle de la Comparative and International Education Society, Francis Marion Hotel, Charleston, Caroline du Sud, 2009. Disponible à l'adresse suivante : http://citation.allacademic.com/meta/p298842_index.html (consulté le 14 juillet 2019).
- 88 H. Wang et F. Zhai, « Programme and policy options for preventing obesity in China », *Obesity Review* 14, (supplément 2), p. 134 à 140 (2013).
- 89 X. Wei, Y. Ma, J. Hu, W. Lin, Z. Zhao et D. Wen, « Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles », *Public Health Nutrition*, vol. 21, n° 6, p. 1123 à 1130 (2018).
- 90 J. Burns, J. A. Emerson, K. Amundson, S. Doocy, L. E. Caulfield et R. D. W. Klemm, « A qualitative analysis of barriers and facilitators to optimal breastfeeding and complementary feeding practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 37, n° 2, p. 119 à 131 (2016).
- 91 M. Armar-Klemes, S. Osei-Menya, S. Zakariah-Akoto, A. Tumilowicz, J. Lee et C. Hotz, « Using ethnography to identify barriers and facilitators to optimal infant and young child feeding in rural Ghana: Implications for programs », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 39, n° 2, p. 231 à 245 (2018).
- 92 S. L. Johnson, « Developmental and environmental influences on young children's vegetable preferences and consumption », *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, vol. 7, n° 9, p. 220S à 231S (2016).
- 93 D. D. Headey et H. H. Alderman, « The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents », *The Journal of Nutrition* (2019).
- 94 N. Darmon et A. Drewnowski, « Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis », *Nutrition Reviews*, vol. 73, n° 10, p. 643 à 660.
- 95 C. Hawkes, J. Harris et S. Gillespie, « Changing diets: Urbanization and the nutrition transition » dans *2017 Global Food Policy Report*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, p. 37 (Washington DC, 2017).
- 96 A. Muhammad, J. L. Seale, B. Meade et A. Regmi, « International evidence on food consumption patterns: An update using 2005 international comparison program data », *USDA Economic Research Service Technical Bulletin*, n° 1929 (Département de l'agriculture des États-Unis, service de recherche économique, mars 2011).
- 97 A. Herforth et S. Ahmed, « The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions », *Food Security*, vol. 7, n° 3, p. 505 à 520 (2015). Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1007/s12571-015-0455-8>.
- 98 FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition* (Rome, FAO, 2018).
- 99 Food Security Information Network (FSIN), *2019 Global report on food crises: Joint analysis for better decisions* (Rome et Washington DC, Programme alimentaire mondial, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, 2019). Disponible à l'adresse suivante : <http://fsinplatform.org/>.
- 100 FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2018. Renforcer la résilience face aux changements climatiques pour la sécurité alimentaire et la nutrition* (Rome, FAO, 2018).
- 101 Food Security Information Network (FSIN), *Global report on food crises 2018* (2018).
- 102 FAO, *The impact of disasters on agriculture and food security*, (Rome, 2015).
- 103 S. J. Vermeulen, B. M. Campbell et J. S. I. Ingram, « Climate change and food systems », *Annual Review of Environmental Resources*, vol. 37, p. 195 à 222 (2012).
- 104 P. J. Gerber, H. Steinfeld, B. Henderson, A. Mottet, C. Opio, J. Dijkman, A. Faluccci et G. Tempio, *Lutter contre le changement climatique grâce à l'élevage – Une évaluation des émissions et des opportunités d'atténuation au niveau mondial*, p. 15 (Rome, FAO, 2014).
- 105 M. Springmann, M. Clark, D. Mason-D'Croz, K. Wiebe, B. L. Bodirsky *et al.*, « Options for keeping the food system within environmental limits », *Nature*, vol. 562, p. 519 à 525 (2018).
- 106 W. Willett, J. Rockström, B. Loken, M. Springmann *et al.*, « Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems », *The Lancet*, vol. 393, n° 10170, p. 447 à 492 (2019).
- 107 ONU-Eau, « Water scarcity » (s. d.). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unwater.org/water-facts/scarcity/>, (consulté le 14 juillet 2019).
- 108 UNICEF, *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper* (New York, 2018).
- 109 Bureau international du Travail, *Estimations mondiales du travail des enfants: résultats et tendances 2012-2016*, p. 13 (Genève, Organisation internationale du Travail, 2017).
- 110 UNICEF, *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper* (New York, 2018).
- 111 E. S. Brondizio, J. Settle, S. Diaz et H. T. Ngo (éd.), *Global Assessment Report on Biodiversity and Ecosystem Services: Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services* (Bonn, Allemagne, Secrétariat de l'IPBES, 2019).
- 112 J. Bélanger et D. Pilling (éd.), *The State of the World's Biodiversity for Food and Agriculture*, p. 95 (Rome, Commission des ressources génétiques pour l'alimentation et l'agriculture, FAO, 2019).
- 113 L. Collette, T. Hodgkin, A. Kassam, P. Kenmore, L. Lipper, C. Nolte, K. Stamoulis et P. Steduto, *Produire plus avec moins – Guide à l'intention des décideurs sur l'intensification durable de l'agriculture paysane*, (Rome, FAO, 2011).
- 114 R. Remans, D. F. B. Flynn, F. DeClerck, W. Diru, J. Fanzo, K. Gaynor, I. Lambrecht, J. Mudiope, P. K. Mutuo, P. Nkhoma *et al.*, « Assessing nutritional diversity of cropping systems in African villages », *Plos One*, vol. 6, n° 6 (2011); F. A. J. DeClerck, J. Fanzo, C. Palm et R. Remans, « Ecological approaches to human nutrition », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 32, n° 1, p. S41 à S50 (2011); M. Herrero, P. K. Thornton, B. Power, J. R. Bogard, R. Remans, S. Fritz *et al.*, « Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis », *The Lancet Planetary Health*, vol. 1, n° 1, p. e33 à e42; R. Remans, F. A. DeClerck, G. Kennedy et J. Fanzo, « Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 112, n° 45, p. E6082 à E6082 (2015); C. Lachat, J. E. Raneri, K. Walker Smith, P. Kolsteren, P. Van Damme, K. Verzelen, D. Penafiel, W. Vanhove *et al.*, « Dietary species richness as a measure of food biodiversity and nutritional quality of diets », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 115, n° 1, p. 127 à 132 (2017).
- 115 C. K. Khoury, A. D. Bjorkman, H. Dempewolf, J. Ramirez-Villegas, L. Guarino, A. Jarvis, L. H. Rieseberg et P. C. Struik, « Increasing homogeneity in global food supplies and the implications for food security », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 111, n° 11, p. 4001 à 4006 (2014).
- 116 A. D. Jones et G. Ejeta, « A new global agenda for nutrition and health: the importance of agriculture and food systems », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 94, n° 3, p. 228 à 229 (2015).
- 117 UNICEF, *A Gathering Storm: Climate change clouds the future of children in Bangladesh* (New York, 2019).
- 118 Données de la Banque mondiale. Disponibles à l'adresse suivante : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.TOTL.FE.ZS>.
- 119 B. Schulte, A. Durana, B. Stout et J. Moyer, *Paid family leave: How much time is enough?* (Washington DC, New America, 2017).
- 120 UNICEF, *Annual results report 2018: Humanitarian action* (version préliminaire), (New York, 2019).

121 OCHA, *Humanitarian needs overview: Sudan* (New York, 2018).

122 J. Fanzo et C. Hawkes, *2018 Global nutrition report: Shining a light to spur action on nutrition*, p.15, (Independent Expert Group of the Global Nutrition Report, 2018).

123 Ibid.

124 E. Mates, J. Shoham, T. Khara et C. Dolan, *Stunting in humanitarian and protracted crises: Discussion paper*, (Oxford, Royaume-Uni, Emergency Nutrition Network, 2017).

125 Ibid., p. 63.

126 OCHA, *World humanitarian data and trends 2018* (2018). Disponible à l'adresse suivante : <http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2018/> (consulté le 30 juillet 2019).

127 UNICEF, « Conflict in Yemen: A living hell for children », note d'information (4 novembre 2018).

128 UNICEF, *Yemen humanitarian situation report (December 2018)*, (New York, 2018).

129 Ibid.

130 UNICEF *Annual results report 2018: Humanitarian action*, p. 32, (New York, 2019).

131 Contribution du bureau de pays du Yémen.

132 Banque mondiale, « Prévalence de l'anémie chez les enfants (% des enfants de moins de 5 ans) » (2017). Disponible à l'adresse suivante : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.ANM.CHLD.ZS?view=chart> (consulté le 30 juillet 2019).

CHAPITRE 4 : QUELLES RÉPONSES APPORTER À LA MALNUTRITION ?

1 Nomura, M. Takahashi, K et Reic, M. R. (2015). « Trends in global nutrition policy and implications for Japanese development policy », *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 36, no 4, p. 493 à 540.

2 Copenhagen Consensus Center (2008). *Copenhagen Consensus 2008: Results*. Copenhagen Consensus Center, Copenhague, Danemark.

3 The Lancet (2008–). *Maternal and Child Undernutrition Series*. Disponible à l'adresse suivante : www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition (consulté le 25 juillet 2019).

4 Ibid.

5 Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. Nations Unies, New York.

6 OMS (2017). *Global Nutrition Policy Review 2016-2017*. OMS, Genève, Suisse, p. 11.

7 L'acronyme « SMART » fait généralement référence à des objectifs « spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps ».

8 IFPRI (2016). *Global Nutrition Report 2016: From promise to impact: Ending malnutrition by 2030*. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington DC, p. 134.

9 Reich, M. R. et Balarajan, Y. (2012). *Political economy analysis for food and nutrition security*. Banque mondiale, Washington DC.

10 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. et Barreto, M. L. (2013). « Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities », *The Lancet*, vol. 382, no 9886, p. 57 à 64.

11 Ruel, M. T. et Alderman, H. (2013). « Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? », *The Lancet*, vol. 382, no 9891, p. 536 à 551.

12 Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (2017). *Global Governance for Nutrition and the role of UNSCN. Discussion Paper*. Nations Unies, New York.

13 Baker, P., Hawkes, C., Wingrove, K., Demaio, A. R., Parkhurst, J., Thow, A. M. et Walls, H. (2018). « What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition », *BMJ Global Health*, vol. 3, no 1, e000485.

14 Miller, B. D. D. et Welch, R. M. (2013). « Food system strategies for preventing micronutrient malnutrition », *Food Policy*, vol. 42, p. 115 à 128.

15 Backstrand, J. R. (2002). « The history and future of food fortification in the United States: A public health perspective », *Nutrition Reviews*, vol. 60, p. 15 à 26.

16 Iodine Global Network (2016). *Global Iodine Nutrition Scorecard 2016*, Iodine Global Network, Zürich.

17 Horton, S., Mannar, V., Wesley, A. Ibid.

18 Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires (1994). Objectif de mi-décennie du Sommet mondial pour les enfants : les troubles liés aux carences en iode, Session spéciale du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires, 27-28 janvier 1994 (JCHPSS/94/2.7), OMS, Genève.

19 OMS (2014). *Guideline: Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders*. OMS, Genève.

20 Dwyer, J. T., Wiemer, K. L., Dary, O., Keen, C. L., King, J. C., Miller, K. B. et al. (2015). « Fortification and health: Challenges and opportunities », *Advances in Nutrition*, vol. 6, no 1, p. 124 à 131.

21 Crider, K. S., Bailey, L. B. et Berry, R. J. (2011). « Folic acid food fortification: Its history, effect, concerns, and future directions », *Nutrients*, vol. 3, no 3, p. 370 à 384.

22 Gouvernement du Royaume-Uni et administrations investies de pouvoir délégués (2019). *Proposal to add folic acid to flour: Consultation document*. Gouvernement du Royaume-Uni, Londres.

23 Global Fortification Data Exchange (non daté). Carte : Fortification Legislation. Disponible à l'adresse suivante : www.fortificationdata.org (consulté le 25 juillet 2019).

24 Kancherla, V., Wagh, K., Johnson, Q. et Oakley, G. P. Jr. A. (2018). « A 2017 global update on folic acid-preventable spina bifida and anencephaly », *Birth Defects Research*, vol. 110, no 14, p. 1139 à 1147.

25 Bobrek, K., Broersen, B., Aburto, N., Garg, A., Serdula, M., Velazquez, F. B. et al. (2019). « National wheat and maize flour fortification standards and their comparison with international guidelines in countries with mandatory fortification », *Current Developments in Nutrition*, vol. 3 (supplément no 1).

26 Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie et Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) (2015). Déclaration d'Arusha sur l'enrichissement des aliments, Sommet mondial sur l'enrichissement des aliments, du 9 au 11 septembre 2015, Arusha, Tanzanie.

27 UNICEF et OMS (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.

28 Prak, S., Dahl, M. I., Oeurn, S., Conkle, J., Wise, A. et Laillou, A. (2014). « Breastfeeding trends in Cambodia and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger? », *Nutrients*, vol. 6, no 7, p. 2920 à 2930.

29 UNICEF et OMS (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.

30 UNICEF (2016). *Annual Results Report – Nutrition 2015*. UNICEF, New York, p. 16.

31 Aguayo, V. M., Gupta, G., Singh, G. et Kumar, R. (2016). « Early initiation of breast feeding on the rise in India », *BMJ Global Health*, vol. 1, no 2, e000043.

32 Federal Democratic Republic of Ethiopia-Ministry of Health (2017). *Baby and mother WASH: Implementation Guideline*. UNICEF Éthiopie, Addis Abeba, Éthiopie.

33 Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies (2017). *Schools as a system to improve nutrition: A new statement for school-based food and nutrition interventions*. Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies, Washington DC.

34 UNICEF (2018). « Forging an anaemia-free future: The path to India's nationwide adolescent anaemia control programme », *Field Reports: Lessons from improving nutrition at scale*. UNICEF, New York, p. 3.

35 Gaarder, M. M., Glassman, A. et Todd, J. E. (2010). « Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain », *Journal of Development Effectiveness*, vol. 2, no 1, p. 6 à 50 ; Ranganathan, M. et Lagarde, M. (2012). « Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low- and middle-income countries: A review of the impact of conditional cash-transfer programmes », *Preventive Medicine*, vol. 55 (supplément), p. 95 à 105.

36 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013). *Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania*. IPEA, Brasília, p. 29.

37 Bortoletto Martins, A. P. et Monteiro, C. (2016). « Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study », *BMC Public Health*, vol. 16, p. 827.

38 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. et Barreto, M. L. (2013). « Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities », *The Lancet*, vol. 382, no 9886, p. 57 à 64.

- 39 Gouvernement du Mexique (non daté). ¿Qué es PROSPERA Programa de Inclusión Social? Disponible à l'adresse suivante : www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera (consulté le 26 juillet 2019).
- 40 Hoddinott, J., Skoufias, E. et Washburn, R. (2000). *The Impact of PROGRESA on Consumption: A final report*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington DC.
- 41 Fernald, Lia C. H., Gertler, P. J. et Neufeld, L. M. (2008). « Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico's opportunities », *The Lancet*, vol. 371, no 9615, p. 828 à 837.
- 42 FAO et OMS (2014). *Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et Organisation mondiale de la Santé, Rome, p. 2.
- 43 HLPE (2017). *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- 44 Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenge of the 21st Century*. Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition, Londres.
- 45 Fanzo, J. et Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni.
- 46 Commission EAT–Lancet (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Disponible à l'adresse suivante : www.thelancet.com/commissions/EAT (consulté le 26 juillet 2019).
- 47 OMS (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. OMS, Genève.
- 48 Fondation Access to Nutrition (2018). *Access to Nutrition Index Global Index 2018*. Fondation Access to Nutrition, Utrecht, Pays-Bas.
- 49 OMS, UNICEF et IBFAN (2018). *Marketing of Breast-Milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report*. OMS, Genève.
- 50 OMS (2015). *Directive : Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant*. OMS, Genève.
- 51 Fanzo, J. et Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni, p. 94.
- 52 KPMG (2018). *Budget 2019 Of Sugar Tax and the Digital Economy*. KPMG, Malaisie.
- 53 Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M. et Ng, S.W. (2017). « In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax », *Health Affairs*, vol. 36, no 3, p. 564 à 571.
- 54 UNICEF (2018). *Review of sugar taxes: Case studies on the implementation of sugar taxes in various jurisdictions*. UNICEF, New York.
- 55 Fanzo, J. et Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Royaume-Uni, p. 16.
- 56 Hawkes, C., Smith, T.G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S. et al. (2015). « Smart food policies for obesity prevention », *The Lancet*, vol. 385, no 9985, p. 2410 à 2421.
- 57 Kanter, R., Vanderlee, L. et Vandevijvere, S. (2018). « Front-of-package nutrition labelling policy: Global progress and future directions », *Public Health Nutrition*, vol. 21, no 8, p. 1399 à 1408.
- 58 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P.J., Schwartz, M. B. et Brownell, K. D. (2013). « The science on front-of-package food labels », *Public Health Nutrition*, vol. 16, no 3, p. 430 à 439.
- 59 Hersey, J. C., Wohlgenant, K. C., Arsenault, J. E., Kosa, K. M. et Muth, M. K. (2013). « Effects of front-of-package and shelf nutrition labeling systems on consumers », *Nutrition Reviews*, vol. 71, no 1, p. 1 à 14.
- 60 Egnell, M. Talati, Z., Hercberg, S., Pettigrew, S. et Julia, C. (2018). « Objective understanding of front-of-package nutrition labels: An international comparative experimental study across 12 countries », *Nutrients*, vol. 10, no 10, p. 1452.
- 61 Neal, B. Crino, M., Dunford, E., Gao, A., Greenland, R., Li, N., Ngai, J., Ni Mhurch, C. et al. (2017). « Effects of different types of front-of- packing labelling information on the healthiness of food purchases: A randomized controlled trial », *Nutrients*, vol. 9, no 12, p. 1284.
- 62 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. et Brownell, K. D. (2013). « The science on front-of-package food labels », *Public Health Nutrition*, vol. 16, no 3, p. 430 à 439.
- 63 INSP-UNICEF (2016). *Review of current labelling regulations and practices for food and beverage targeting children and adolescents in Latin America countries (Mexico, Chile, Costa Rica and Argentina) and recommendations for facilitating consumer information*. UNICEF, New York, p. 23.
- 64 Ministère chilien de la Santé (2017). *Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición*. Disponible à l'adresse suivante : www.bibliotecaminal.cl/politica-nacional-de-alimentacion-y-nutricion/ (consulté le 26 juillet 2019).
- 65 Osiac, L. R. et Quevedo, T. P. (2018). « Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos: Chile innovando en nutrición pública una vez más » (législation relative à l'étiquetage et la publicité des aliments : le Chili met de nouveau en œuvre une politique publique innovante en matière de nutrition), *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 89, no 5, p. 579 à 581.
- 66 Correa, T., Fierro, C., Reyes, M., Dillman Carpentier, F. R., Taillie, L. S. et Corvalán, C. (2019). « Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: Exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 16, no 1, p. 21.
- 67 Ibid.
- 68 Kanter, R., Reyes, M., Swinburn, B., Vandevijvere, S. et Corvalán, C. (2019). « The food supply prior to the implementation of the Chilean law of food labeling and advertising », *Nutrients*, vol. 11, no 1, p. 52.
- 69 Downs, S. et Fanzo, J. (2016). « Managing value chains for improved nutrition ». Dans M. Eggersdorfer, K. Kraemer, J. B. Cordaro, J. Fanzo, M. Gibney, E. Kennedy, A. Labrique et J. Steffen. *Good nutrition: perspectives for the 21st century*, p. 45 à 59. Krager Publications, Bâle.
- 70 FAO (2013). *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2013 : mettre les systèmes alimentaires au service d'une meilleure nutrition*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- 71 HLPE (2017). *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- 72 OMS (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. OMS, Genève, p. 13.
- 73 Nations Unies (2016). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. Nations Unies, New York.
- 74 Groupe indépendant du Secrétaire général des Nations Unies sur la responsabilité pour l'Initiative Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent (IAP) (2018). *Private Sector: Who is Accountable? Summary Report*. OMS, Genève, p. 5.
- 75 OMS (2017). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: Executive summary*. OMS, Genève, p. 9.
- 76 Alliance internationale des produits alimentaires et des boissons (2019). Enhanced commitment to phase out industrially produced trans-fatty acids, Communiqué de presse (non daté). Disponible à l'adresse suivante : https://ifballiance.org/uploads/press/pdf/5ccc4b8061475_IFBA%20TFA%20Enhanced%20Commitment%2002.05.2019.pdf (consulté le 26 juillet 2019).
- 77 Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2018). *Evaluating Implementation of the WHO Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. OMS, Genève.
- 78 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemanni, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). « Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries », *Obesity Reviews*. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.
- 79 Haddad, L. (2018). « Reward food companies for improving nutrition », *Nature*, vol. 556, no 7699, p. 19 à 22.
- 80 Afshin, A., Peñalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelson, M., O'Flaherty, M. et al. (2017). « The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis », *PloS One*, vol. 12, no 3, e0172277.
- 81 Swinburn, B. A., Kraak, V.I., Allender, A., Atkins, V.J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C. et al. (2019). « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report », *The Lancet*, vol. 393, no 10173, p. 791 à 846.
- 82 HLPE (2017). *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- 83 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). « Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity », *The Lancet*, vol. 385, no 9986, p. 2534 à 2545.
- 84 Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P. et Nisbett, N. (2013). « The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress », *The Lancet*, vol. 382, no 9891, p. 552 à 569.
- 85 Yanamadala, S. Bragg, M. A., Roberto, C. A. et Brownell K. A. (2012). « Food industry front groups and conflicts of interest: the case of Americans Against Food Taxes », *Public Health Nutrition*, vol. 15, no 8, p. 1331 à 1332.
- 86 King, L., Gill, T., Allender, S. et Swinburn, B. (2011). « Best practice principles for community-based obesity prevention: Development, content and application », *Obesity Reviews*, vol. 12, no 5, p. 329 à 338.

- 87 Patel, R. C. (2012). « Food sovereignty: Power, gender, and the right to food », *PLoS Medicine*, vol. 9, no 6, e1001223.
- 88 Pakistan Fisher Folk Forum, <http://pff.org.pk/>
- 89 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), www.mstbrazil.org/content/what-mst
- 90 Durrant, R. (2014). *Civil society roles in transition: towards sustainable food? Briefing Paper*. Food Research Collaboration, Centre for Food Policy, City, Université de Londres.
- 91 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. *et al.* (2015). « Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity », *The Lancet*, vol. 385, no 9986, p. 2534 à 2545.
- 92 HLPE (2017). *Nutrition et systèmes alimentaires. Un rapport du groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- 93 Réseau de la société civile SUN, <https://scalingupnutrition.org/fr/promoteurs-du-mouvement-sun/sun-civil-society-network/>.
- 94 Mécanisme de la Société Civile et des Peuples Autochtones pour les relations avec le Comité des Nations Unies sur la sécurité alimentaire mondiale, <http://www.csm4cfs.org/fr/le-msc/>.
- 95 Conjointement mis en œuvre en 1999 par le Ministère péruvien de la santé et l'UNICEF avec le soutien de l'USAID, le programme visait à promouvoir la croissance et le développement des enfants en bas âge (de la conception à l'âge de 3 ans) dans les communautés rurales des Andes et de l'Amazonie. Il consistait notamment à améliorer la santé, la nutrition, les soins et les pratiques d'hygiène tout en mettant l'accent sur la participation des communautés locales.
- 96 Assemblée mondiale de la Santé (2016). « Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant », Résolution A69/8, 24 mars 2016, OMS, Genève, p. 19.
- 97 Baldwin, H. L., Freeman, B. et Kelly, B. (2018). « Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children », *Public Health Nutrition*, vol. 21, no 17, p. 3210 à 3215.
- 98 Pour une synthèse des données probantes existantes, voir Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. et Caraher, M. (2013). « Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: A retrospective summary », *Appetite*, vol. 62, p. 209 à 215 ; Boyland, E. et Tatlow Golden, M. (2017). « Exposure, power and impact of food marketing on children: Evidence supports strong restrictions », *European Journal of Risk Regulation*, vol. 8, no 2, p. 224 à 236.
- 99 Harris, J. L., Schwartz, M. B., Munsell, C. R. *et al.* (2015). *Fast Food Facts 2013: Measuring progress in nutrition and marketing to children and teens*. UConn Rudd Center for Food Policy and Obesity, Hartford, Connecticut.
- 100 O'Dowd, A. (2017). « Spending on junk food advertising is nearly 30 times what government spends on promoting healthy eating », *BMJ*, vol. 359, j4677.
- 101 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemandi, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., *et al.* (2019). « Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries », *Obesity Reviews*. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.
- 102 Institut national de santé publique du Mexique (2019). « Caracterización de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a la población infantil y adolescente en puntos de venta (tiendas de autoservicio) en países latinoamericanos », INSP, Mexico, (non publié) ; et Kantar Retail (2018). « In Store Marketing for Children's Food and Beverages ». Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes de l'UNICEF (document interne).
- 103 Données d'Euromonitor International, citées dans D. Searcey et M. Richtel (2017). « When KFC Came to Ghana », *New York Times*, 2 octobre, p. A1.
- 104 OMS (2016). *Tackling food marketing to children in a digital world: Trans-disciplinary perspectives*. OMS, Genève.
- 105 UNICEF (2017). *La situation des enfants dans le monde 2017 : Les enfants dans un monde numérique*. UNICEF, New York.
- 106 Assemblée mondiale de la Santé. Résolution 63.14 : Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.
- 107 Kovic, Y., Noel, J. K., Ungemack, J. A. et Burleson, J. A. (2018). « The impact of junk food marketing regulations on food sales: An ecological study », *Obesity Reviews*, vol. 19, no 6, p. 761 à 769.

CHAPITRE 5 : UN PROGRAMME POUR FAIRE DU DROIT DES ENFANTS À UNE BONNE NUTRITION UNE PRIORITÉ

- 1 Elgar, F. J. et Stewart, J. M. (2008). « Validity of self-report screening for overweight and obesity: Evidence from the Canadian Community Health Survey », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99, n°5, p. 423 à 427 ; Stommel, M. et Schoenborn, C. A. (2009). « Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS 2001–2006 », *BMC Public Health*, vol. 9, p. 421.001–2006 », *BMC Public Health*, 9, p. 421.

MÉTHODOLOGIE POUR LES ATELIERS DE LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2019

- 1 États-Unis, Ministère de l'agriculture et Ministère de la santé et des services humains, 2015. *Dietary guidelines for Americans 2015–2020*, 8e éd., US Government Printing Office, Washington (DC).
- 2 Australie, Conseil national pour la santé et la recherche médicale, 2013. *Eat for health: Australian dietary guidelines*. Gouvernement d'Australie, Conseil national pour la santé et la recherche médicale et Ministère de la santé et du vieillissement.
- 3 Krasevec, J., An, X., Kumapley, R., Bégin, F., et Frongillo, E. A., 2017. « Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low- and middle-income countries », *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplément no 2), e12430.

REMARQUES RELATIVES AUX FIGURES

- 1 Black, R.E., *et al.*, « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. » *The Lancet*, 2013. 382(9890) : p. 427-51.
- 2 OMS, *Iron deficiency anemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers*. OMS (Genève, 2001).
- 3 Williams, A.M., *et al.*, *Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem*. Ann N Y Acad Sci, 2019. 1450(1): p. 268-280.
- 4 Stevens, G.A., *et al.*, « Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys ». *The Lancet Global Health*, 2015. 3: p. e528–36.
- 5 Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, 2019. *Perspectives de la population mondiale*, édition en ligne, rév. 1.

Méthodologie pour les ateliers de *La Situation des enfants dans le monde 2019*

Méthodologie

Pour les ateliers organisés en prévision de *La Situation des enfants dans le monde 2019*, un processus de collecte de données réparties a été appliqué. L'objectif était de recueillir des informations sur les connaissances, impressions et expériences des adolescents et des mères concernant l'alimentation et la nutrition. Ce processus est le fruit d'une collaboration entre une équipe de l'université occidentale de Sydney et l'UNICEF et il a déjà été appliqué dans bon nombre de projets internationaux de recherche sur les enfants et de consultation des enfants, dont le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2017*.

Dans le cadre de ce processus, des représentants de bureaux de pays et de comités nationaux de l'UNICEF ont été chargés d'organiser des ateliers en face à face d'une durée de cinq heures avec des adolescents âgés de 14 à 16 ans (bien que certains participants aient été plus jeunes ou plus vieux), et avec des mères de bébés ou de jeunes enfants recevant encore des aliments complémentaires. Lors des ateliers, les responsables ont eu recours à une gamme d'activités créatives pour obtenir des réponses des participants. Ces activités portaient sur des thèmes choisis par l'UNICEF, l'université occidentale de Sydney et un comité consultatif (voir le tableau A1).

En amont des ateliers, les animateurs ont reçu un guide détaillé et ont suivi un webinaire de formation de 90 minutes portant sur le recrutement des participants, sur le contenu et sur la gestion des ateliers.

Fin juillet 2019, des ateliers avaient été organisés dans 18 pays : Afghanistan, Australie, Bangladesh, Chine, Égypte, États-Unis, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Inde, Indonésie, Kirghizistan, Mexique, Nigéria, Philippines, Serbie, Soudan et Zimbabwe.

À une exception près, quatre ateliers ont eu lieu dans chaque pays et, au total, 48 ateliers ont été organisés, réunissant 464 adolescents et 328 mères (cinq pays participants n'ont pas été inclus dans les analyses du présent rapport). En moyenne, chaque atelier a réuni 16,5 participants. Les bureaux de pays et comités nationaux

ayant pris part au projet ont recruté des participants formant un échantillon diversifié, et certains ont également organisé des ateliers ciblant des groupes spécifiques (par exemple, les réfugiés déplacés dans leur propre pays au Soudan).

Ces recherches ont été approuvées par le Comité d'éthique sur la recherche humaine de l'université occidentale de Sydney (approbation n° H11101).

Le projet a obtenu un appui financier du Gouvernement de Norvège.

Collecte et analyse des données

Les données et analyses issues des ateliers ne sont pas statistiquement représentatives. L'objectif était plutôt de permettre à des adolescents et à de jeunes mères d'utiliser leurs propres mots pour décrire leurs perceptions et leurs expériences concernant les aliments qu'ils mangent, de même que leurs idées sur la nutrition.

Les données collectées étaient en majeure partie qualitatives. Les participants ont travaillé individuellement et en groupe pour répondre à des questionnaires et à des questions à réponse courte, réaliser des exercices créatifs (p. ex., des dessins) et participer à des jeux de rôles et à des discussions en petits groupes. Les données recueillies ont pris la forme d'enquêtes sur papier, de diagrammes, de dessins, de textes écrits et de photographies.

Du matériel de recherche a été fourni en anglais. Lorsque la situation l'exigeait, les employés des bureaux de pays ont traduit dans la langue locale les documents fournis en amont des ateliers. Tout le contenu produit par les participants dans d'autres langues a ensuite été traduit en anglais par le personnel des bureaux concernés. Les analystes ont eu accès à la fois aux versions originales et aux traductions.

Toutes les données ont été numérisées par les bureaux participants et téléchargées vers des dossiers numériques sécurisés. Elles ont ensuite été rassemblées et analysées par l'équipe de l'université occidentale de Sydney, manuellement et à l'aide d'un logiciel d'analyse de données.

L'analyse thématique a été la principale technique utilisée pour l'interprétation des données.

Lors de la saisie des données, les chercheurs ont classé chaque bloc de données pertinent (p. ex., segments de phrase, citations, phrases) en fonction des thèmes existants et ont également cerné de nouveaux thèmes à partir des données. L'équipe a ensuite examiné les données pertinentes et les analyses individuelles pour vérifier et affiner les interprétations. Les analyses ont été résumées et transmises, accompagnées de citations et d'images en provenance des participants, de synthèses (intégrant les principales informations et idées se dégageant des données) et de diagrammes et graphiques illustrant les principaux concepts et les tendances générales.

Des rapports complémentaires, présentant des résultats et des analyses plus complets issus des ateliers, seront publiés en 2020.

Classement des aliments

Les recommandations nutritionnelles fondées sur des données qui ont été publiées par les Gouvernements des États-Unis et d'Australie, respectivement, ont été utilisées pour classer les données^{1,2}. Ces documents définissent des groupes d'aliments dont la consommation quotidienne est recommandée (aliments de base) afin d'assurer un apport alimentaire suffisant et une bonne croissance, ainsi que des groupes d'aliments supplémentaires qu'il convient de consommer de manière occasionnelle (aliments non essentiels), en vue de prévenir des maladies chroniques liées à l'alimentation.

Il existe une différence entre notre classement et ces recommandations nutritionnelles : nous avons classé en deux groupes distincts les protéines d'origine animale et végétale. Cette distinction a permis une étude spécifique des lieux et des moments où les participants avaient ou n'avaient pas accès à des protéines animales. Puisqu'il existe un lien entre la consommation insuffisante d'œufs, de viande et de produits laitiers chez les enfants et un risque accru de retard de croissance, cette distinction selon l'origine des protéines est importante³.

Thèmes des ateliers

Adolescents	Mères
Régime alimentaire et apport nutritionnel	Apport alimentaire des enfants
Santé et image du corps	Apport alimentaire des mères
Commercialisation des produits alimentaires	Facteurs influant sur les décisions des mères concernant l'alimentation
Facteurs et contextes influant sur l'alimentation : à l'école	Nourrir les bébés et les jeunes enfants à l'extérieur du foyer
Facteurs et contextes influant sur l'alimentation : à la maison	Sources d'informations sur l'alimentation
Obstacles à une alimentation saine	Obstacles auxquels sont confrontées les mères pour nourrir leurs bébés
Culture alimentaire et occasions particulières	Alimentation des jeunes enfants
Nourriture : approvisionnement et préparation	Repas familiaux : approvisionnement et préparation de la nourriture
Aliments de base	
Céréales (p. ex., pain, céréales de petit-déjeuner, blé, nouilles, pâtes alimentaires)	
Protéines animales (p. ex., viande maigre, volaille maigre, poisson, fruits de mer, œufs)	
Protéines végétales (p. ex., noix, graines, légumineuses, haricots, tofu)	
Produits laitiers (p. ex., lait, yaourt, fromage)	
Légumes (p. ex., légumes vert foncé ou crucifères, légumes-racines, légumes-tubercules, légumes-bulbes, légumineuses, haricots)	
Fruits (p. ex., agrumes, fruits à pépins, fruits tropicaux, baies, fruits à noyau, figues, raisins, litchis)	
Graisses insaturées (graisses polyinsaturées et monoinsaturées)	
Aliments non essentiels	
Aliments riches en sucre ajouté (p. ex., miel, confitures, marmelade, sucre, confiseries, sirops)	
Aliments riches en graisses saturées et en sodium (p. ex., lard, crème, aliments frits du commerce, hamburgers du commerce)	
Aliments riches en graisses saturées et en sodium/sucres ajoutés (p. ex., biscuits, gâteaux, chocolat)	
Boissons	
Boissons gazeuses	Jus de fruits, sirops de fruit
Caféine	Eau
Boissons alcoolisées	Boissons énergétiques

Remarques relatives aux figures

Figure A.1 : Enfants qui ne grandissent pas bien

Les enfants qui ne grandissent pas bien représentent le pourcentage d'enfants appartenant à l'une des cinq catégories suivantes : enfants présentant un retard de croissance, enfants souffrant d'émaciation, enfants en surpoids, enfants présentant un retard de croissance et un surpoids, enfants présentant un retard de croissance et souffrant d'émaciation. Si les trois premières catégories sont souvent disponibles dans les rapports des enquêtes, les deux dernières, en revanche, requièrent l'analyse de microdonnées. Les estimations se basent sur 441 sources de données comprises dans l'édition 2019 des estimations conjointes sur la malnutrition, qui contenaient des microdonnées pouvant être analysées. Pour les pays ne disposant pas de microdonnées, des facteurs d'ajustement régionaux ont été appliqués sur la base des agrégats sous-régionaux des recouvrements du retard de croissance et de l'émaciation, et du retard de croissance et du surpoids, afin de générer des estimations dans ces cinq catégories. Les agrégats mondiaux et régionaux

se fondent sur la méthode décrite dans l'article « Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015 » (Estimations de la prévalence mondiale de la dénutrition chez l'enfant en 1990 et 2015), de M. Onis, M. Blössner, E. Borghi, E. A. Frongillo et R. Morris, *JAMA*, 2 juin 2004, vol. 291, n° 21, p. 2600 à 2606. PubMed PMID : 15173151.

Figure 1.4 : Faim insoupçonnée

La prévalence de la faim insoupçonnée se fonde sur les estimations des carences en fer et en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, par sous-région de l'ONU. La prévalence de l'anémie ferriprive se base sur Black et al. (2013)¹. Un facteur de conversion de 2^{2,3} a été appliqué afin de calculer la prévalence des carences en fer. La prévalence des carences en vitamine A se base sur Stevens et al. (2015)⁴. Par prudence, une prévalence de 0 a été attribuée aux sous-régions ne disposant pas de données. Pour chaque sous-région, en supposant un recouvrement de 50 % entre les carences, la prévalence (P) de la faim insoupçonnée a été calculée comme suit :

$P(\text{faim insoupçonnée}) = P(a) + 0,5 * P(b)$, où P(a) et P(b) sont les valeurs maximales et minimales, respectivement, lorsque l'on compare les estimations de la prévalence des carences en fer et en vitamine A. Le nombre global d'enfants de moins de 5 ans touchés a été calculé et une estimation de la prévalence mondiale pondérée de la faim insoupçonnée a été générée⁵ à partir des estimations de la taille de la population des moins de 5 ans dans chaque sous-région.

« Que mangent les enfants en bas âge ? L'importance des premiers aliments » (p. 74 et 75)

Les estimations régionales et mondiales ont été générées à l'aide des données les plus récentes pour chaque pays au cours de la période 2013-2018.

Les estimations régionales et mondiales de l'UNICEF correspondent à des moyennes pondérées par la population basées sur les estimations 2018 du rapport *World Population Prospects* (Perspectives de la population mondiale), pondérées selon la révision de 2019.

Tableaux statistiques

Les tableaux statistiques du présent volume réunissent les statistiques clés les plus récentes concernant la survie, le développement et la protection de l'enfant dans les pays, zones et régions du monde entier. Ils permettent à l'UNICEF de mettre l'accent sur les progrès et résultats accomplis en vue de réaliser les objectifs et accords convenus par la communauté internationale en matière de droits et de développement de l'enfant.

Notes générales sur les données

Sources de données

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-après sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui s'accompagnent de définitions, de sources et, s'il y a lieu, de notes supplémentaires en bas de page. Les données des indicateurs s'appuient sur des estimations interorganisations et des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Par ailleurs, des données provenant d'autres organismes des Nations Unies ont été utilisées. Vous trouverez plus d'informations sur les sources de données après chaque tableau.

Les indicateurs démographiques et une grande partie des indicateurs liés à la population dans ces tableaux s'appuient sur les dernières estimations et projections en matière de population de *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019* et de *Perspectives de l'urbanisation mondiale : Révision 2018* (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). La qualité des données peut pâtir des catastrophes ou des conflits que certains pays ont récemment connus, notamment dans les cas où les infrastructures élémentaires du pays ont été fragmentées ou lorsque d'importants mouvements de population ont eu lieu.

L'UNICEF aide notamment les pays à réunir et à analyser des données permettant de suivre la situation des enfants et des femmes grâce à son programme international d'enquêtes sur les ménages, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, acronyme anglais). Depuis 1995, pas moins de 322 enquêtes ont été réalisées dans 116 pays et zones. Les MICS ont été une des principales sources de données permettant de suivre les progrès accomplis au sujet des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et restent une source de données importante dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 pour mesurer les indicateurs des ODD. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse <mics.unicef.org>.

Agrégats régionaux et mondiaux

Sauf indication contraire, les agrégats régionaux et mondiaux pour les indicateurs ont été générés sous la forme de moyennes pondérées en fonction de la population à partir des données des *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019*. Ils correspondent à la catégorie d'âge et au sexe pertinents pour chaque indicateur (par ex., total des naissances vivantes pour

l'absence de pesée à la naissance et nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans pour l'anémie maternelle). Par ailleurs, sauf indication contraire, les estimations régionales et mondiales sont uniquement communiquées pour les indicateurs lorsque les données sont disponibles pour au moins 50 % de la population.

Comparabilité des données

Des efforts ont été déployés afin d'optimiser la comparabilité des statistiques d'un pays à l'autre et d'une période à l'autre. Il se peut cependant que des données nationales aient été obtenues selon des méthodes de collecte ou d'estimation différentes ou portent sur des populations différentes. Par ailleurs, les méthodes de calcul de certaines données ou séries chronologiques (dans le cas par exemple des taux de vaccination ou des taux de mortalité maternelle) et les classifications régionales retenues évoluent. Pour certains indicateurs, il n'existe en outre pas de données comparables d'une année à l'autre. Il n'est donc pas conseillé de comparer des données provenant d'éditions consécutives de *La Situation des enfants dans le monde*.

Informations complémentaires sur la méthodologie

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-dessous reprennent généralement des informations réunies et mises à jour entre janvier et août 2019. Les dates limites spécifiques associées aux indicateurs particuliers figurent dans la section « Sources principales des données » située sous chaque tableau. La date de « dernière mise à jour » indique le moment où les données ont été réunies et mises à jour dans le cadre d'une consultation nationale ou de processus interorganisations spécifiques à certains sujets.

Il est recommandé aux lecteurs intéressés de se rendre sur <data.unicef.org> pour obtenir plus d'informations méthodologiques au sujet des indicateurs et des statistiques.

Les données présentées dans les tableaux sont disponibles sur <www.unicef.org/sowc> et à l'adresse <www.data.unicef.org>. Veuillez consulter ces sites Internet pour obtenir les dernières données ainsi que d'éventuels rectificatifs et mises à jour apportés après la mise sous presse.

Estimations des taux de mortalité de l'enfant

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est le principal indicateur utilisé pour évaluer les progrès en matière de bien-être des enfants.

www.childmortality.org

Taux de mortalité des moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes)

Région UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Asie de l'Est et Pacifique	73	62	57	49	40	29	22	17	15
Europe et Asie centrale	44	37	31	27	21	16	12	10	9
Europe de l'Est et Asie centrale	66	54	46	45	36	26	19	15	13
Europe de l'Ouest	16	13	10	8	6	5	4	4	4
Amérique latine et Caraïbes	84	68	55	43	33	25	24	18	16
Moyen-Orient et Afrique du Nord	123	86	65	53	42	34	27	23	22
Amérique du Nord	15	12	11	9	8	8	7	7	6
Asie du Sud	172	150	130	112	94	77	62	49	42
Afrique subsaharienne	201	188	180	172	153	125	101	85	78
Afrique de l'Est et australe	185	172	164	156	136	107	82	64	57
Afrique de l'Ouest et centrale	217	205	197	188	170	143	120	105	97
Pays les moins avancés	211	192	175	159	137	110	89	71	64
Monde	118	102	93	87	76	63	51	42	39

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)

Région UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Asie de l'Est et Pacifique	2 622	2 416	2 302	1 706	1 259	910	696	542	462
Europe et Asie centrale	571	483	387	305	218	164	135	111	96
Europe de l'Est et Asie centrale	474	410	329	263	188	138	112	92	78
Europe de l'Ouest	97	74	57	41	30	26	23	20	18
Amérique latine et Caraïbes	948	786	641	501	377	282	262	190	172
Moyen-Orient et Afrique du Nord	902	708	547	420	325	271	246	235	220
Amérique du Nord	55	50	47	40	35	35	32	29	27
Asie du Sud	5 585	5 258	4 743	4 191	3 570	2 934	2 279	1 716	1 475
Afrique subsaharienne	3 396	3 613	3 857	4 087	4 045	3 696	3 304	3 007	2 869
Afrique de l'Est et australe	1 631	1 727	1 827	1 908	1 834	1 590	1 322	1 107	1 024
Afrique de l'Ouest et centrale	1 765	1 886	2 031	2 179	2 212	2 107	1 982	1 900	1 845
Pays les moins avancés	3 580	3 619	3 605	3 558	3 330	2 895	2 508	2 136	1 992
Monde	14 080	13 314	12 524	11 250	9 831	8 292	6 955	5 828	5 322

Classements régionaux

Les agrégats présentés à la fin de chacun des 16 tableaux statistiques sont calculés en utilisant les données des pays et zones selon le classement ci-dessous.

Asie de l'Est et Pacifique

Australie, Brunei Darussalam, Cambodge, Chine, Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Indonésie, Japon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Myanmar, Nauru, Niue, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Samoa, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

Europe et Asie centrale

Europe de l'Est et Asie centrale ; Europe de l'Ouest

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine

Europe de l'Ouest

Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Saint-Siège, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie

Amérique latine et Caraïbes

Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iran (République islamique d'), Iraq, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie, Yémen

Amérique du Nord

Canada, États-Unis

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et Afrique australe, Afrique de l'Ouest et centrale

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Zambie, Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo

Pays/zones les moins avancés

[selon le classement du Haut-Représentant des Nations Unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement (UNOHRLLS)]

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen, Zambie

Notes sur certains tableaux

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Le tableau consacré à la démographie contient plusieurs indicateurs reprenant les informations les plus importantes sur chaque population, y compris la population totale et la population par tranche d'âge, ainsi que les taux annuels de croissance démographique. Le nombre annuel de naissances est calculé à partir de la population totale et de la fécondité actuelle. Le taux de fécondité total permet de comparer les niveaux de fécondité à l'échelle internationale. Un taux de fécondité total de 2,1 est appelé « taux de remplacement » et constitue le niveau auquel la population conserve, à long terme, la même taille. L'espérance de vie à la naissance est une mesure de l'état de santé et du développement d'une population. Elle continue d'augmenter dans presque tous les pays du monde. Le taux de dépendance économique est le rapport entre la population qui n'est pas en âge de travailler (c'est-à-dire la population économiquement « dépendante ») et la population en âge de travailler (15 à 64 ans). On peut distinguer le taux de dépendance économique des enfants (part des enfants âgés de moins de 15 ans par rapport à la population en âge de travailler) et le taux de dépendance économique des personnes âgées (part des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population en âge de travailler). La courbe de l'évolution du taux de dépendance économique total est généralement en forme de U : une fécondité élevée entraîne une part importante d'enfants dans la population, et donc un taux de dépendance économique élevé qui décroît ensuite avec la baisse de fécondité avant de remonter à nouveau en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la part croissante de personnes âgées. La part de population urbaine et le taux de croissance annuel de la population urbaine décrivent l'état et la dynamique du processus d'urbanisation. Le taux net de migration indique la différence entre le nombre d'immigrants et le nombre d'émigrants. Un pays/une région où le nombre d'immigrants dépasse le nombre d'émigrants affiche une valeur positive, tandis qu'un pays où l'on compte moins d'immigrants que d'émigrants présente une valeur négative.

Tous les indicateurs démographiques s'appuient sur les données des *Perspectives de la population mondiale : Révision 2019*.

À l'exception de la population totale, la plupart des indicateurs démographiques sont publiés uniquement pour les pays/régions dont la population est supérieure à 90 000 personnes.

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Chaque année, dans *La Situation des enfants dans le monde*, l'UNICEF communique une série d'estimations concernant la mortalité des enfants. Ces statistiques représentent les meilleures estimations disponibles au moment de la publication du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Division de la population (ONU). Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en examinant avec soin toutes les nouvelles données disponibles. Cette révision se traduit généralement par l'ajustement des données publiées antérieurement. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité sur plusieurs années. Des estimations des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

pouvant être comparés pour la période 1990-2018 aux niveaux mondial et régional sont présentées ci-dessous. Les indicateurs de la mortalité par pays, fondés sur les estimations les plus récentes du Groupe, figurent dans le tableau 2 ainsi que sur les sites <data.unicef.org/child-mortality/under-five> et <www.childmortality.org>, aux côtés des remarques méthodologiques.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Le tableau concernant la santé de la mère et du nouveau-né comprend un ensemble d'indicateurs sur la démographie et la portée des interventions. Les indicateurs démographiques se composent de l'espérance de vie des femmes, du taux de natalité chez les adolescentes et d'estimations de la mortalité maternelle, y compris le nombre de décès maternels, le taux de mortalité maternelle et le risque de décès maternel sur la vie entière.

Les indicateurs de l'espérance de vie et du taux de natalité chez les adolescentes proviennent de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Les données relatives au taux de mortalité maternelle sont des estimations générées par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle, qui réunit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies. Les estimations de la mortalité du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle sont régulièrement mises à jour après un examen détaillé des nouvelles données disponibles. Ce processus entraîne souvent des ajustements des estimations précédemment publiées. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité maternelle sur plusieurs années.

La catégorie des indicateurs relatifs à la portée des interventions comprend les indicateurs liés à la planification familiale, aux soins prénatals, aux soins obstétricaux et aux soins postnatals pour la mère et le bébé. Les données pour ces indicateurs sont issues de programmes nationaux d'enquêtes sur les ménages comme les EDS et les MICS ainsi que d'autres enquêtes sur la santé reproductive. Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition de *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des agrégats régionaux et internationaux s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2013-2018 pour chaque pays. L'Inde et la Chine ont été incluses dans le calcul des estimations régionales et mondiales de tous les indicateurs pour lesquels des données étaient disponibles.

Le tableau relatif à la santé de la mère et du nouveau-né comprend également des ventilations par âge pour apporter des informations sur la santé reproductive et maternelle des adolescentes. Plus précisément, les données concernant la demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes, les soins prénatals comportant au moins

quatre visites et la présence de personnel soignant qualifié à la naissance sont détaillées pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Les données ventilées pour les soins prénatals comportant au moins quatre visites et la présence de personnel soignant qualifié à la naissance sont issues de l'International Center for Equity in Health (Centre international pour l'équité dans la santé) de l'Université fédérale de Pelotas au Brésil. Les données totales et ventilées sur la planification familiale satisfaisante à l'aide de méthodes modernes proviennent de la Division de la population au sein du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies. Les estimations régionales et mondiales sont établies à l'aide de la méthodologie décrite ci-dessus pour les indicateurs relatifs à la portée des interventions.

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Le tableau sur la santé infantile comporte un ensemble d'indicateurs qui intègrent des informations sur la portée des interventions efficaces destinées aux enfants âgés de moins de 5 ans et au niveau des ménages. Il s'agit de différents indicateurs relatifs à la vaccination (décrits ci-dessous) et d'indicateurs sur les interventions en matière de prévention et de traitement de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme (les trois principales causes de décès des jeunes enfants). Les principales sources de données sur la prévention et le traitement des maladies infantiles sont des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national comme les EDS et les MICS. Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition de *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des estimations régionales et mondiales s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2013-2018 pour chaque pays. Pour les indicateurs qui intègrent des informations sur les ménages, la population totale a été utilisée. L'Inde et la Chine ont été incluses dans le calcul des estimations régionales et mondiales des indicateurs pour lesquels des données étaient disponibles.

Vaccination

Le tableau sur la santé infantile présente les estimations de la couverture vaccinale nationale établies par l'OMS et l'UNICEF. Depuis 2000, ces estimations sont mises à jour une fois par an en juillet, au terme d'un processus consultatif dans le cadre duquel les pays soumettent des projets de rapport qui sont ensuite analysés et commentés. À mesure que de nouvelles données empiriques sont intégrées au processus destiné à générer les estimations, les estimations révisées remplacent les précédentes données publiées. Les niveaux de couverture issus des révisions antérieures ne peuvent pas être utilisés aux fins de comparaison. Pour plus de précisions à ce sujet, consultez le site <data.unicef.org/child-health/immunization>.

Les moyennes régionales pour les antigènes considérés sont calculées comme suit :

- Pour le BCG, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le BCG est intégré dans le calendrier national des vaccinations de routine.
- Pour les vaccins DTC, les vaccins contre la polio, la rougeole, l'hépatite B, le Hib, le vaccin PCV et le vaccin contre les rotavirus, tous les pays sont inclus

dans les moyennes régionales, car ces vaccins sont recommandés universellement par l'OMS.

- Pour la protection à la naissance contre le tétanos, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le tétanos maternel et néonatal est endémique.

TABLEAUX 5 ET 6. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

En 2019, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a publié de nouvelles estimations mondiales, nationales et régionales sur le VIH et le sida pour 2018, estimations qui tiennent compte des données épidémiologiques les plus récentes ainsi que des données concernant la couverture des traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Les estimations s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes et les indications des programmes de l'OMS qui ont permis d'améliorer les hypothèses concernant entre autres la probabilité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la fécondité en fonction de l'âge et du statut sérologique VIH des femmes et les taux nets de survie des enfants vivant avec le VIH, entre autres. Ainsi, l'ONUSIDA s'est appuyé sur une méthodologie plus sophistiquée pour produire de nouvelles estimations rétrospectives sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH et de personnes ayant besoin de soins, le nombre de décès liés au sida, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH et d'autres évolutions importantes de l'épidémie du VIH.

Les principaux indicateurs relatifs à la lutte contre le VIH chez les enfants sont divisés en deux tableaux : tableau 5, épidémiologie du VIH/sida et tableau 6, interventions liées au VIH/sida

TABLEAU 5. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Le tableau 5 comprend les principaux indicateurs utilisés pour mesurer les évolutions de l'épidémie du VIH. Les données sont ventilées par tranche d'âge de 10 ans, car on considère que les enfants vivant avec le VIH âgés de moins de 10 ans ont été infectés par transmission de la mère à l'enfant. Les enfants âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH incluent également les cas de nouvelles infections par le VIH qui surviennent par transmission sexuelle et consommation de drogue par injection, en fonction du contexte national. En raison d'importantes disparités de genre parmi les adolescents pour les évolutions de l'épidémie du VIH et les interventions programmatiques, les ventilations par sexe sont à présent incluses pour tous les indicateurs épidémiologiques du VIH/sida. Afin de faciliter la comparaison entre les pays et les régions, l'indicateur du nombre de nouvelles infections par le VIH a été remplacé par l'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés. De même, le nombre de décès liés au sida a été remplacé par la mortalité liée au sida pour 100 000 habitants. Ces deux indicateurs présentent une évaluation relative des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida et rendent compte avec plus de précision des effets de la lutte contre le VIH.

TABLEAU 6. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Le tableau 6 contient des indicateurs relatifs aux principales interventions de la lutte contre le VIH chez les enfants. Ces indicateurs de couverture ont été révisés par rapport aux éditions précédentes de *La Situation des enfants dans le monde* pour mieux tenir compte des progrès des programmes et politiques actuels de lutte contre le VIH/sida. Par exemple, l'indicateur

relatif au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons intègre des informations sur le pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance. Tous les indicateurs de couverture sont calculés à partir des données les plus récentes et les plus fiables provenant d'enquêtes démographiques et de statistiques relatives aux services fournis dans le cadre des programmes.

Chaque indicateur de couverture est compilé à l'échelle régionale ou internationale à l'aide d'une moyenne pondérée en fonction de la population. Les données étant parfois peu nombreuses, les indicateurs tirés d'enquêtes démographiques sont uniquement intégrés si les données de la zone représentent au moins 50 % de la population adolescente.

TABLEAUX 7 ET 8. NUTRITION

Le tableau 7 porte sur la nutrition à la naissance et les pratiques alimentaires pour les nourrissons et les jeunes enfants. Le tableau 8 comprend les estimations de malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants en âge d'être scolarisés et les femmes en âge de procréer, ainsi que des indicateurs concernant la couverture des interventions dans le cadre de programmes liés à des micronutriments essentiels.

Les indicateurs relatifs à l'insuffisance pondérale à la naissance, à la maigreur et au surpoids chez les enfants en âge d'être scolarisés ainsi qu'à la maigreur et à l'anémie maternelles sont des estimations modélisées. Ils peuvent donc différer des estimations communiquées à partir d'enquêtes. Pour tous les autres indicateurs, lorsque des données brutes étaient disponibles, les estimations au niveau national ont été à nouveau analysées pour correspondre aux méthodes d'analyse standard et peuvent donc différer des valeurs communiquées à partir d'enquêtes.

Insuffisance pondérale à la naissance : les estimations sont fondées sur de nouvelles méthodes ; c'est pourquoi les estimations nationales, régionales et mondiales ne pourront pas forcément être comparées à celles qui ont été publiées dans les précédentes éditions de *La Situation des enfants dans le monde*.

Absence de pesée à la naissance : nouvel indicateur qui représente le pourcentage de naissances sans poids de naissance correspondant dans la source de données.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : un total de huit indicateurs est présenté, y compris les indicateurs suivants, dont la définition a été modifiée ou qui sont nouveaux : i) la poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) remplace deux indicateurs précédents sur la poursuite de l'allaitement à 1 an (12-15 mois) et 2 ans (20-23 mois) ; ii) la définition de la diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) est à présent le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu des aliments issus d'au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente (l'ancienne version indiquait la consommation d'au moins quatre des sept groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente) ; iii) la définition de l'alimentation minimale acceptable (enfants âgés de 6 à 23 mois) est modifiée pour correspondre à la nouvelle définition de la diversité alimentaire minimale et iv) l'absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) est un nouvel indicateur. La définition de l'indicateur « fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) » a également été révisée en 2018, mais les changements liés

aux estimations pour cet indicateur et pour le régime minimum acceptable ne figurent pas encore dans ces tableaux.

Retard de croissance, émaciation et surpoids : l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont poursuivi le processus d'harmonisation des données anthropométriques utilisées pour le calcul et l'estimation des moyennes régionales et mondiales ainsi que l'analyse des évolutions. Dans le cadre de ce processus, les prévalences moyennes des retards de croissance, de l'émaciation et du surpoids sont dérivées d'un modèle décrit dans M. de Onis *et al.* (2004), « Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition » (*International Journal of Epidemiology*, vol. 33, pages 1260 à 1270). De nouvelles estimations régionales et mondiales sont publiées chaque année ; elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

Supplémentation en vitamine A : ce rapport ne présente que la couverture totale de supplémentation en vitamine A, ce qui souligne combien il est important que les enfants reçoivent deux doses annuelles de vitamine A à 4 ou 6 mois d'intervalle. Faute de méthode directe de mesure de cet indicateur, la couverture totale est présentée comme l'estimation la plus basse du semestre 1 (janvier-juin) et du semestre 2 (juillet-décembre) d'une année donnée. Les agrégats régionaux et internationaux regroupent seulement les 82 pays désignés comme étant prioritaires pour les programmes de niveau national. Par conséquent, les agrégats régionaux sont publiés lorsque l'on parvient à une couverture d'au moins 50 % de la population pour les pays prioritaires dans chaque région. En d'autres termes, les estimations pour la région Asie de l'Est et Pacifique sont présentées malgré l'absence de données pour la Chine.

Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire : les indicateurs réunis dans cette catégorie montrent l'importance de mettre fin à la malnutrition chez les enfants de tous les âges. Les estimations nationales pour la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, 390(10113), pages 2627 à 2642.

Maigreur (femmes de plus de 18 ans) : cet indicateur montre l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les enfants. Les estimations nationales pour l'insuffisance pondérale des femmes s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, 390(10113), pages 2627 à 2642.

Anémie (femmes âgées de 15 ans à 49 ans) : cet indicateur montre l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les enfants. Les estimations nationales pour l'anémie s'appuient sur les données de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS (2017). In : Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Genève, Suisse. [Consulté le 1^{er} août 2019] <http://apps.who.int/gho/data/node.imr.PREANEMIA?lang=en> ;

les données sur l'obésité des adultes proviennent de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS (2017).

Sel iodé : la définition de l'indicateur présenté dans ce rapport a changé par rapport aux versions précédentes où il s'agissait de la consommation de sel suffisamment iodé par les ménages. Il porte à présent sur tout type de sel iodé. Ainsi, les estimations de prévalences moyennes mondiales et régionales ne peuvent pas être comparées aux moyennes publiées dans les précédentes éditions de *La Situation des enfants dans le monde*.

TABLEAU 9. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

La petite enfance, la période qui s'étend jusqu'à l'âge de 8 ans, est essentielle pour le développement cognitif, social, émotionnel et physique. Pour son développement optimal, le cerveau a besoin d'un environnement stimulant, de nutriments adaptés et d'interactions sociales avec des personnes qui ont la charge d'enfants. Le tableau consacré au développement de la petite enfance présente des données liées à certains indicateurs spécifiques et des données comparables et représentatives au plan national sur la qualité des soins au domicile, l'accès à du matériel d'apprentissage au domicile, et à l'accès à des soins et à des programmes éducatifs du jeune enfant. L'interprétation des informations contenues dans ce tableau est optimale lorsqu'elles sont associées à des données relatives à d'autres domaines essentiels au développement du jeune enfant, comme la nutrition et la protection.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte : les données de cet indicateur issu des EDS ont été recalculées à l'aide de la méthodologie des MICS pour que l'on puisse les comparer. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux des EDS.

Enfant bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père : les données issues des troisième et quatrième séries des MICS (MICS3 et MICS4) correspondent à l'implication des pères dans une ou plusieurs activités destinées à promouvoir l'apprentissage et la préparation à la scolarité, tandis que la définition a été modifiée pour la cinquième série (MICS5) afin que l'indicateur porte sur l'implication des pères dans quatre activités au moins. C'est pourquoi les estimations du soutien du père à l'apprentissage dans les MICS3 et MICS4 sont inférieures à celles qui s'appuient sur les résultats à partir de la MICS5. Les données de cet indicateur issu des EDS ont été recalculées à l'aide de la méthodologie des MICS pour que l'on puisse les comparer. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux des EDS.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets : la définition de cet indicateur a été modifiée entre la troisième et la quatrième série des MICS (MICS3 et MICS4). Pour permettre la comparaison avec la MICS4 et les séries ultérieures, les données de la MICS3 ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur de la MICS4. Par conséquent, les données recalculées présentées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux de la MICS3.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate : cet indicateur s'appelait auparavant « Enfants ne bénéficiant pas de soins adéquats », mais il a été renommé pour refléter plus précisément la nature du concept sous-jacent.

TABLEAU 10 : ÉDUCATION

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs sur les aspects suivants de l'éducation des enfants : équité d'accès, achèvement de la scolarité et résultats de l'apprentissage.

Les indicateurs sur l'achèvement de la scolarité correspondent notamment au nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de chaque cycle d'éducation et ayant achevé cette année. Le taux d'achèvement indique le nombre d'enfant d'âge scolaire d'un groupe d'âge donné qui ont terminé le cycle d'éducation concerné. Le choix d'un groupe d'âge légèrement supérieur au groupe d'âge théorique pour terminer chaque cycle d'éducation permet de mesurer le nombre d'enfants et d'adolescents qui commencent leur scolarité plus ou moins à l'âge requis et qui progressent dans le système éducatif sans retard excessif.

Ce tableau intègre également un ensemble d'indicateurs de suivi des résultats d'apprentissage équitables, qui constituent une cible (4.1) de l'objectif de développement durable 4. Les normes d'aptitude minimales correspondent aux connaissances de base dans un domaine (par ex., les mathématiques et la lecture) mesurées à l'aide de l'évaluation des apprentissages. L'indicateur reprend les données publiées par les gouvernements nationaux ainsi que par les organismes et organisations spécialisés dans l'évaluation transnationale des apprentissages.

Vous trouverez des informations détaillées sur les indicateurs qui figurent dans ce tableau dans le document de l'Institut de statistique de l'UNESCO de juillet 2017 : *Métadonnées relatives aux indicateurs mondiaux et thématiques pour le suivi et l'examen de l'ODD 4 et de l'Éducation 2030*.

TABLEAU 11. PROTECTION DE L'ENFANT

La protection de l'enfant porte sur la prévention de la violence, de l'exploitation et des abus dont les enfants sont victimes dans tous les contextes ainsi que sur la lutte contre ces phénomènes. La protection de l'enfant subit différentes formes de violation, mais l'absence de données pouvant être comparées limite les possibilités d'informations sur le champ entier. Le tableau relatif à la protection de l'enfant présente donc les données sur quelques problèmes pour lesquels des données comparables et représentatives à l'échelle nationale sont disponibles. Cela comprend deux manifestations de pratiques traditionnelles nuisibles, certaines formes de violence et d'exploitation ainsi que l'enregistrement officiel des naissances.

Enregistrement des naissances : la définition de l'enregistrement des naissances a été modifiée entre les deuxième et troisième séries des MICS (MICS2 et MICS3) et la quatrième (MICS4). Pour permettre la comparaison avec les séries ultérieures, les données des séries MICS2 et MICS3 sur l'enregistrement des naissances ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur des MICS4. Les données recalculées présentées ici peuvent donc différer des estimations figurant dans les rapports nationaux des MICS2 et MICS3.

Travail des enfants : cet indicateur a été remplacé par celui utilisé dans les rapports sur les ODD sur l'indicateur 8.7.1 qui correspond à la proportion d'enfants s'étant livrés à des activités économiques et/ou à des tâches ménagères à partir de seuils horaires spécifiques en fonction de leur âge (sur la base du domaine de la production générale) :

Travail des enfants pour la tranche d'âge de 5 à 11 ans : enfants qui se livrent à une activité économique pendant au moins une heure ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine ;

Travail des enfants pour la tranche d'âge de 12 à 14 ans : enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine ; Travail des enfants pour la tranche d'âge de 15 à 17 ans : enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures. Aucun seuil horaire de tâches ménagères n'est défini pour la tranche d'âge de 15 à 17 ans.

Les estimations nationales réunies et présentées dans la base de données mondiale des ODD et reproduites dans *La Situation des enfants dans le monde* ont été de nouveau analysées par l'UNICEF et l'OIT selon les définitions et critères décrits ci-dessus. Cela signifie que les données nationales peuvent différer de celles qui ont été publiées dans les rapports d'enquêtes nationales.

Mariage des enfants : bien que la pratique soit plus répandue chez les filles, le mariage pendant l'enfance est une violation des droits des deux sexes. C'est pourquoi la prévalence du mariage d'enfants est indiquée pour les garçons et les filles. Pour les garçons, seul le mariage avant l'âge de 18 ans est indiqué, étant donné que le mariage avant 15 ans est extrêmement rare. Pour les filles, l'agrégat total représente la moyenne de la prévalence dans chaque région pondérée en fonction de la population. Pour obtenir plus d'informations sur les critères et hypothèses spécifiques utilisés pour ces calculs, veuillez consulter *Child Marriage: Latest trends and future prospects* (Mariage d'enfants : dernières tendances et perspectives), UNICEF, New York, 2018.

Mutilations génitales féminines (MGF) : les données sur la prévalence des MGF chez les jeunes filles âgées de 0 à 14 ans ont été recalculées pour des raisons techniques et peuvent différer de celles présentées dans les rapports nationaux originaux des EDS et des MICS. À partir de la présente édition de *La Situation des enfants dans le monde*, les attitudes par rapport à cette pratique sont exprimées par la part de la population qui est opposée aux MGF (et non pas celle qui les soutient). Ce chiffre est maintenant présenté pour les hommes et pour les femmes. Les estimations régionales sur la prévalence des MGF et les attitudes envers la pratique sont fondées sur les données provenant uniquement des pays où ces pratiques existent et pour lesquels des données représentatives au niveau national sont disponibles. Elles reflètent donc la situation dans les pays de la région concernés, et non pas celle de la région dans son ensemble, puisqu'il existe des pays qui ne pratiquent pas les MGF dans chaque région.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents : à partir de la présente édition de *La Situation des enfants dans le monde*, le groupe d'âge utilisé pour cet indicateur a été modifié. Les estimations concernent désormais les adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Discipline imposée par la violence : les estimations figurant dans les publications de l'UNICEF et les rapports de pays issus des MICS antérieurs à 2010 étaient calculées en s'appuyant sur des pondérations au niveau du ménage qui ne prenaient pas en compte les enfants sélectionnés à l'étape finale pour l'administration du module sur la discipline imposée aux enfants des MICS (un enfant âgé de 2 à 14 ans est choisi au hasard à des fins d'administration du module sur la discipline imposée aux enfants). En janvier 2010, il a été établi que les estimations étaient plus précises quand on se fondait sur une pondération au niveau du ménage prenant en compte cette sélection. Les données de la MICS 3 ont été recalculées selon cette méthode. Par ailleurs, le groupe d'âge de référence pour cet indicateur a été révisé à compter de la MICS5 pour inclure les enfants âgés de 1 à 14 ans. C'est pourquoi les estimations des MICS3 et MICS4 ne sont pas directement comparables étant donné qu'elles portent sur les enfants âgés de 2 à 14 ans.

TABLEAU 12. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Ce tableau fournit des informations sur la couverture de la protection sociale et l'amplitude des inégalités de revenus, deux éléments qui affectent les conditions de vie des enfants. Les indicateurs de protection sociale sont les suivants : Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces, Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale et Répartition des prestations de protection sociale (1^{er} quintile, 5^e quintile, 40 % les plus pauvres). Alors que les deux premiers indicateurs illustrent la couverture de la protection sociale, le troisième reflète l'incidence et la distribution selon les quintiles. Le tableau offre une vue d'ensemble de la protection sociale à laquelle les ménages, et notamment les enfants, ont accès dans chaque pays.

Les indicateurs d'inégalité sont les suivants : Part du revenu des ménages (1^{er} quintile, 5^e quintile, 40 % les plus pauvres), coefficient de Gini, indice de Palma et PIB par habitant. Le premier indicateur montre la part du revenu national gagné par chaque quintile dans un pays. Il illustre la structure de la distribution des revenus par pays, tandis que le coefficient de Gini exprime l'étendue des inégalités et l'écart par rapport à une distribution parfaitement égale des revenus. À l'inverse, l'indice de Palma porte sur la différence de revenus entre les 10 % d'habitants les plus riches et les 40 % les plus pauvres d'une population. Cet indicateur est plus sensible aux extrémités de la distribution et aux inégalités extrêmes. L'évolution des inégalités de revenus étant principalement entraînée par les variations de revenus des 10 % les plus riches et des 40 % les plus pauvres, l'indice de Palma fournit des informations sur les modifications de la distribution des inégalités de revenus. Le PIB par habitant complète ces indicateurs, car il mesure le niveau de vie moyen de chaque pays.

Les données des indicateurs de protection sociale et d'équité sont recueillies chaque année et sont issues des *Indicateurs du développement dans le monde* et de *l'Atlas de la protection sociale – Indicateurs de résilience et d'équité* de la Banque mondiale ainsi que du *Rapport mondial sur la protection sociale* de l'OIT.

TABLEAU 13. EAH

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs liés à l'accès à des services de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène dans les ménages, les écoles et les établissements de santé. Les estimations de la couverture en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène figurant dans le présent rapport proviennent du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Des informations complètes sur les définitions des indicateurs du JMP, ainsi que sur les sources de données et les méthodes utilisées pour produire des estimations nationales, régionales et mondiales sont disponibles à l'adresse <www.washdata.org>. De nouvelles estimations sont publiées tous les deux ans ; elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

TABLEAU 14. ADOLESCENTS

Le tableau relatif aux adolescents présente une sélection d'indicateurs sur le bien-être des adolescents dans différents aspects de leur vie : santé, protection, enseignement et apprentissage et transition vers la vie active. Si le thème du bien-être adolescent est vaste et qu'il ne saurait être présenté de façon exhaustive à l'aide de quelques indicateurs, les données du tableau 14 servent d'illustration et complètent les indicateurs pertinents sur les adolescents qui sont présents dans d'autres tableaux statistiques de la présente publication. Les indicateurs sont issus de l'Adolescent Country Tracker (outil de suivi des adolescents dans les pays), un cadre multipartite fondé sur les objectifs de développement durable et mis au point pour suivre le bien-être des adolescents de différents pays dans le temps.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation et chômage : les données sur la capacité des adolescents à entrer efficacement dans la vie active, c'est-à-dire le nombre de jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation et le taux de chômage des adolescents âgés de 15 à 19 ans, sont fournies par l'Organisation internationale du Travail (OIT). Les métadonnées et des remarques supplémentaires sur l'interprétation de ces indicateurs sont disponibles dans la section « Metadata » du site <ilo.org/ilostat>.

TABLEAU 15. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Ce tableau présente une vue d'ensemble macroéconomique du contexte qui affecte le bien-être et le développement des enfants. Les indicateurs qui figurent dans le tableau ont deux objectifs descriptifs : ils montrent la marge de manœuvre budgétaire des gouvernements pour le financement des programmes de protection sociale, à l'image des *Recettes publiques* et des *Flux en faveur de l'Aide publique au développement (APD)* ; et ils présentent les allocations budgétaires gouvernementales dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la protection sociale et l'aide internationale pour les pays membres du CAD. Les dépenses publiques sont exprimées en proportion du PIB et de l'ensemble du budget public de chaque pays. Cette distinction souligne l'importance et la taille relatives de chaque secteur en matière de politique sociale. Une distinction comparable est effectuée pour l'ADP entre les apports/sorties en millions de dollars É.-U. et les apports/sorties par rapport au revenu national brut de chaque pays.

Les données des indicateurs économiques sont recueillies chaque année et sont extraites des *Indicateurs du développement dans le monde* de la Banque mondiale, à l'exception de l'APD (apports et sorties). Les données pour cet indicateur proviennent de l'OCDE. En raison de la faible couverture des données, les dépenses publiques consacrées à la protection sociale en pourcentage du budget de l'État sont calculées par les auteurs. Elles représentent le ratio entre les dépenses publiques consacrées à la protection sociale en pourcentage du PIB et les recettes publiques en pourcentage du PIB.

TABLEAU 16. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Ce tableau a été ajouté en 2019 en raison des effets bénéfiques de l'émancipation économique des femmes sur le bien-être des enfants ainsi que pour souligner l'importance intrinsèque de l'émancipation économique des femmes, telle qu'elle est exprimée dans l'objectif de développement durable 5 : parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Indice Institutions sociales et égalité hommes-femmes (ISE)

l'indice ISE, un indicateur composite de la discrimination entre les sexes dans les institutions sociales produit par l'Organisation de coopération et de développement économiques, s'appuie sur des données qualitatives et quantitatives provenant d'informations sur des lois, les attitudes et les pratiques formelles et informelles. Les lois, les attitudes et les pratiques discriminatoires ont des effets sur la vie des femmes et des filles. Elles limitent leur capacité à accumuler du capital humain, social et productif, à agir et à exprimer leur opinion dans les décisions qui affectent leur bien-être.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques

l'égalité des sexes et la non-discrimination fondée sur le sexe sont des principes de base du cadre politique et juridique international, y compris de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et du Programme d'action de Beijing. Le retrait de lois discriminatoires et la mise en place de cadres juridiques qui permettent à l'égalité des sexes de progresser dans l'emploi et ont des retombées économiques sont des prérequis pour favoriser le travail rémunéré des femmes et des conditions de travail décentes, ce qui permettra leur émancipation économique. Le terme « cadres juridiques » est défini de façon large pour intégrer les lois, les mécanismes et les politiques/plans destinés à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres. Les données tirées de cet indicateur 5.1.1 des ODD proviennent d'une évaluation des cadres juridiques des pays, réalisée par les bureaux de statistiques nationaux, les mécanismes nationaux pour les femmes et des professionnels/chercheurs du secteur juridique dont les travaux portent sur l'égalité des sexes.

Prestations de congé de maternité/paternité

les prestations de congé parental sont fondamentales pour favoriser la santé et le bien-être des enfants ainsi que l'émancipation économique des femmes, y compris la survie et le développement sain des nourrissons et l'augmentation de la participation à la population active et des revenus des femmes.

La Convention no 183 de l'OIT prévoit un droit à 14 semaines de congé de maternité rémunéré pour les femmes à qui elle s'applique. Bien qu'aucune norme précise de l'OIT n'existe pour le congé de paternité, celui-ci permet aux pères qui travaillent d'être plus impliqués dans les soins à leurs enfants et dans le partage des responsabilités du ménage. Il est toutefois important de noter que, même dans les pays où le congé parental est inscrit dans la loi, tous les travailleurs n'y ont pas accès, notamment les employés à temps partiel ou ceux de l'économie informelle.

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide

de méthodes modernes : l'accès à des moyens efficaces de prévention de la grossesse et leur utilisation permettent aux femmes et à leurs partenaires d'exercer leur droit à décider librement et de façon responsable du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances. Conformément aux mesures de l'indicateur 3.7.1 des ODD, les méthodes modernes de contraception sont les suivantes : la stérilisation féminine et masculine, les dispositifs intra-utérins (DIU), les implants, les contraceptifs injectables, les pilules contraceptives orales, les préservatifs masculins et féminins, les méthodes de barrière vaginale (y compris le diaphragme, la cape cervicale et la mousse, le gel, la crème ou l'éponge spermicides), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes qui ne font pas l'objet d'une évaluation distincte (par exemple, les patchs contraceptifs ou les anneaux vaginaux). Pour favoriser les comparaisons d'un pays à l'autre, seules les informations relatives aux femmes mariées ou vivant maritalement sont communiquées, étant donné que tous les pays ne collectent pas ces informations pour toutes les femmes, indépendamment de leur situation matrimoniale.

Achèvement de la scolarité : si l'éducation primaire fournit aux enfants un socle pour l'apprentissage tout au long de la vie, l'éducation secondaire leur dote des connaissances et des compétences nécessaires pour devenir des adultes économiquement émancipés. Comparées aux filles qui ont uniquement reçu une éducation primaire, les filles qui ont suivi une éducation secondaire sont moins exposées aux risques de mariage d'enfants et de grossesse adolescente. En outre, alors que les femmes ayant bénéficié d'un enseignement primaire gagnent à peine plus que les femmes n'ayant reçu aucune éducation, celles qui ont atteint le secondaire gagnent deux fois plus, en moyenne, que celles qui n'ont pas été à l'école [voir Wodon et al (2018), « *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls* » (Occasions ratées : l'absence d'éducation des filles a un coût élevé), *The Cost of Not Educating Girls Notes Series* (Série de notes sur le coût de l'absence d'éducation des filles). Banque mondiale, Washington DC].

Taux d'activité et taux de chômage : l'égalité d'accès au marché du travail est essentielle à l'émancipation économique des femmes. Le taux d'activité est le nombre de personnes qui composent la population active exprimé en pourcentage de la population en âge de travailler (généralement les personnes âgées de 15 ans et plus) au cours de la même période de référence. Le taux de chômage est le pourcentage de personnes (généralement âgées de 15 ans et plus) au sein de la population active qui sont sans emploi, ce qui indique l'incapacité d'une économie à créer des emplois pour ceux

qui souhaitent travailler, mais n'y parviennent pas en dépit de leur disponibilité et de leur recherche active. Les informations sur le taux de chômage par sexe soulignent la plus grande difficulté que rencontrent souvent les femmes lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail et qui peut être directement ou indirectement liée aux normes de genre d'un pays.

Possession d'un téléphone portable : le fait de détenir un téléphone mobile donne accès à l'information, à des services financiers, à des offres d'emploi et aux réseaux sociaux. Cela constitue ainsi un atout important pour favoriser l'émancipation économique des femmes, telle que l'envisage l'objectif 5 du Programme 2030. Conformément aux mesures de l'indicateur 5.b.1 des ODD, une personne possède un téléphone mobile cellulaire lorsqu'elle dispose d'un téléphone cellulaire doté d'au moins une carte SIM active pour son utilisation personnelle. Les téléphones cellulaires fournis par des employeurs et qui peuvent être utilisés pour des motifs personnels (pour réaliser des appels personnels, accéder à Internet, etc.) sont inclus. Les personnes qui détiennent uniquement une ou plusieurs cartes SIM actives, mais pas de téléphone mobile, sont exclues. Les personnes qui disposent d'un téléphone mobile pour leur utilisation personnelle, qui n'est pas enregistré à leur nom sont également incluses. Une carte SIM active est une carte SIM qui a été utilisée au cours des trois mois précédents.

Inclusion financière : l'évaluation de l'accès des femmes aux services financiers, comme l'épargne, l'assurance, les moyens de paiement, le crédit et les transferts de fonds, est essentielle pour comprendre leur émancipation économique. L'accès à des services financiers peut également augmenter le pouvoir de négociation des femmes au sein du ménage, ce qui peut avoir des effets bénéfiques sur le bien-être des enfants. Conformément aux mesures de l'indicateur 8.10.2 des ODD, les personnes possédant un compte dans une institution financière sont les personnes interrogées qui ont indiqué disposer d'un compte dans une banque ou un autre type d'institution financière, comme une coopérative de crédit, une institution de microfinance, une coopérative ou les services postaux (le cas échéant), ou d'une carte de paiement à leur nom. Par ailleurs, ce chiffre inclut les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents ; avoir payé des factures de services aux collectivités ou des frais de scolarité à partir d'un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents ; ou avoir reçu des salaires ou des versements gouvernementaux sur une carte au cours des 12 mois précédents. Les chiffres concernant les services bancaires par téléphonie mobile incluent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé les services du programme « Money for the Unbanked » (MMU, argent mobile pour les personnes qui n'ont pas accès aux services bancaires) de la GSM Association (GSMA) au cours des 12 mois précédents pour payer des factures ou pour envoyer ou recevoir de l'argent. En outre, ils intègrent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un téléphone mobile au cours des 12 mois précédents.

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et mortalité des enfants de moins de 5 ans par pays en 2018

Tableau ordonné selon le nombre de décès non arrondi. Les limites inférieure et supérieure se réfèrent aux limites inférieure et supérieure des intervalles de confiance à 90 %.

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2018			Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2018		
		Médian	Limite inférieure	Limite supérieure			Médian	Limite inférieure	Limite supérieure
Inde	882	37	33	40	Maroc	15	22	17	29
Nigéria	866	120	97	151	Ouzbékistan	15	21	17	27
Pakistan	409	69	56	85	Turquie	14	11	9	12
République démocratique du Congo	296	88	59	129	Rwanda	13	35	21	59
Éthiopie	191	55	45	69	Fédération de Russie	13	7	6	8
Chine	146	9	8	10	Venezuela (République bolivarienne du)	13	25	21	29
Indonésie	121	25	22	29	Libéria	11	71	50	102
République-Unie de Tanzanie	107	53	41	69	Guatemala	11	26	21	34
Angola	94	77	36	144	Papouasie-Nouvelle-Guinée	11	48	38	60
Bangladesh	89	30	27	33	Mauritanie	11	76	40	143
Niger	83	84	56	125	Colombie	10	14	11	19
Soudan	80	60	46	79	Cambodge	10	28	15	50
Mozambique	79	73	53	104	Tadjikistan	10	35	24	51
Mali	75	98	81	117	Congo	9	50	31	83
Tchad	75	119	92	150	Pérou	8	14	11	19
Afghanistan	74	62	50	75	République démocratique populaire lao	8	47	36	61
Ouganda	74	46	37	59	Argentine	8	10	10	11
Somalie	73	122	65	233	République arabe syrienne	7	17	13	25
Côte d'Ivoire	70	81	66	99	Bolivie (État plurinational de)	7	27	21	34
Cameroun	66	76	60	96	Thaïlande	7	9	8	12
Philippines	63	28	22	36	République populaire démocratique de Corée	6	18	14	23
Kenya	60	41	31	55	Turkménistan	6	46	19	101
Burkina Faso	56	76	55	105	République dominicaine	6	29	21	41
Égypte	55	21	16	29	Guinée-Bissau	5	81	53	121
Yémen	47	55	35	84	Gambie	5	58	34	98
Madagascar	45	54	40	71	Équateur	5	14	13	15
Guinée	44	101	81	128	Lesotho	5	81	57	113
Myanmar	43	46	33	62	Érythrée	4	42	26	67
Brésil	42	14	13	17	Arabie saoudite	4	7	6	9
Ghana	41	48	40	58	Malaisie	4	8	7	8
Afrique du Sud	40	34	30	38	Kazakhstan	4	10	10	10
Soudan du Sud	38	99	44	186	Ukraine	4	9	8	10
Bénin	38	93	82	106	Azerbaïdjan	4	22	14	32
Zambie	36	58	44	76	Honduras	4	18	12	26
Viet Nam	33	21	17	25	Guinée équatoriale	4	85	51	134
Malawi	30	50	35	70	Jordanie	3	16	13	21
Iraq	29	27	21	34	Tunisie	3	17	16	18
Mexique	28	13	12	13	Royaume-Uni	3	4	4	5
Sierra Leone	26	105	85	128	France	3	4	4	4
États-Unis	25	7	6	7	Kirghizistan	3	19	18	20
Burundi	25	58	40	85	Gabon	3	45	29	69
Algérie	24	23	22	25	État de Palestine	3	20	15	28
Sénégal	23	44	34	57	Paraguay	3	20	11	38
Iran (République islamique d')	22	14	9	23	Allemagne	3	4	3	4
Zimbabwe	21	46	32	65	Namibie	3	40	25	65
République centrafricaine	19	116	70	192	Sri Lanka	3	7	6	9
Népal	18	32	25	41	Nicaragua	2	18	17	19
Togo	18	70	53	92	Japon	2	2	2	3
Haïti	17	65	51	84					

Environ 15 000 enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque jour

CHARGE DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LA MOINS ÉLEVÉE

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2018			Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2018		
		Médian	Limite inférieure	Limite supérieure			Médian	Limite inférieure	Limite supérieure
Botswana	2	36	16	73	Danemark	0	4	4	5
Canada	2	5	5	5	Irlande	0	4	3	5
Comores	2	67	34	142	Vanuatu	0	26	17	42
Chili	2	7	6	9	Macédoine du Nord	0	10	8	12
Timor-Leste	2	46	28	74	Cabo Verde	0	19	16	25
Pologne	2	4	4	5	Sao Tomé-et-Principe	0	31	20	49
Eswatini	2	54	35	82	Maurice	0	16	14	17
El Salvador	2	14	9	21	Suriname	0	19	9	40
Libye	2	12	8	18	Qatar	0	7	6	8
Italie	1	3	3	3	Croatie	0	5	4	5
Roumanie	1	7	6	9	Kiribati	0	53	32	86
Mongolie	1	16	10	25	Bosnie-Herzégovine	0	6	5	7
République de Corée	1	3	3	4	Bahreïn	0	7	6	9
Espagne	1	3	3	3	Norvège	0	3	2	3
Djibouti	1	59	37	94	Singapour	0	3	2	3
Panama	1	15	9	28	Lituanie	0	4	4	5
Australie	1	4	4	4	Belize	0	13	12	15
Oman	1	11	11	12	Finlande	0	2	2	2
Liban	1	7	4	14	Lettonie	0	4	3	5
Émirats arabes unis	1	8	7	9	Micronésie (États fédérés de)	0	31	13	75
Jamaïque	1	14	9	25	Samoa	0	16	11	22
Pays-Bas	1	4	4	4	Brunei Darussalam	0	12	10	13
République de Moldova	1	16	12	21	Maldives	0	9	7	11
Israël	1	4	4	4	Bahamas	0	10	8	13
Costa Rica	1	9	8	10	Îles Marshall	0	33	22	50
Cuba	1	5	4	6	Slovénie	0	2	2	3
Géorgie	1	10	8	12	Tonga	0	16	9	26
Arménie	1	12	9	16	Barbade	0	12	9	17
Fidji	0	26	24	28	Estonie	0	3	2	3
Guyana	0	30	19	48	Sainte-Lucie	0	17	13	22
Serbie	0	6	5	6	Dominique	0	36	28	46
Koweït	0	8	7	9	Chypre	0	2	2	3
Belgique	0	4	3	4	Malte	0	7	6	9
Bulgarie	0	7	7	8	Grenade	0	15	13	19
Îles Salomon	0	20	14	29	Saint-Vincent-et-les Grenadines	0	16	13	20
Hongrie	0	4	4	5	Seychelles	0	14	11	18
Bélarus	0	3	3	4	Monténégro	0	3	2	3
Bhoutan	0	30	19	44	Luxembourg	0	2	2	3
Tchéquie	0	3	3	4	Antigua-et-Barbuda	0	6	5	9
Grèce	0	4	4	5	Nauru	0	32	18	55
Uruguay	0	8	7	8	Islande	0	2	2	3
Suisse	0	4	4	5	Saint-Kitts-et-Nevis	0	12	9	16
Nouvelle-Zélande	0	6	5	7	Tuvalu	0	24	14	44
Trinité-et-Tobago	0	18	8	43	Palaos	0	18	10	34
Suède	0	3	3	3	Andorre	0	3	2	5
Slovaquie	0	6	5	6	Îles Cook	0	8	5	13
Autriche	0	4	3	4	Monaco	0	3	2	5
Portugal	0	4	4	4	Niue	0	24	10	56
Albanie	0	9	8	9	Saint-Marin	0	2	1	4

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2018			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2018	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2018	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2018			Taux de popu- lation urbaine (%) 2018	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habi- tants) 2015–2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000–2018	2018–2030 ^a			1970	2000	2018	Total	Enfants	Per- sonnes âgées		2000–2018	2018–2030 ^a	
Afghanistan	37 172	18 745	5 601	3,2	2,1	1 207	4,5	37	56	64	84	79	5	25	4,0	3,4	-1,7
Afrique du Sud	57 793	19 702	5 796	1,4	1,1	1 184	2,4	53	56	64	52	44	8	66	2,2	1,8	2,5
Albanie	2 883	635	173	-0,5	-0,3	34	1,6	67	74	78	46	26	20	60	1,6	0,9	-4,9
Algérie	42 228	14 416	4 951	1,7	1,5	1 023	3,0	50	71	77	58	47	10	73	2,8	2,1	-0,2
Allemagne	83 124	13 774	3 869	0,1	0,0	779	1,6	71	78	81	54	21	33	77	0,3	0,2	6,6
Andorre	77	–	–	0,9	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	88	0,6	0,1	–
Angola	30 810	16 457	5 553	3,5	3,1	1 257	5,5	41	47	61	96	92	4	66	5,0	4,0	0,2
Anguilla	15	–	–	1,5	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	100	1,5	0,6	–
Antigua-et-Barbuda	96	26	7	1,3	0,7	1	2,0	66	74	77	45	32	13	25	-0,2	0,8	0,0
Arabie saoudite	33 703	9 799	3 007	2,7	1,3	598	2,3	53	73	75	40	35	5	84	3,0	1,5	4,1
Argentine	44 361	13 103	3 748	1,0	0,8	755	2,3	66	74	77	56	39	17	92	1,2	1,0	0,1
Arménie	2 952	710	211	-0,2	0,0	41	1,8	70	71	75	47	30	17	63	-0,3	0,4	-1,7
Australie	24 898	5 664	1 627	1,5	1,0	318	1,8	71	80	83	53	29	24	86	1,6	1,2	6,4
Autriche	8 891	1 539	434	0,5	0,3	88	1,5	70	78	81	50	21	28	58	0,4	0,8	7,4
Azerbaïdjan	9 950	2 708	872	1,1	0,6	167	2,1	63	67	73	42	33	9	56	1,6	1,4	0,1
Bahamas	386	106	26	1,4	0,8	5	1,8	66	72	74	42	32	10	83	1,5	1,0	2,6
Bahreïn	1 569	353	108	4,8	2,1	22	2,0	63	74	77	28	25	3	89	4,8	2,2	31,1
Bangladesh	161 377	54 163	14 517	1,3	0,9	2 935	2,0	47	65	72	49	41	8	37	3,7	2,7	-2,3
Barbade	287	61	15	0,3	0,1	3	1,6	69	77	79	50	26	24	31	-0,2	0,5	-0,3
Bélarus	9 453	1 855	566	-0,2	-0,2	111	1,7	71	67	75	46	25	22	79	0,4	0,3	0,9
Belgique	11 482	2 336	637	0,6	0,3	125	1,7	71	78	81	56	27	29	98	0,7	0,3	4,2
Belize	383	140	39	2,4	1,7	8	2,3	66	69	74	54	47	7	46	2,5	2,2	3,2
Bénin	11 485	5 631	1 842	2,9	2,6	417	4,8	42	55	61	84	78	6	47	4,0	3,7	-0,2
Bhoutan	754	237	63	1,4	0,9	13	2,0	40	61	71	47	38	9	41	4,0	2,4	0,4
Bolivie (État plurinational de)	11 353	4 209	1 192	1,7	1,3	247	2,7	46	62	71	62	50	12	69	2,3	1,8	-0,8
Bosnie-Herzégovine	3 324	593	142	-0,7	-0,5	27	1,3	66	74	77	45	21	24	48	0,0	0,4	-6,4
Botswana	2 254	901	272	1,8	1,7	56	2,9	54	51	69	62	55	7	69	3,2	2,6	1,3
Brésil	209 469	54 592	14 654	1,0	0,6	2 915	1,7	59	70	76	43	31	13	87	1,4	0,8	0,1
Brunei Darussalam	429	119	34	1,4	0,8	6	1,8	63	73	76	39	32	7	78	1,9	1,1	0,0
Bulgarie	7 052	1 212	313	-0,7	-0,8	63	1,6	71	72	75	55	23	33	75	-0,2	-0,4	-0,7
Burkina Faso	19 751	10 220	3 345	3,0	2,7	751	5,2	39	50	61	90	85	5	29	5,7	4,7	-1,3
Burundi	11 175	5 789	1 984	3,1	2,9	437	5,4	44	49	61	91	87	4	13	5,7	5,4	0,2
Cabo Verde	544	186	53	1,3	1,0	11	2,3	53	69	73	50	43	7	66	2,5	1,6	-2,5
Cambodge	16 250	5 944	1 774	1,6	1,2	365	2,5	42	58	70	56	49	7	23	2,9	3,0	-1,9
Cameroun	25 216	12 415	4 003	2,7	2,4	893	4,6	47	51	59	83	78	5	56	3,9	3,4	-0,2
Canada	37 075	7 060	1 954	1,1	0,8	386	1,5	73	79	82	49	24	26	81	1,2	1,0	6,6
Chili	18 729	4 450	1 203	1,1	0,3	231	1,6	62	76	80	46	29	17	88	1,2	0,4	6,0
Chine	1 427 648	304 793	85 912	0,6	0,2	16 824	1,7	59	71	77	40	25	15	59	3,3	1,7	-0,2
Chypre	1 189	243	65	1,3	0,6	12	1,3	73	78	81	44	24	20	67	1,1	0,7	4,2
Colombie	49 661	14 032	3 730	1,3	0,6	736	1,8	62	73	77	46	34	12	81	1,7	1,0	4,2
Comores	832	382	122	2,4	2,0	27	4,2	46	59	64	74	69	5	29	2,6	3,0	-2,4
Congo	5 244	2 522	805	2,9	2,4	173	4,4	51	52	64	80	75	5	67	3,6	3,1	-0,8
Costa Rica	4 999	1 287	354	1,3	0,7	70	1,8	66	77	80	45	31	14	79	2,9	1,4	0,8
Côte d'Ivoire	25 069	12 228	3 973	2,3	2,5	898	4,6	44	50	57	81	76	5	51	3,2	3,4	-0,3
Croatie	4 156	723	189	-0,4	-0,6	37	1,4	68	75	78	54	22	31	57	0,0	0,1	-1,9
Cuba	11 338	2 233	608	0,1	-0,1	115	1,6	70	77	79	46	24	22	77	0,2	0,0	-1,3
Danemark	5 752	1 149	293	0,4	0,4	61	1,8	73	77	81	57	26	31	88	0,6	0,5	2,6
Djibouti	959	338	101	1,6	1,3	21	2,7	49	57	67	52	45	7	78	1,7	1,5	0,9
Dominique	72	–	–	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	70	0,6	0,6	–
Égypte	98 424	38 430	12 972	2,0	1,7	2 591	3,3	52	69	72	64	55	9	43	2,0	2,1	-0,4
El Salvador	6 421	2 107	578	0,5	0,5	117	2,0	55	69	73	55	42	13	72	1,6	1,2	-6,3
Émirats arabes unis	9 631	1 637	503	6,2	0,8	100	1,4	61	74	78	19	17	1	87	6,7	1,1	4,2
Équateur	17 084	5 724	1 653	1,7	1,2	336	2,4	58	73	77	54	43	11	64	2,0	1,6	2,2
Érythrée	3 453	1 659	483	2,3	1,7	105	4,1	43	55	66	86	78	8	40	4,6	3,2	-11,6
Espagne	46 693	8 162	2 025	0,7	-0,1	394	1,3	72	79	83	52	22	29	80	1,0	0,2	0,9
Estonie	1 323	253	68	-0,3	-0,3	14	1,6	70	70	79	56	26	31	69	-0,4	0,0	3,0
Eswatini	1 136	510	143	0,7	1,1	30	3,0	48	47	59	73	66	7	24	0,9	2,0	-7,4
État de Palestine	4 863	2 202	690	2,3	2,2	143	3,6	56	71	74	73	67	5	76	2,6	2,6	-2,2
États-Unis	327 096	73 857	19 512	0,8	0,6	3 912	1,8	71	77	79	53	29	24	82	1,1	0,8	2,9
Éthiopie	109 224	52 244	16 339	2,8	2,4	3 537	4,2	43	52	66	79	73	6	21	4,7	4,5	0,3
Fédération de Russie	145 734	30 223	9 497	0,0	-0,1	1 842	1,8	69	65	72	48	27	22	74	0,1	0,2	1,3
Fidji	883	305	91	0,5	0,7	19	2,8	62	66	67	54	45	8	56	1,4	1,6	-7,0

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2018			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2018	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2018	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2018			Taux de popula- tion urbaine (%) 2018	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habi- tants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2018	2018-2030 ^a			1970	2000	2018	Total	Enfants	Per- sonnes âgées		2000-2018	2018-2030 ^a	
Finlande	5 523	1 068	279	0,3	0,1	51	1,5	70	78	82	61	26	35	85	0,6	0,2	2,5
France	64 991	14 005	3 734	0,5	0,2	729	1,9	72	79	83	61	29	32	80	0,9	0,5	0,6
Gabon	2 119	898	311	3,0	2,2	67	4,0	47	58	66	68	62	6	89	3,7	2,5	1,6
Gambie	2 280	1 159	393	3,0	2,7	88	5,2	38	56	62	88	83	5	61	4,4	3,7	-1,4
Géorgie	4 003	922	279	-0,5	-0,3	54	2,1	67	70	74	53	30	23	59	0,1	0,4	-2,5
Ghana	29 767	13 045	4 104	2,4	2,0	876	3,9	49	57	64	69	63	5	56	3,8	3,0	-0,3
Grèce	10 522	1 796	427	-0,3	-0,5	81	1,3	71	79	82	56	22	34	79	0,2	-0,1	-1,5
Grenade	111	31	9	0,4	0,3	2	2,1	66	73	72	50	35	14	36	0,5	0,9	-1,8
Guatemala	17 248	7 106	2 049	2,2	1,7	424	2,9	53	68	74	65	57	8	51	2,8	2,6	-0,5
Guinée	12 414	6 331	2 020	2,3	2,6	453	4,7	37	51	61	88	82	5	36	3,2	3,8	-0,3
Guinée-Bissau	1 874	915	298	2,5	2,3	66	4,5	41	50	58	82	77	5	43	3,5	3,2	-0,8
Guinée équatoriale	1 309	556	191	4,3	3,0	44	4,5	40	53	58	65	61	4	72	6,4	3,6	12,4
Guyana	779	266	76	0,2	0,4	16	2,5	62	65	70	53	43	10	27	-0,2	1,0	-7,7
Haiti	11 123	4 385	1 269	1,5	1,1	271	2,9	46	57	64	62	54	8	55	4,0	2,5	-3,2
Honduras	9 588	3 670	1 003	2,1	1,5	207	2,5	53	71	75	57	50	7	57	3,4	2,5	-0,7
Hongrie	9 708	1 690	448	-0,3	-0,3	92	1,5	69	72	77	51	22	29	71	0,3	0,1	0,6
Îles Cook	18	-	-	-0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	75	0,7	0,3	-
Îles Marshall	58	-	-	0,8	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	77	1,4	1,3	-
Îles Salomon	653	304	101	2,5	2,3	21	4,4	56	67	73	78	72	6	24	4,8	4,0	-2,5
Îles Turques-et-Caïques	38	-	-	3,5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	93	4,0	1,4	-
Îles Vierges britanniques	30	-	-	2,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	48	2,9	1,4	-
Inde	1 352 642	441 501	116 379	1,4	0,9	24 164	2,2	48	63	69	50	41	9	34	2,5	2,3	-0,4
Indonésie	267 671	85 121	24 350	1,3	0,9	4 834	2,3	53	66	72	48	39	9	55	2,8	2,0	-0,4
Iran (République islamique d')	81 800	23 295	7 442	1,2	1,0	1 536	2,1	51	70	76	44	35	9	75	2,1	1,6	-0,7
Iraq	38 434	17 211	5 404	2,7	2,2	1 115	3,7	58	69	70	72	66	6	70	2,9	2,6	0,2
Irlande	4 819	1 212	329	1,3	0,7	62	1,8	71	77	82	54	33	21	63	1,7	1,2	4,9
Islande	337	79	21	1,0	0,6	4	1,8	74	80	83	53	30	23	94	1,1	0,6	1,1
Israël	8 382	2 733	846	1,9	1,5	170	3,0	72	79	83	66	46	20	92	2,0	1,6	1,2
Italie	60 627	9 797	2 442	0,4	-0,2	457	1,3	72	80	83	56	21	36	70	0,6	0,2	2,5
Jamaïque	2 935	845	236	0,6	0,3	47	2,0	68	74	74	48	35	13	56	1,0	1,0	-3,9
Japon	127 202	19 591	5 051	0,0	-0,4	947	1,4	72	81	84	67	21	46	92	0,8	-0,3	0,6
Jordanie	9 965	4 031	1 116	3,7	0,6	216	2,8	60	72	74	62	55	6	91	4,5	0,8	1,1
Kazakhstan	18 320	5 847	1 964	1,1	1,0	384	2,7	63	63	73	56	44	12	57	1,3	1,4	-1,0
Kenya	51 393	23 965	6 993	2,6	2,1	1 479	3,5	53	51	66	73	69	4	27	4,3	3,9	-0,2
Kirghizistan	6 304	2 335	788	1,4	1,4	155	3,0	60	66	71	58	51	7	36	1,5	2,4	-0,6
Kiribati	116	47	15	1,8	1,5	3	3,6	52	63	68	65	59	7	54	3,0	2,7	-6,9
Koweït	4 137	1 022	302	3,9	1,1	57	2,1	66	73	75	32	28	3	100	4,0	1,1	9,8
Lesotho	2 108	822	252	0,2	0,8	56	3,1	51	48	54	60	52	8	28	2,2	2,4	-4,8
Lettonie	1 928	360	107	-1,2	-1,0	21	1,7	70	70	75	56	25	31	68	-1,2	-0,7	-7,6
Liban	6 859	2 149	617	3,2	-0,8	117	2,1	66	75	79	49	39	10	89	3,4	-0,7	-4,5
Libéria	4 819	2 305	721	2,9	2,3	160	4,3	39	52	64	80	74	6	51	3,7	3,3	-1,0
Libye	6 679	2 223	642	1,2	1,1	126	2,2	56	71	73	49	42	7	80	1,5	1,4	-0,3
Liechtenstein	38	-	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0,4	1,0	-
Lituanie	2 801	495	149	-1,2	-1,0	29	1,7	71	71	76	53	23	30	68	-1,2	-0,6	-11,6
Luxembourg	604	116	33	1,8	1,1	6	1,4	70	78	82	43	23	20	91	2,2	1,3	16,3
Macédoine du Nord	2 083	418	116	0,1	-0,1	23	1,5	66	73	76	43	24	20	58	0,1	0,5	-0,5
Madagascar	26 262	12 455	3 934	2,8	2,5	860	4,1	45	58	67	77	72	5	37	4,6	4,2	-0,1
Malaisie	31 528	9 191	2 606	1,7	1,1	528	2,0	65	73	76	44	35	10	76	2,8	1,7	1,6
Malawi	18 143	9 228	2 835	2,7	2,6	621	4,2	40	45	64	87	82	5	17	3,5	4,4	-0,9
Maldives	516	120	37	3,4	0,1	7	1,9	44	70	79	31	26	5	40	5,4	1,1	22,8
Mali	19 078	10 368	3 460	3,1	2,9	795	5,9	32	48	59	100	95	5	42	5,3	4,5	-2,1
Malte	439	75	22	0,6	0,2	4	1,5	71	79	82	53	22	31	95	0,7	0,2	2,1
Maroc	36 029	11 581	3 433	1,2	1,1	682	2,4	53	69	76	52	41	11	62	2,1	1,8	-1,4
Maurice	1 267	283	66	0,4	0,0	13	1,4	63	71	75	41	25	16	41	0,1	0,3	0,0
Mauritanie	4 403	2 040	669	2,9	2,5	148	4,6	50	61	65	76	71	6	54	4,8	3,8	1,2
Mexique	126 191	40 251	11 139	1,4	0,9	2 220	2,1	61	74	75	51	40	11	80	1,7	1,3	-0,5
Micronésie (États fédérés de)	113	43	12	0,3	1,0	3	3,1	59	65	68	56	49	6	23	0,4	1,8	-5,4
Monaco	39	-	-	1,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,0	0,6	-
Mongolie	3 170	1 092	380	1,6	1,3	76	2,9	55	63	70	53	46	6	68	2,6	1,6	-0,3
Monténégro	628	138	37	0,1	0,0	7	1,7	70	73	77	50	27	22	67	0,9	0,4	-0,8
Montserrat	5	-	-	0,1	-0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	9	8,2	0,3	-
Mozambique	29 496	15 238	4 944	2,8	2,8	1 110	4,9	41	49	60	91	85	6	36	4,0	4,2	-0,2
Myanmar	53 708	17 238	4 518	0,8	0,7	943	2,2	49	60	67	47	39	9	31	1,5	1,8	-3,1

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2018			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2018	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2018	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2018			Taux de population urbaine (%) 2018	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015–2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000–2018	2018–2030 ^a			1970	2000	2018	Total	Enfants	Personnes âgées		2000–2018	2018–2030 ^a	
Namibie	2 448	1 049	332	1,7	1,7	70	3,4	53	52	63	68	62	6	50	4,1	3,3	-2,0
Nauru	11	–	–	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,2	0,2	–
Népal	28 096	10 483	2 719	0,9	1,4	563	1,9	41	62	70	57	48	9	20	3,0	3,5	1,5
Nicaragua	6 466	2 316	664	1,4	1,1	133	2,4	54	70	74	55	47	8	59	1,7	1,6	-3,3
Niger	22 443	12 732	4 503	3,8	3,7	1 037	6,9	36	50	62	111	105	5	16	3,9	4,7	0,2
Nigéria	195 875	98 709	32 917	2,6	2,5	7 433	5,4	41	46	54	87	82	5	50	4,7	3,8	-0,3
Niue	2	–	–	-0,9	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	45	0,8	1,5	–
Norvège	5 338	1 127	301	0,9	0,8	59	1,7	74	79	82	53	27	26	82	1,4	1,2	5,3
Nouvelle-Zélande	4 743	1 112	301	1,1	0,7	60	1,9	71	78	82	55	30	24	87	1,2	0,8	3,2
Oman	4 829	1 205	440	4,2	1,7	91	2,9	50	72	78	33	29	3	85	5,1	2,4	18,6
Ouganda	42 729	23 085	7 538	3,3	2,8	1 627	5,0	49	46	63	96	92	4	24	5,9	5,0	4,0
Ouzbékistan	32 476	10 824	3 407	1,5	1,2	696	2,4	62	67	72	49	43	7	50	2,0	1,4	-0,3
Pakistan	212 228	87 938	27 291	2,2	1,8	5 999	3,5	53	63	67	66	58	7	37	2,8	2,7	-1,1
Palao	18	–	–	-0,4	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	80	0,4	0,8	–
Panama	4 177	1 342	389	1,8	1,4	79	2,5	66	75	78	54	42	13	68	2,3	1,9	2,7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	8 606	3 629	1 084	2,1	1,8	233	3,6	46	59	64	65	59	6	13	2,1	3,0	-0,1
Paraguay	6 956	2 446	693	1,5	1,1	143	2,4	65	71	74	56	46	10	62	2,1	1,7	-2,4
Pays-Bas	17 060	3 362	873	0,4	0,2	172	1,7	74	78	82	55	25	30	91	1,4	0,5	0,9
Pérou	31 989	9 782	2 757	1,1	1,0	573	2,3	54	71	77	51	39	12	78	1,4	1,3	3,1
Philippines	106 651	39 276	11 035	1,7	1,2	2 191	2,6	63	69	71	56	48	8	47	1,8	1,9	-0,6
Pologne	37 922	6 745	1 843	-0,1	-0,2	371	1,4	70	74	79	48	22	26	60	-0,2	0,0	-0,8
Portugal	10 256	1 699	413	0,0	-0,3	80	1,3	67	77	82	55	21	34	65	1,0	0,5	-0,6
Qatar	2 782	440	134	8,6	1,5	26	1,9	68	77	80	18	16	2	99	8,8	1,5	14,7
République arabe syrienne	16 945	6 273	1 797	0,2	3,8	426	2,8	59	73	72	56	49	7	54	0,4	4,9	-24,1
République centrafricaine	4 666	2 418	727	1,4	2,0	166	4,7	42	44	53	89	84	5	41	1,9	3,2	-8,6
République de Corée	51 172	8 182	2 060	0,4	0,0	377	1,1	61	76	83	38	18	20	81	0,6	0,1	0,2
République de Moldova	4 052	765	210	-0,2	-0,3	41	1,3	65	67	72	38	22	16	43	-0,5	0,2	-0,3
République démocratique du Congo	84 068	44 282	15 185	3,2	3,0	3 468	5,9	44	50	60	97	91	6	44	4,5	4,2	0,3
République démocratique populaire lao	7 061	2 726	788	1,6	1,3	166	2,7	46	59	68	58	51	6	35	4,2	3,0	-2,1
République dominicaine	10 627	3 552	1 009	1,3	0,9	207	2,3	58	69	74	54	43	11	81	2,8	1,5	-2,8
République populaire démocratique de Corée	25 550	6 309	1 744	0,6	0,4	355	1,9	60	65	72	42	29	13	62	0,8	0,8	-0,2
République-Unie de Tanzanie	56 313	28 558	9 316	2,9	2,8	2 071	4,9	47	51	65	88	83	5	34	5,2	4,7	-0,7
Roumanie	19 506	3 626	930	-0,7	-0,5	189	1,6	68	70	76	51	23	28	54	-0,6	-0,1	-3,8
Royaume-Uni	67 142	14 042	3 977	0,7	0,4	775	1,8	72	78	81	56	28	29	83	1,1	0,7	3,9
Rwanda	12 302	5 710	1 801	2,4	2,3	391	4,0	45	49	69	75	70	5	17	3,2	3,4	-0,7
Sainte-Lucie	182	42	11	0,8	0,3	2	1,4	64	73	76	40	26	14	19	-1,4	1,0	0,0
Saint-Kitts-et-Nevis	52	–	–	1,0	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	31	0,6	1,0	–
Saint-Marin	34	–	–	1,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	97	1,4	0,3	–
Saint-Siège	1	–	–	0,1	-0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,1	-0,1	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	110	30	8	0,1	0,2	2	1,9	64	71	72	47	33	14	52	0,9	1,0	-1,8
Samoa	196	87	28	0,7	1,0	5	3,9	60	69	73	76	67	8	18	-0,4	0,5	-14,3
Sao Tomé-et-Principe	211	104	31	2,2	2,0	7	4,3	55	61	70	83	78	5	73	3,9	2,8	-8,0
Sénégal	15 854	7 853	2 557	2,7	2,6	548	4,6	39	58	68	86	80	6	47	3,5	3,6	-1,3
Serbie	8 803	1 691	422	-0,4	-0,5	83	1,5	68	72	76	52	24	28	56	-0,1	-0,1	0,5
Seychelles	97	27	8	1,0	0,5	2	2,4	66	71	73	45	34	11	57	1,7	1,2	-2,1
Sierra Leone	7 650	3 655	1 134	2,8	1,9	256	4,3	36	39	54	79	73	5	42	3,8	3,0	-0,6
Singapour	5 758	872	236	2,0	0,7	50	1,2	68	78	83	31	16	15	100	2,0	0,7	4,7
Slovaquie	5 453	1 000	282	0,1	-0,1	57	1,5	70	73	77	45	22	23	54	-0,2	0,2	0,3
Slovénie	2 078	366	104	0,2	-0,1	20	1,6	69	76	81	53	23	30	55	0,6	0,5	1,0
Somalie	15 008	8 056	2 673	2,9	2,9	629	6,1	41	51	57	98	92	6	45	4,6	4,1	-2,7
Soudan	41 802	19 758	6 158	2,4	2,3	1 347	4,4	52	58	65	79	72	6	35	2,7	3,5	-1,2
Soudan du Sud	10 976	5 316	1 702	3,2	1,9	387	4,7	36	49	58	83	76	6	20	4,1	3,7	-15,9
Sri Lanka	21 229	6 132	1 690	0,7	0,3	336	2,2	64	71	77	53	37	16	18	0,7	1,4	-4,6
Suède	9 972	2 067	591	0,6	0,5	119	1,9	74	80	83	60	28	32	87	0,9	0,8	4,0
Suisse	8 526	1 523	444	1,0	0,6	88	1,5	73	80	84	50	22	28	74	1,0	0,8	6,1
Suriname	576	187	53	1,1	0,8	11	2,4	63	68	72	52	41	10	66	1,1	1,0	-1,7
Tadjikistan	9 101	3 829	1 329	2,1	2,0	280	3,6	54	62	71	66	61	5	27	2,2	3,0	-2,2
Tchad	15 478	8 375	2 815	3,4	2,8	654	5,7	41	48	54	98	94	5	23	3,8	4,2	0,1
Tchéquie	10 666	1 943	545	0,2	0,1	110	1,6	70	75	79	54	24	30	74	0,2	0,3	2,1
Thaïlande	69 428	14 537	3 692	0,5	0,1	718	1,5	59	71	77	41	24	17	50	3,1	1,4	0,3

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (milliers) 2018			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (milliers) 2018	Taux global de fécondité (naissances vivantes par femme) 2018	Espérance de vie à la naissance (années)			Taux de dépendance économique (%) 2018			Taux de population urbaine (%) 2018	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2015-2020
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2018	2018-2030 ^a			1970	2000	2018	Total	Enfants	Personnes âgées		2000-2018	2018-2030 ^a	
Timor-Leste	1 268	571	169	2,0	1,8	37	4,0	40	59	69	73	65	7	31	3,3	3,0	-4,3
Togo	7 889	3 781	1 189	2,6	2,3	262	4,3	47	53	61	79	74	5	42	3,9	3,6	-0,3
Tokélaou	1	-	-	-0,9	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Tonga	103	43	12	0,3	0,9	3	3,6	64	70	71	71	60	10	23	0,3	1,2	-7,7
Trinité-et-Tobago	1 390	337	92	0,5	0,1	18	1,7	65	69	73	45	30	16	53	0,2	0,4	-0,6
Tunisie	11 565	3 266	1 036	1,0	0,8	203	2,2	51	73	77	48	36	12	69	1,4	1,3	-0,3
Turkménistan	5 851	2 092	696	1,4	1,2	139	2,8	58	64	68	54	48	7	52	2,1	2,2	-0,9
Turquie	82 340	24 377	6 749	1,5	0,7	1 313	2,1	52	70	77	50	37	13	75	2,3	1,2	3,5
Tuvalu	12	-	-	1,1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	62	2,8	2,1	-
Ukraine	44 246	8 152	2 250	-0,5	-0,7	421	1,4	71	67	72	48	23	24	69	-0,4	-0,4	0,2
Uruguay	3 449	860	239	0,2	0,3	48	2,0	69	75	78	55	32	23	95	0,4	0,4	-0,9
Vanuatu	293	131	40	2,5	2,2	9	3,8	54	67	70	74	68	6	25	3,4	2,9	0,4
Venezuela (République bolivarienne du)	28 887	9 527	2 545	1,0	1,3	524	2,3	65	72	72	54	43	11	88	1,0	1,3	-22,3
Viet Nam	95 546	26 017	7 831	1,0	0,7	1 598	2,0	60	73	75	44	33	10	36	3,1	2,5	-0,8
Yémen	28 499	13 183	4 084	2,7	2,0	868	3,8	37	61	66	74	69	5	37	4,6	3,6	-1,1
Zambie	17 352	9 033	2 869	2,8	2,8	629	4,6	50	44	64	89	85	4	44	4,1	4,1	-0,5
Zimbabwe	14 439	7 082	2 196	1,1	1,6	443	3,6	57	45	61	83	78	5	32	0,8	2,2	-8,2

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	2 363 341	558 204	156 967	0,7	0,4	30 995	1,8	59	71	76	44	28	15	59	2,7	1,5	-0,2
Europe et Asie centrale	918 905	195 798	55 923	0,4	0,1	10 973	1,8	68	72	78	52	27	25	72	0,6	0,5	1,7
Europe de l'Est et Asie centrale	423 215	103 675	31 140	0,4	0,2	6 107	2,0	64	66	73	49	31	18	67	0,6	0,6	0,7
Europe de l'Ouest	495 690	92 122	24 782	0,4	0,1	4 866	1,6	71	78	82	55	24	31	77	0,6	0,4	2,6
Amérique latine et Caraïbes	642 217	190 134	52 278	1,2	0,8	10 517	2,0	60	72	75	49	37	13	81	1,5	1,1	-0,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	447 891	155 634	49 579	2,0	1,5	10 121	2,8	52	70	74	54	46	8	65	2,6	2,0	-0,5
Amérique du Nord	364 296	80 943	21 472	0,9	0,6	4 300	1,8	71	77	79	52	28	24	82	1,1	0,8	3,3
Asie du Sud	1 814 014	619 317	168 297	1,5	1,0	35 224	2,4	48	63	69	52	43	9	34	2,7	2,4	-0,7
Afrique subsaharienne	1 080 429	530 744	171 759	2,7	2,5	38 074	4,7	44	50	61	84	78	5	40	4,0	3,7	-0,3
Afrique de l'Est et australe	560 914	268 016	84 514	2,6	2,4	18 407	4,2	47	51	64	80	74	6	35	3,8	3,7	-0,3
Afrique de l'Ouest et centrale	519 515	262 728	87 245	2,8	2,6	19 667	5,2	42	49	58	88	83	5	46	4,3	3,8	-0,4
Pays les moins avancés	1 009 691	464 454	145 152	2,4	2,2	31 786	4,0	44	55	65	75	69	6	34	4,0	3,7	-1,0
Monde	7 631 091	2 330 774	676 276	1,2	0,9	140 204	2,5	57	66	72	53	39	14	55	2,2	1,7	0,0

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux annuel de croissance démographique – Taux moyen de croissance exponentielle de la population sur un an. Il est calculé selon la formule $\ln(P_t/P_0)/t$, où t est la durée de la période. Il est exprimé en pourcentage.

Fécondité globale – Nombre moyen de naissances vivantes qu'aurait connu à la fin de leurs années de procréation une cohorte hypothétique de femmes qui seraient soumises, tout au long de leur vie, au taux de fécondité d'une période donnée et qui vivraient jusqu'à la fin de leurs années de procréation. Elle s'exprime en naissances vivantes par femme.

Taux de dépendance économique – Le taux total de dépendance économique correspond à la somme du nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans et d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapportée au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de dépendance économique des enfants correspond au nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de dépendance économique des personnes âgées correspond au nombre d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Tous les taux correspondent au nombre de personnes dépendantes pour 100 personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux de population urbaine – Population urbaine exprimée en pourcentage de la population totale.

Taux net de migration – Nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants sur une période donnée, divisé par les années-personnes vécues par la population du pays d'accueil sur la période donnée. Il est exprimé en nombre net de migrants pour 1 000 habitants.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Ensemble des données démographiques – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019), Perspectives de la population mondiale 2019, édition en ligne. Rév. 1. Proportion de la population urbaine des régions et taux de croissance de la population totale et urbaine calculés par l'UNICEF.

NOTES

– Données non disponibles.

α Projections de la fécondité établies sur la base de la variante moyenne.

Ω Les valeurs régionales et mondiales se fondent sur un nombre supérieur de pays et de zones que ceux figurant sur cette liste. Par conséquent, la somme des valeurs nationales ne coïncide pas avec les valeurs régionales correspondantes ou la valeur mondiale.

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (%) 2000–2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sexe (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2008		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Probabilité de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (nombre de décès pour 1 000 enfants âgés de 5 ans)		Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Nombre annuel de décès néonataux (milliers) 2018	Nombre de décès néonataux rapporté à la population totale d'enfants de moins de 5 ans (%) 2018	Nombre de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (milliers) 2018
	1990	2000	2018		Garçons	Filles	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
	Afghanistan	179	129	62	4,1	66	59	121	48	75	61	37	16	5	74	45	60
Afrique du Sud	59	74	34	4,3	37	31	46	28	20	17	11	8	6	40	13	32	6
Albanie	41	26	9	6,0	9	8	35	8	13	12	7	7	2	0	0	74	0
Algérie	50	40	23	2,9	25	22	42	20	23	21	15	9	4	24	15	62	3
Allemagne	9	5	4	2,1	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	2	60	1
Andorre	11	6	3	4,4	3	3	9	3	6	3	1	7	1	0	0	50	0
Angola	223	206	77	5,4	83	71	132	52	54	51	28	46	16	94	36	38	15
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	28	16	6	5,0	7	6	24	5	15	9	3	5	1	0	0	50	0
Arabie saoudite	45	22	7	6,4	7	7	36	6	22	12	4	7	2	4	2	53	1
Argentine	29	20	10	3,8	11	9	25	9	15	11	6	3	2	8	5	64	2
Arménie	49	31	12	5,1	14	11	42	11	23	16	6	3	2	1	0	52	0
Australie	9	6	4	2,9	4	3	8	3	5	4	2	2	1	1	1	62	0
Autriche	10	6	4	2,5	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	60	0
Azerbaïdjan	96	75	22	6,9	24	19	76	19	33	34	11	5	3	4	2	51	0
Bahamas	24	16	10	2,4	11	9	20	8	13	8	5	4	2	0	0	53	0
Bahreïn	23	13	7	3,2	7	7	20	6	15	5	3	4	2	0	0	43	0
Bangladesh	144	87	30	5,9	32	28	100	25	64	42	17	26	4	89	50	57	12
Barbade	18	15	12	1,2	13	11	16	11	12	9	8	3	2	0	0	65	0
Bélarus	15	13	3	7,3	4	3	12	3	8	6	1	4	1	0	0	38	0
Belgique	10	6	4	2,6	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	56	0
Belize	38	24	13	3,3	14	12	31	11	19	12	9	5	3	0	0	67	0
Bénin	175	139	93	2,2	99	87	106	61	46	40	31	45	22	38	13	35	7
Bhoutan	127	78	30	5,3	32	27	89	25	43	32	16	20	7	0	0	56	0
Bolivie (État plurinational de)	121	75	27	5,7	29	24	84	22	41	29	14	13	5	7	4	54	1
Bosnie-Herzégovine	18	10	6	2,9	6	5	16	5	11	7	4	3	1	0	0	69	0
Botswana	51	87	36	4,8	40	33	39	30	25	26	24	17	6	2	1	67	0
Bésil	63	35	14	4,9	16	13	53	13	25	18	8	5	2	42	24	57	7
Brunei Darussalam	13	10	12	-0,6	12	11	10	10	6	5	5	4	2	0	0	47	0
Bulgarie	18	18	7	5,0	8	6	15	6	8	8	4	4	2	0	0	51	0
Burkina Faso	199	179	76	4,7	81	72	99	49	46	41	25	40	20	56	19	33	11
Burundi	174	156	58	5,5	63	54	105	41	40	37	22	62	23	25	9	38	8
Cabo Verde	61	36	19	3,3	21	18	47	17	20	17	12	6	2	0	0	59	0
Cambodge	116	107	28	7,4	31	25	85	24	40	35	14	35	5	10	5	52	2
Cameroun	137	149	76	3,8	81	71	85	51	40	35	27	35	32	66	24	36	22
Canada	8	6	5	1,2	5	5	7	4	4	4	3	2	1	2	1	68	0
Chili	19	11	7	2,3	8	7	16	6	9	5	5	3	1	2	1	67	0
Chine	54	37	9	8,1	9	8	42	7	29	21	4	8	2	146	73	50	40
Chypre	11	7	2	5,7	3	2	10	2	6	4	1	2	1	0	0	57	0
Colombie	35	25	14	3,1	16	13	29	12	18	13	8	5	2	10	6	55	2
Comores	125	102	67	2,3	73	62	88	51	50	41	32	18	9	2	1	48	0
Congo	90	114	50	4,6	54	46	59	36	27	31	20	37	7	9	3	41	1
Costa Rica	17	13	9	2,2	10	8	14	8	9	8	6	3	2	1	0	67	0
Côte d'Ivoire	155	145	81	3,2	89	73	105	59	49	47	34	31	25	70	30	43	17
Croatie	13	8	5	3,2	5	4	11	4	8	6	3	3	1	0	0	55	0
Cuba	13	9	5	3,0	5	4	11	4	7	4	2	4	2	1	0	41	0
Danemark	9	5	4	1,5	5	4	7	4	4	3	3	2	0	0	0	74	0
Djibouti	118	101	59	3,0	64	54	92	50	50	44	32	26	13	1	1	54	0
Dominique	16	15	36	-4,9	38	33	13	33	10	11	28	3	3	0	0	79	0
Égypte	86	47	21	4,4	22	20	63	18	33	23	11	11	4	55	29	53	9
El Salvador	60	33	14	4,9	15	12	46	12	23	15	7	7	4	2	1	49	0
Émirats arabes unis	17	11	8	2,2	8	7	14	6	8	6	4	5	2	1	0	53	0
Équateur	54	29	14	4,0	16	13	42	12	23	14	7	8	3	5	2	51	1
Érythrée	153	86	42	4,0	47	36	94	31	35	27	18	45	9	4	2	44	1
Espagne	9	5	3	3,2	3	3	7	3	5	3	2	2	1	1	1	56	0
Estonie	18	11	3	7,9	3	2	14	2	10	5	1	5	1	0	0	47	0
Eswatini	71	126	54	4,7	59	49	54	43	21	23	17	11	13	2	1	32	0
État de Palestine	44	30	20	2,2	22	18	36	17	22	16	11	6	3	3	2	54	0
États-Unis	11	8	7	1,4	7	6	9	6	6	5	4	2	1	25	14	54	6
Éthiopie	202	142	55	5,2	61	49	120	39	59	49	28	78	12	191	99	52	34
Fédération de Russie	22	19	7	5,5	8	6	18	6	11	10	3	5	2	13	6	44	4
Fidji	29	23	26	-0,7	28	23	24	22	12	9	11	10	5	0	0	42	0

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (%) 2000–2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sexe (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2008		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Probabilité de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (nombre de décès pour 1 000 enfants âgés de 5 ans)		Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Nombre annuel de décès néonataux (milliers) 2018	Nombre de décès néonataux rapporté à la population totale d'enfants de moins de 5 ans (%) 2018	Nombre de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (milliers) 2018
	1990	2000	2018		Garçons	Filles	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
	Mozambique	241	171	73	4,7	78	68	161	54	60	46	28	60	17	79	31	39
Myanmar	115	89	46	3,6	51	42	82	37	48	37	23	31	5	43	22	50	5
Namibie	74	77	40	3,7	43	36	50	29	28	23	16	16	12	3	1	40	1
Nauru	60	42	32	1,5	35	29	46	26	29	25	20	11	6	0	0	60	0
Népal	140	81	32	5,1	34	30	97	27	58	40	20	29	6	18	11	62	3
Nicaragua	66	37	18	3,8	20	16	51	16	23	16	9	8	4	2	1	51	1
Niger	329	226	84	5,5	87	80	133	48	54	43	25	68	37	83	26	32	26
Nigéria	211	185	120	2,4	127	113	125	76	50	48	36	41	20	866	267	31	110
Niue	13	24	24	0,0	26	21	12	20	7	13	12	4	5	0	0	0	0
Norvège	9	5	3	3,6	3	2	7	2	4	3	1	2	1	0	0	59	0
Nouvelle-Zélande	11	7	6	1,4	6	5	9	5	4	3	3	3	1	0	0	61	0
Oman	39	16	11	2,0	12	10	32	10	17	7	5	6	2	1	0	45	0
Ouganda	185	148	46	6,4	51	42	109	34	39	32	20	32	15	74	32	44	19
Ouzbékistan	72	63	21	6,0	24	18	60	19	31	29	12	6	3	15	8	54	2
Pakistan	139	112	69	2,7	74	65	106	57	65	60	42	14	10	409	251	62	46
Palaos	35	29	18	2,6	20	16	30	17	19	15	9	7	4	0	0	50	0
Panama	31	26	15	2,9	17	14	26	13	17	15	8	8	3	1	1	56	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	87	72	48	2,3	52	44	64	38	31	29	22	15	9	11	5	47	2
Paraguay	45	34	20	2,9	22	18	36	17	22	18	11	7	3	3	2	53	0
Pays-Bas	8	6	4	2,6	4	3	7	3	5	4	2	2	1	1	0	55	0
Pérou	81	39	14	5,5	16	13	57	11	28	16	7	11	3	8	4	52	2
Philippines	57	38	28	1,6	31	25	40	22	19	17	14	14	5	63	30	47	12
Pologne	17	9	4	4,1	5	4	15	4	11	6	3	3	1	2	1	61	0
Portugal	15	7	4	3,6	4	3	12	3	7	3	2	4	1	0	0	54	0
Qatar	21	12	7	3,3	7	6	18	6	11	7	4	4	1	0	0	53	0
République arabe syrienne	37	23	17	1,9	17	15	30	14	17	12	9	9	12	7	4	51	4
République centrafricaine	180	172	116	2,2	123	110	117	84	52	49	41	32	15	19	7	36	2
République de Corée	15	7	3	4,7	3	3	13	3	7	3	1	5	1	1	1	46	0
République de Moldova	33	31	16	3,8	18	14	28	14	19	21	12	5	2	1	0	74	0
République démocratique du Congo	186	161	88	3,3	95	81	119	68	42	39	28	41	29	296	98	33	70
République démocratique populaire lao	153	107	47	4,5	52	42	105	38	47	38	23	44	9	8	4	48	1
République dominicaine	60	41	29	1,9	32	26	46	24	24	24	19	8	3	6	4	67	1
République populaire démocratique de Corée	43	60	18	6,6	20	16	33	14	22	27	10	8	4	6	3	53	1
République-Unie de Tanzanie	166	130	53	5,0	57	49	101	38	40	34	21	30	13	107	44	41	20
Roumanie	31	22	7	6,1	8	7	24	6	15	10	3	5	2	1	1	46	0
Royaume-Uni	9	7	4	2,4	5	4	8	4	4	4	3	2	1	3	2	60	1
Rwanda	154	183	35	9,1	38	32	94	27	40	41	16	72	10	13	6	46	3
Sainte-Lucie	22	18	17	0,4	18	15	19	15	12	11	12	4	2	0	0	75	0
Saint-Kitts-et-Nevis	31	23	12	3,7	13	11	25	10	19	15	8	5	2	0	0	63	0
Saint-Marin	13	6	2	6,3	2	2	12	2	7	3	1	2	1	0	0	–	0
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	24	23	16	1,8	18	15	20	15	13	13	10	4	5	0	0	58	0
Samoa	30	21	16	1,6	17	14	25	14	16	11	8	6	4	0	0	53	0
Sao Tomé-et-Principe	108	85	31	5,5	34	28	69	24	26	23	14	20	8	0	0	45	0
Sénégal	139	131	44	6,1	48	39	71	32	40	38	21	37	13	23	11	48	6
Serbie	28	13	6	4,6	6	5	24	5	17	8	3	3	1	0	0	61	0
Seychelles	17	14	14	-0,3	16	13	14	12	11	9	9	4	3	0	0	61	0
Sierra Leone	263	234	105	4,4	111	99	156	78	53	51	33	53	21	26	8	32	4
Singapour	8	4	3	1,8	3	3	6	2	4	2	1	2	1	0	0	38	0
Slovaquie	15	10	6	3,1	6	5	13	5	9	5	3	3	1	0	0	49	0
Slovénie	10	6	2	5,2	2	2	9	2	6	3	1	2	1	0	0	55	0
Somalie	179	172	122	1,9	127	115	108	77	45	44	38	38	24	73	24	32	11
Soudan	132	104	60	3,0	65	55	82	42	43	37	29	29	8	80	38	48	9
Soudan du Sud	254	183	99	3,4	103	93	150	64	65	57	40	52	20	38	15	41	6
Sri Lanka	22	17	7	4,4	8	7	19	6	13	10	4	6	2	3	2	60	1
Suède	7	4	3	2,3	3	2	6	2	4	2	2	1	1	0	0	56	0
Suisse	8	6	4	1,7	4	4	7	4	4	3	3	2	1	0	0	72	0
Suriname	48	34	19	3,3	21	17	41	17	23	18	10	7	3	0	0	53	0
Tadjikistan	102	84	35	4,9	39	31	81	30	31	28	15	12	5	10	4	44	1
Tchad	212	186	119	2,5	125	112	112	71	52	44	34	53	28	75	22	30	13

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (%) 2000-2018	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sexe (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) 2008		Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)			Probabilité de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (nombre de décès pour 1 000 enfants âgés de 5 ans)		Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (milliers) 2018	Nombre annuel de décès néonataux (milliers) 2018	Nombre de décès néonataux rapporté à la population totale d'enfants de moins de 5 ans (%) 2018	Nombre de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (milliers) 2018
	1990	2000	2018		Garçons	Filles	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
Tchéquie	12	5	3	2,7	4	3	10	3	7	3	2	2	1	0	0	52	0
Thaïlande	37	22	9	4,9	10	8	30	8	20	12	5	9	5	7	4	55	4
Timor-Leste	174	108	46	4,8	50	42	131	39	55	37	20	27	8	2	1	45	0
Togo	145	120	70	3,0	75	64	90	47	43	36	25	37	21	18	6	36	4
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	22	18	16	0,6	14	17	19	13	10	8	7	5	3	0	0	40	0
Trinité-et-Tobago	30	29	18	2,5	20	17	27	16	20	18	12	4	2	0	0	63	0
Tunisie	55	30	17	3,2	18	15	43	15	29	20	11	7	3	3	2	67	1
Turkménistan	85	81	46	3,2	52	40	68	39	28	30	21	7	4	6	3	46	0
Turquie	74	38	11	7,1	11	10	55	9	33	19	5	9	2	14	7	52	3
Tuvalu	53	41	24	2,9	27	22	42	21	28	25	16	10	5	0	0	71	0
Ukraine	19	18	9	4,1	10	8	17	7	12	11	5	4	2	4	2	58	1
Uruguay	23	17	8	4,5	8	7	20	6	12	8	5	3	2	0	0	60	0
Vanuatu	36	29	26	0,5	28	24	29	22	17	13	12	7	5	0	0	44	0
Venezuela (République bolivarienne du)	30	22	25	-0,7	26	23	25	21	13	11	15	4	3	13	8	61	2
Viet Nam	51	30	21	2,0	24	17	37	16	24	15	11	12	3	33	17	51	4
Yémen	126	95	55	3,0	59	51	88	43	43	37	27	20	8	47	23	50	6
Zambie	186	162	58	5,7	63	53	111	40	37	35	23	30	12	36	15	42	6
Zimbabwe	80	105	46	4,5	51	42	52	34	24	23	21	14	13	21	9	45	5

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	57	40	15	5,4	16	14	43	12	27	20	8	10	3	462	230	50	103
Europe et Asie centrale	31	21	9	5,0	10	8	25	8	14	10	5	4	2	96	50	52	17
Europe de l'Est et Asie centrale	46	36	13	5,7	14	11	37	11	21	17	6	6	2	78	39	51	13
Europe de l'Ouest	10	6	4	2,8	4	3	9	3	6	3	2	2	1	18	11	60	4
Amérique latine et Caraïbes	55	33	16	3,8	18	15	43	14	23	16	9	6	3	172	95	55	30
Moyen-Orient et Afrique du Nord	65	42	22	3,7	23	20	50	18	28	21	12	10	4	220	122	56	37
Amérique du Nord	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	27	15	55	6
Asie du Sud	130	94	42	4,5	43	41	92	35	59	47	26	20	6	1 475	909	62	211
Afrique subsaharienne	180	153	78	3,8	83	72	107	53	46	41	28	40	18	2 869	1 054	37	518
Afrique de l'Est et australe	164	136	57	4,8	62	52	101	40	43	38	24	39	13	1 024	441	43	189
Afrique de l'Ouest et centrale	197	170	97	3,1	103	90	115	64	48	44	31	40	23	1 845	613	33	330
Pays les moins avancés	175	137	64	4,2	69	59	108	46	52	42	26	39	14	1 992	821	41	371
Monde	93	76	39	3,8	41	36	65	29	37	31	18	15	7	5 322	2 476	47	923

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du cinquième anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du premier anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale – Probabilité de décéder au cours des 28 premiers jours de vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Probabilité de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans – Probabilité de décéder entre les âges de 5 et 14 ans, exprimée pour 1 000 enfants âgés de 5 ans.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, de mortalité infantile, de mortalité néonatale et de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, de décès néonataux et de décès d'enfants âgés de 5 à 14 ans – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : septembre 2019.

NOTES

– Données non disponibles.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Es-pérance de vie des femmes 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*		Taux de natalité chez les adolescentes 2013-2018*	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2013-2018*	Soins prénatals (%) 2013-2018*			Soins à l'accouchement (%) 2013-2018*				Examen de santé postnatal (%)* 2013-2018*			Mortalité maternelle† 2018		
		Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans			Au moins une visite	Au moins quatre visites		Assistance qualifiée à la naissance		Ac-couche-ments en institution	Césari-enne	Pour les nou-veau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)	
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans								
Afghanistan	66	42	21	77	20	59	18	16	51	54	48	3	9	40	7 700	638	33	
Afrique du Sud	67	78	-	71	15 x	94	76	77	97	97	96	26	-	84	1 400	119	330	
Albanie	80	5	5	17	3	88	78	72	100	100	99	31	86	88	5	15	3 800	
Algérie	78	77	-	10	1	93	67	-	97	-	97	16	-	-	1 200	112	270	
Allemagne	84	-	-	9	-	100 x	99	-	-	-	99	29 x	-	-	53	7	9 400	
Andorre	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	64	30	15	163	38	82	61	56	50	50	46	4	21	23	3 000	241	69	
Anguilla	-	-	-	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	78	-	-	67 x	-	100 x	100	-	100	-	-	-	-	-	1	42	1 200	
Arabie saoudite	77	-	-	7 x	-	97 x	-	-	98	-	-	-	-	-	100	17	2 300	
Argentine	80	-	-	65	12 x	98 x	90 x	85 x	100	-	99	29 x	-	-	290	39	1 100	
Arménie	78	37	-	24	1	100	96	93	100	100	99	18	98	97	11	26	2 000	
Australie	85	-	-	10	-	98 x	92 x	-	-	-	99	31 x	-	-	20	6	8 200	
Autriche	84	-	-	7	-	-	-	-	99	-	99	24 x	-	-	4	5	13 500	
Azerbaïdjan	75	22 x	13 x	53	4 x	92 x	66 x	40 x	100	93 x	93 x	20 x	-	83 x	44	26	1 700	
Bahamas	76	-	-	32 x	-	98 x	85	-	98	-	-	-	-	-	4	70	820	
Bahreïn	78	-	-	14	-	100 x	100	-	100	-	98 x	-	-	-	3	14	3 000	
Bangladesh	74	73	68	78	36	64	31	32	42	42	37	23	32	36	5 100	173	250	
Barbade	80	70 x	-	50 x	7 x	93 x	88 x	-	99	-	100 x	21 x	98 x	97 x	1	27	2 400	
Bélarus	79	74 x	-	16	3 x	100 x	100 x	95 x	100	100 x	100 x	25 x	100 x	100 x	3	2	23 800	
Belgique	84	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	18 x	-	-	6	5	11 200	
Belize	78	66	47	64	17	97	93	92	97	97	96	34	96	96	3	36	1 100	
Bénin	63	26	13	94	19	83	52	52	78	77	84	5	64	66	1 600	397	49	
Bhoutan	72	85 x	-	28 x	15 x	98 x	85	66 x	75 x	40 x	74 x	12 x	30 x	41 x	24	183	250	
Bolivie (État plurinational de)	74	50	-	71	20 x	96	86	69 x	85 x	76 x	88	33	-	-	380	155	220	
Bosnie-Herzégovine	80	22 x	-	11	-	87 x	84 x	-	100	-	100 x	14 x	-	-	3	10	8 200	
Botswana	72	-	-	50	-	94 x	73 x	-	99 x	-	100	-	-	-	81	144	220	
Brésil	79	89 x	-	59	-	97	91	-	99	-	99	56	-	-	1 700	60	940	
Brunei Darussalam	77	-	-	11	-	99 x	93 x	-	100	-	100 x	-	-	-	2	31	1 700	
Bulgarie	79	-	-	38	5	-	-	-	100	-	94	36	-	-	6	10	7 000	
Burkina Faso	62	56	51	132	28 x	93	47	32 x	80	75 x	82	4	33	74	2 400	320	57	
Burundi	63	38	55	58	13	99	49	52	85	91	84	4 x	8 x	51	2 400	548	33	
Cabo Verde	76	73 x	68 x	80 x	22 x	98 x	72 x	-	92	-	76 x	11 x	-	-	6	58	670	
Cambodge	72	57	46	57	7	95	76	71	89	91	83	6	79	90	590	160	220	
Cameroun	60	47	39	119	28	83	59	51	65	66	61	2	69	65	4 700	529	40	
Canada	84	-	-	8	-	100 x	99 x	-	100 x	-	98 x	26 x	-	-	40	10	6 100	
Chili	82	-	-	33	-	-	-	-	100	-	100	50 x	-	-	29	13	4 600	
Chine	79	97 x	-	9	-	100	81	-	100	-	100	41	63	64	4 900	29	2 100	
Chypre	83	-	-	4	-	99 x	-	-	-	-	97	-	-	-	1	6	11 000	
Colombie	80	87	72	75	20	97	90	86	99	96	99	46	7 x	1	610	83	630	
Comores	66	29 x	20 x	70 x	17 x	92 x	49 x	38 x	82 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	72	273	83	
Congo	66	43	28	111	26	94	79	77	94	92	92	5	86	80	650	378	58	
Costa Rica	83	89 x	-	53	13	98 x	90 x	88 x	99	98 x	99	22	-	-	19	27	1 900	
Côte d'Ivoire	59	39	-	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	80	5 400	617	34	
Croatie	81	-	-	10	-	-	98	-	100	-	-	24	-	-	3	8	9 100	
Cuba	81	89	73	52	6	99	98	99	99	97	100	40	98	99	42	36	1 800	
Danemark	83	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	21 x	-	-	2	4	16 200	
Djibouti	69	-	-	21 x	-	88 x	23 x	-	87 x	-	87 x	11 x	-	-	51	248	140	
Dominique	-	-	-	48 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Égypte	74	80	64	56	7	90	83	88	92	93	87	52	14	82	960	37	730	
El Salvador	78	80	70	69 x	18	96	90	90	98	99	98	32	97	94	54	46	960	
Émirats arabes unis	79	-	-	5	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	3	3	17 900	
Équateur	80	79 x	-	111 x	-	84 x	58 x	-	96	-	93	46	-	-	200	59	640	
Érythrée	68	21 x	6 x	76 x	19 x	89 x	57 x	-	34 x	-	34 x	3 x	-	5 x	510	480	46	
Espagne	86	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	26 x	-	-	14	4	21 500	
Estonie	83	-	-	11	-	-	97	-	100 x	-	99	-	-	-	1	9	6 900	
Eswatini	64	83	-	87	17	99	76	68	88	89	88	12	90	88	130	437	72	
État de Palestine	76	65	35	48	22	99	96	96	100	100	99	20	94	91	39	27	880	
États-Unis	81	77	-	19	-	-	97 x	-	99	-	-	31 x	-	-	720	19	3 000	
Éthiopie	68	62	-	80	21	62	32	30	28	39	26	2	0 x	17	14 000	401	55	
Fédération de Russie	78	72 x	-	24	-	-	-	-	100 x	-	99 x	13 x	-	-	320	17	3 100	
Fidji	69	-	-	40	-	100 x	94	-	100	-	99	-	-	-	6	34	1 000	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Es-pérance de vie des femmes 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*		Taux de natalité chez les adolescentes 2013-2018*	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2013-2018*	Soins prénatals (%) 2013-2018*			Soins à l'accouchement (%) 2013-2018*				Examen de santé postnatal (%)* 2013-2018*			Mortalité maternelle† 2018		
		Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans			Au moins une visite	Au moins quatre visites		Assistance qualifiée à la naissance		Ac-couche-ments en institution	Césari-enne	Pour les nou-veau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité mater-nelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)	
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans								
Finlande	85	-	-	6	-	100 x	-	-	-	-	100	16 x	-	-	2	3	20 900	
France	85	96 x	-	5	-	100 x	99 x	-	-	-	98	21 x	-	-	56	8	7 200	
Gabon	68	44 x	23 x	91 x	28 x	95 x	78 x	76 x	89 x	91 x	90 x	10 x	25 x	60 x	170	252	93	
Gambie	63	27	11	86 x	19	86	78	74	57	64	63	2	6	76	520	597	31	
Géorgie	78	53 x	-	44	6 x	98 x	88	-	100	-	100	41	-	-	14	25	1 900	
Ghana	65	46	-	75	17	91	87	81	71	76	73	13	23	81	2 700	308	82	
Grèce	85	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	26 900	
Grenade	75	-	-	36	-	100 x	-	-	99	-	-	-	-	-	0	25	1 700	
Guatemala	77	66	50	92	20	91	86	85	66	70	65	26	8	78	400	95	330	
Guinée	62	22	14	120	37	81	35	48	55	60	53	3	64	49	2 600	576	35	
Guinée-Bissau	60	56	20	106 x	28	92	65	65	45	55	44	4	55	48	440	667	32	
Guinée équatoriale	60	21 x	20 x	176 x	42 x	91 x	67 x	-	68 x	-	67 x	7 x	-	-	130	301	67	
Guyana	73	52	17	74	16	91	87	86	86	94	93	17	95	93	26	169	220	
Haïti	66	43	31	55	14	91	67	55	42	37	39	5	38	31	1 300	480	67	
Honduras	77	76 x	67 x	103	22 x	97 x	89 x	87 x	83 x	87 x	83 x	19 x	81 x	85 x	130	65	560	
Hongrie	80	-	-	25	-	-	-	-	99 x	-	-	31 x	-	-	11	12	6 200	
Îles Cook	-	-	-	67	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	-	-	-	
Îles Marshall	-	81 x	40 x	85 x	21 x	81 x	77 x	-	90 x	-	85 x	9 x	-	-	-	-	-	
Îles Salomon	75	38	13	78	15	89	69	-	86	-	85	6	16	69	22	104	200	
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	41 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Vierges britanniques	-	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inde	71	67	27	11	9	79	51	53	81	86	79	17	27	65	35 000	145	290	
Indonésie	74	78	72	48 x	7	98	77	65	94	87	74	17	79	87	8 600	177	240	
Iran (République islamique d')	78	69 x	-	36	5 x	97 x	94 x	-	96 x	-	95 x	46 x	-	-	250	16	2 600	
Iraq	72	55	-	82 x	14	88	68	76	96	97	87	33	78	83	870	79	320	
Irlande	84	-	-	7	-	100 x	-	-	100 x	-	100	25 x	-	-	3	5	11 300	
Islande	84	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	17 x	-	-	0	4	14 400	
Israël	84	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	10 800	
Italie	85	-	-	5	-	99 x	68 x	-	-	-	100	40 x	-	-	7	2	51 300	
Jamaïque	76	79 x	-	46 x	15 x	98 x	86 x	85 x	99 x	97 x	99 x	21 x	-	-	38	80	600	
Japon	88	-	-	4	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	44	5	16 700	
Jordanie	76	57	31	27	5	98	92	93	100	100	98	26	86	83	100	46	730	
Kazakhstan	77	79	-	25	2	99	95	98	99	99	99	15	99	98	37	10	3 500	
Kenya	69	76	68	96	23	94	58	49	62	65	61	9	36	53	5 000	342	76	
Kirghizistan	75	66	41	34	4	98	95	93	98	98	98	7	99	98	95	60	480	
Kiribati	72	36 x	0 x	49 x	9 x	88 x	71 x	-	98 x	-	66 x	10 x	-	-	3	92	290	
Koweït	76	-	-	6	-	100 x	-	-	99 x	-	99	-	-	-	7	12	4 200	
Lesotho	57	79	55	94	14	95	74	70	78	85	77	10	18	62	310	544	58	
Lettonie	80	-	-	15	-	92 x	-	-	100 x	-	98	-	-	-	4	19	3 100	
Liban	81	-	-	17 x	-	96 x	-	-	98 x	-	100 x	-	-	-	34	29	1 600	
Libéria	65	41	22	150	37	96	78	78	61	67	56	4	35	77	1 000	661	32	
Libye	76	24	-	11	-	93 x	-	-	-	-	100	-	-	-	92	72	590	
Liechtenstein	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	81	-	-	13	-	100 x	-	-	100 x	-	-	-	-	-	2	8	7 500	
Luxembourg	84	-	-	5	-	-	97 x	-	100 x	-	100 x	29 x	-	-	0	5	14 300	
Macédoine du Nord	78	22 x	-	16	2 x	99 x	94 x	-	100	-	100	25 x	-	-	2	7	9 000	
Madagascar	68	61	-	152	36	82	51	47 x	44	40 x	38	2	-	-	2 800	335	66	
Malaisie	78	-	-	10	-	97	-	-	99	-	99	-	-	-	150	29	1 600	
Malawi	67	74	62	138	31	98	51	46	90	92	91	6	60	42	2 100	349	60	
Maldives	80	43 x	18 x	10	1	99	82	87	100	100	95	40	82	80	4	53	840	
Mali	60	35	21	174	33	80	43	38	67	42	67	2	63	58	4 400	562	29	
Malte	84	-	-	13	-	100 x	-	-	-	-	100	-	-	-	0	6	10 200	
Maroc	78	69	-	32 x	8 x	89	54	30 x	87	70 x	86	21	-	-	480	70	560	
Maurice	78	41	-	24	-	-	-	-	100	-	98 x	-	-	-	8	61	1 200	
Mauritanie	66	30	-	84	22	87	63	56	69	67	69	5	58	57	1 100	766	28	
Mexique	78	80	64	71	21	99	94	93	98	98	97	41	95	95	740	33	1 300	
Micronésie (États fédérés de)	69	-	-	44 x	-	80 x	-	-	100 x	-	87 x	11 x	-	-	2	88	370	
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	74	65	42	30	3	99	90	81	100	97	98	23	99	95	35	45	710	
Monténégro	79	43	-	10	3	92	87	-	99	-	99	20	99	95	0	6	9 900	
Montserrat	-	-	-	54 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	63	56	34	194	40 x	87	52	55	65	68	55 x	4 x	28	-	3 100	289	67	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Es-pérance de vie des femmes 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013–2018*		Taux de natalité chez les adolescentes 2013–2018*	Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2013–2018*	Soins prénatals (%) 2013–2018*			Soins à l'accouchement (%) 2013–2018*				Examen de santé postnatal (%)* 2013–2018*			Mortalité maternelle† 2018		
		Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans			Au moins une visite	Au moins quatre visites		Assistance qualifiée à la naissance		Ac-couchements en institution	Césari-enne	Pour les nou-veau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)	
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans								
Myanmar	70	75	73	36	5	81	59	47	60	61	37	17	36	71	2 400	250	190	
Namibie	66	80	47	64	15	97	63	58	88	88	87	14	20	69	140	195	140	
Nauru	–	43 x	–	94	22 x	95 x	40 x	–	97 x	–	99 x	8 x	–	–	–	–	–	
Népal	72	56	25	88	16	84	69	72	58	69	57	9	58	57	1 100	186	230	
Nicaragua	78	93 x	87 x	92 x	28 x	95 x	88 x	–	88 x	–	71	30 x	–	–	130	98	380	
Niger	63	46	28	146	48 x	83 x	38	32 x	40	36 x	59	1 x	13 x	37 x	5 100	509	27	
Nigéria	55	43	15	120	31	67	57	47	43	32	39	3	12	42	67 000	917	21	
Niue	–	–	–	20 x	–	100 x	–	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	–	
Norvège	84	–	–	4	–	–	–	–	–	–	99	16 x	–	–	1	2	25 700	
Nouvelle-Zélande	84	–	–	15	–	–	–	–	–	–	97	23 x	–	–	5	9	6 100	
Oman	80	40	–	14	2	99	94	–	99	–	99	19	98	95	17	19	1 600	
Ouganda	65	54	–	132	28	97	60	59	74	80	73	5 x	11 x	54	6 000	375	49	
Ouzbékistan	74	–	–	30 x	2 x	99	–	–	100	–	100	14	–	–	200	29	1 200	
Pakistan	68	49	23	46	7	86	51	44	69	70	66	22	64	62	8 300	140	180	
Palaos	–	–	–	27	–	90 x	81 x	–	100	–	100 x	–	–	–	–	–	–	
Panama	82	73	37	79	–	93	88	84	94	89	91	28	93	92	41	52	750	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	66	41 x	–	65 x	14 x	76	49	–	53 x	–	55	–	–	46	340	145	190	
Paraguay	76	79	83	72	–	99	94	92	96	97	93	46	8	94	180	129	290	
Pays-Bas	84	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	14 x	–	–	9	5	11 900	
Pérou	79	67	65	44	16	97	96	93	92	90	91	32	96	61	500	88	480	
Philippines	75	53	47	47	11	94	87	80	84	86	78	13	86	86	2 700	121	300	
Pologne	82	–	–	12	–	–	–	–	100 x	–	100	21 x	–	–	8	2	30 300	
Portugal	85	–	–	8	–	100 x	–	–	100 x	–	99	31 x	–	–	6	8	10 700	
Qatar	82	69 x	–	10	–	91 x	85 x	–	100	–	99 x	20 x	–	–	2	9	5 000	
République arabe syrienne	78	53 x	31 x	54 x	9 x	88 x	64 x	–	96 x	–	78 x	26 x	–	–	130	31	1 000	
République centrafricaine	55	29 x	–	229 x	45 x	68 x	38 x	32 x	40 x	46 x	53 x	5 x	–	–	1 400	829	25	
République de Corée	86	–	–	1	–	–	97 x	–	–	–	100	32 x	–	–	43	11	8 300	
République de Moldova	76	60 x	–	24	4 x	99 x	95 x	–	100	–	99 x	16 x	–	–	8	19	3 900	
République démocratique du Congo	62	19	12	138 x	27	88	48	50	80	81	80	5	8	44	16 000	473	34	
République démocratique populaire lao	69	72	48 x	83	18	78	62	52	64	56	65	6	47	47	310	185	180	
République dominicaine	77	82	67	90	21	98	93	90	98	99	98	58	95	95	200	95	410	
République populaire démocratique de Corée	76	90	–	1	–	100	94	–	100	–	92	13	99	98	310	89	620	
République-Unie de Tanzanie	67	54	35	139	22	98	62	48	64	70	63	6	42	34	11 000	524	36	
Roumanie	79	47 x	–	37	–	76	76 x	–	95	–	95	34	–	–	36	19	3 600	
Royaume-Uni	83	–	–	14	–	–	–	–	–	–	–	26 x	–	–	52	7	8 400	
Rwanda	71	63	84	41	6	98	44	39	91	94	91	13	19	43	960	248	94	
Sainte-Lucie	77	72 x	–	43 x	–	97 x	90 x	–	99 x	–	100 x	19 x	100 x	90 x	3	117	580	
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	46 x	–	100 x	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Marin	–	–	–	0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	75	–	–	64	–	100 x	100 x	–	99	–	–	–	–	–	1	68	750	
Samoa	75	39	11	39 x	6	93	73	–	83	–	82	5	–	63	2	43	590	
Sao Tomé-et-Principe	73	52	38	92	27	98	84	81	93	94	91	6	91	87	9	130	170	
Sénégal	70	51	25	78	16	97	57	53	68	69	78	5	78	77	1 700	315	65	
Serbie	78	39	–	15	1	98	94	95	98	98	98	29	–	–	10	12	5 800	
Seychelles	77	–	–	66	–	–	–	–	99 x	–	–	–	–	–	1	53	790	
Sierra Leone	55	45	32	101	30	97	78	77	82	82	77	3	92	90	2 900	1 120	20	
Singapour	86	–	–	3	–	–	–	–	–	–	100	–	–	–	4	8	9 900	
Slovaquie	81	–	–	26	–	97 x	–	–	99 x	–	–	24 x	–	–	3	5	12 600	
Slovénie	84	–	–	4	–	100 x	–	–	100 x	–	100 x	–	–	–	1	7	9 300	
Somalie	59	–	–	123 x	–	26 x	6 x	–	9 x	–	9 x	–	–	–	5 100	829	20	
Soudan	67	30	19	87	22	79	51	49	78	77	28	9	28	27	3 900	295	75	
Soudan du Sud	59	6 x	–	158 x	28 x	62	17 x	21 x	19 x	25 x	12 x	1 x	–	–	4 500	1 150	18	
Sri Lanka	80	74	58	21	4 x	99	93 x	–	100	–	100	32	–	99	120	36	1 300	
Suède	84	–	–	4	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	–	5	4	12 600	
Suisse	85	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	30 x	–	–	4	5	13 900	
Suriname	75	73 x	–	60	–	91 x	67 x	68 x	90 x	93 x	92 x	19 x	–	–	13	120	330	
Tadjikistan	73	45	18	54	1	92	64	67	95	96	88	5	90	92	46	17	1 400	
Tchad	55	20	9	179	51	55	31	33	20	27	22	1	5	16	7 300	1 140	15	
Tchéquie	82	86 x	–	12	–	–	–	–	100 x	–	100	20 x	–	–	4	3	17 900	
Thaïlande	81	89	83	43	9	98	91	89	99	99	99	33	–	–	270	37	1 900	
Timor-Leste	71	37	22	42	7	84	77	74	56	58	49	4	31	35	52	142	170	

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*		Taux de natalité chez les adolescentes 2013-2018*	Nais- sances à l'âge de 18 ans (%) 2013-2018*	Soins prénatals (%) 2013-2018*			Soins à l'accouchement (%) 2013-2018*				Mortalité maternelle† 2018				
		Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans			Au moins quatre visites	Assistance qualifiée à la naissance		Examens de santé postnatal (%)* 2013-2018*	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur X)					
							Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans					Femmes âgées de 15 à 49 ans	Femmes âgées de 15 à 19 ans	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	
Togo	62	37	15	89	8	52	57	52	45	58	73	7	35	71	1 000	396	56
Tokélaou	-	-	-	30 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	73	48 x	-	30 x	2 x	99 x	70 x	-	96 x	-	98 x	17 x	-	-	1	52	540
Trinité-et-Tobago	76	58 x	61 x	38 x	-	95 x	100	-	100	-	98 x	22 x	-	92 x	12	67	840
Tunisie	79	73 x	-	7 x	1 x	98 x	85 x	-	74 x	-	99 x	27 x	98 x	92 x	90	43	970
Turkménistan	72	76	11	28	1	100	96	98	100	100	100	6	100	100	10	7	4 400
Turquie	80	60	30	23	6	97	89	57 x	97	98	97	48	72	88	220	17	2 800
Tuvalu	-	41 x	-	28 x	3 x	97 x	67 x	-	93 x	-	93 x	7 x	-	-	-	-	-
Ukraine	77	68 x	-	23	4 x	99 x	87 x	87 x	99 x	99 x	99 x	12 x	99 x	96 x	83	19	3 700
Uruguay	81	-	-	36	-	97	77	44 x	100	100 x	100	30	-	-	8	17	2 900
Vanuatu	72	51	-	78 x	13	76	52	-	89	-	89	12	-	-	6	72	330
Venezuela (République bolivarienne du)	76	-	-	95 x	24	98	84	-	100	-	99	52	-	-	670	125	330
Viet Nam	79	70	60	30	5	96	74	55	94	87	94	28	89	90	700	43	1 100
Yémen	68	38	22	67 x	17	60	25	30	45	52	30	5	11	20	1 400	164	150
Zambie	66	62	57	141 x	31	96	56	52	63	73	67	4	16	63	1 300	213	93
Zimbabwe	63	85	77	78	22	93	76	73	78	81	77	6	73	57	2 100	458	55
DONNÉES CONSOLIDÉES																	
Asie de l'Est et Pacifique	79	86	-	21	-	97	80	-	96	-	91	32	69	72	21 000	69	790
Europe et Asie centrale	81	77	-	17	-	-	-	-	99	-	98	-	-	-	1 400	13	4 300
Europe de l'Est et Asie centrale	78	69	-	26	-	96	-	-	99	-	97	28	-	-	1 200	19	2 600
Europe de l'Ouest	84	83	-	8	-	-	-	-	99	-	99	-	-	-	260	5	11 900
Amérique latine et Caraïbes	79	83	-	63	-	97	91	-	94	-	94	44	-	-	7 800	74	630
Moyen-Orient et Afrique du Nord	76	68	-	40	9	87	68	-	89	-	82	32	-	-	5 800	57	570
Amérique du Nord	82	83	-	19	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	760	18	3 100
Asie du Sud	71	67	-	26	12	79	49	49	77	78	72	18	34	62	57 000	163	240
Afrique subsaharienne	63	53	-	103	26	81	53	50	59	61	57	5	30	46	200 000	533	38
Afrique de l'Est et australe	66	62	-	92	25	85	53	49	62	67	56	7	34	40	70 000	384	58
Afrique de l'Ouest et centrale	59	41	-	115	28	78	54	51	57	54	58	4	28	52	131 000	674	28
Pays les moins avancés	72	58	-	91	25	80	47	44	61	60	54	7	31	42	130 000	415	56
Monde	75	76	-	44	15	86	65	56	81	76	76	21	45	61	295 000	211	190

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait une fille nouveau-née si elle était exposée aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans et de 15 à 19 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait à l'aide de méthodes modernes.

Taux de natalité chez les adolescentes – Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Naissances avant l'âge de 18 ans – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur se réfère aux femmes ayant eu un enfant dans une période de temps récente, généralement deux ans pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et cinq ans pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS).

Soins prénatals (au moins une visite) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (généraliste ou médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Soins prénatals (au moins quatre visites) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse par un agent de santé.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage de naissances de mères âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans supervisées par un agent de santé qualifié (généraliste ou médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Accouchements en institution – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont accouché dans un établissement de santé.

Césarienne – Pourcentage de naissances par césarienne. Remarque : On prévoit des taux de césarienne compris entre 5 % et 15 % avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés – Pourcentage des dernières naissances vivantes au cours des deux dernières années ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant l'accouchement. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Examen de santé postnatal pour les femmes – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant leur plus récent accouchement d'un enfant vivant au cours des deux dernières années. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Nombre de décès maternels – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse. Les valeurs relatives à la mortalité maternelle ont été arrondies de la manière suivante : Déclaré : <100, valeur n'a pas été arrondie ; 100-999, arrondie à la dizaine la plus proche ; et >1 000, arrondie à la centaine la plus proche. Ajusté : <1 000, arrondie à l'unité la plus proche ; et >1 000, arrondie à la dizaine la plus proche.

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes, pendant la même période. Les valeurs relatives au taux de mortalité maternelle ont été arrondies de la manière suivante : Déclaré : <100, valeur n'a pas été arrondie ; 100-999, arrondie à la dizaine la plus proche ; et >1 000, arrondie à la centaine la plus proche. Ajusté : <1 000, arrondie à l'unité la plus proche ; et >1 000, arrondie à la dizaine la plus proche.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière englobe à la fois la probabilité de débuter une grossesse et la probabilité de mourir des suites de cette grossesse cumulée pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer. Les valeurs de risque sur la vie entière ont été arrondies de la manière suivante : <1 000, arrondie à l'unité la plus proche ; et >1 000, arrondie à la dizaine la plus proche.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies, Perspectives de la population mondiale 2019. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), basé sur des EDS, des MICS, des enquêtes sur la santé reproductive, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : mars 2019.

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (femmes âgées de 15 à 19 ans) – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, basé sur des EDS, des MICS, des enquêtes sur la santé reproductive, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : février 2019.

Taux de natalité chez les adolescentes – Division de la population des Nations Unies, 2019. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Naissances avant l'âge de 18 ans – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Soins prénatals (au moins une visite) – EDS et MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Soins prénatals (au moins quatre visites) pour les femmes âgées de 15 à 19 ans – International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas au Brésil, basé sur des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Base de données UNICEF/OMS sur l'assistance qualifiée à la naissance, basé sur des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages et sur des données

administratives nationales. Dernière mise à jour : février 2019.

Personnel soignant qualifié à la naissance (pour les femmes âgées de 15 à 19 ans) – International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas au Brésil, basé sur des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Accouchements en institution – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Césarienne – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés et les mères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Nombre de décès maternels – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Taux de mortalité maternelle – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies). Dernière mise à jour : septembre 2019.

Les données nationales sur les indicateurs des ODD compris dans ce tableau (demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes, taux de natalité chez les adolescentes, assistance qualifiée à la naissance et taux de mortalité maternelle) se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données dans l'édition 2019 de la base de données mondiale des ODD.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.
- + La méthode de collecte des données pour cet indicateur varie selon les enquêtes et peut affecter la comparabilité des estimations de couverture. Pour de plus amples détails, se reporter à la Note générale sur les données, page XX.
- † Les estimations de mortalité maternelle proviennent des estimations 2019 du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle. Périodiquement, ce Groupe interorganisations des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies) produit des séries de données sur la mortalité maternelle qui sont comparables au plan international, qui comprennent des estimations pour les pays ne disposant pas de données et qui tiennent compte de problèmes bien répertoriés, comme le fait qu'une partie des décès maternels ne sont pas déclarés ou qu'ils sont mal classés. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables aux valeurs précédentes du taux de mortalité maternelle (TMM) « ajusté ».
- * Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.
- † À l'exclusion de l'Inde.

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2018 ^β										Pneumonie 2013-2018*	Diarrhée 2013-2018*	Paludisme 2013-2018*			
	BCG	DTC1 ^β	DTC3 ^β	Polio3	MCV1	MCV2 ^α	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^α	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Afghanistan	78	73	66	73	64	39	66	66	60	65	68	62	46	63	5	26
Afrique du Sud	70	81	74	74	70	50	74	74	70	73	90	88	51	68	–	–
Albanie	99	99	99	99	94	96	99	99	–	98	95	82	35	60	–	–
Algérie	99	96	91	91	80	77	91	91	–	91	98	66	25	–	–	–
Allemagne	–	98	93	93	97	93	87	92	68	84	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	99	99	99	99	95	98	99	–	94	–	–	–	–	–	–
Angola	86	67	59	56	50	35	59	59	65	67	78	49	43	51	22	31
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	99	95	94	96	95	95	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	98	96	96	98	98	97	97	96	97	98	–	–	–	–	–	–
Argentine	93	91	86	84	94	89	86	86	80	88	–	94 x	18 x	–	–	–
Arménie	99	96	92	92	95	96	92	92	93	92	–	57 x	37	71	–	–
Australie	–	98	95	95	95	93	95	94	87	95	–	–	–	–	–	–
Autriche	–	90	85	85	94	84	85	85	61	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	97	96	95	96	96	96	95	95	–	95	–	36 x	11 x	–	1 x	–
Bahamas	–	94	90	90	89	69	90	90	70	90	100	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	99	99	99	99	99	99	99	98	98	98	–	–	–	–	–
Bangladesh	99	99	98	98	97	93	98	98	–	97	98	42	77	55	–	–
Barbade	–	96	95	94	85	74	95	95	–	89	–	–	–	–	–	–
Bélarus	98	97	97	98	97	98	98	9	–	–	–	93 x	45 x	–	–	–
Belgique	–	99	98	98	96	85	97	97	87	94	–	–	–	–	–	–
Belize	99	97	96	96	97	91	96	96	–	–	91	67	55	71	–	–
Bénin	89	84	76	75	71	–	76	76	–	73	85	46	22	53	70	85
Bhoutan	99	98	97	97	97	91	97	97	–	–	89	74 x	61 x	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	90	89	83	83	89	38	83	83	87	83	87	62 x	22 x	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	95	89	73	73	68	76	80	62	–	–	–	87 x	36 x	–	–	–
Botswana	98	98	95	96	97	74	95	95	87	91	93	14 x	43 x	75 x	31 x	53 x
Brésil	90	87	83	85	84	69	83	83	80	84	94	50 x	–	–	–	–
Brunei Darussalam	99	99	99	99	99	98	99	99	–	–	96	–	–	–	–	–
Bulgarie	96	94	92	92	93	87	85	92	31	88	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	98	95	91	91	88	71	91	91	91	91	92	52	40	74	54	75
Burundi	91	94	90	90	88	77	90	90	92	90	90	63	36	70	40	46
Cabo Verde	96	99	98	98	99	88	99	99	–	–	92	–	–	–	–	–
Cambodge	93	94	92	90	84	70	92	92	–	84	93	69	35	61	4 x	5 x
Cameroun	88	86	79	78	71	–	79	79	78	79	85	28	16	33	55	71
Canada	–	95	91	91	90	87	71	91	79	81	–	–	–	–	–	–
Chili	96	99	95	95	93	93	95	95	–	93	–	–	–	–	–	–
Chine	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	99	99	97	90	88	97	97	–	81	–	–	–	–	–	–
Colombie	89	92	92	92	95	88	92	92	90	94	95	64 x	54 x	54 x	–	3 x
Comores	94	96	91	94	90	–	91	91	–	–	85	38 x	38 x	45 x	41 x	59 x
Congo	81	79	75	75	75	–	75	75	72	73	85	28	27	51	61	66
Costa Rica	92	95	94	94	94	93	98	94	–	96	–	77 x	40 x	–	–	–
Côte d'Ivoire	98	95	82	82	71	–	82	82	59	81	85	44	17	45	60	76
Croatie	98	98	93	94	93	95	93	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	93	61	93	–	–
Danemark	–	97	97	97	95	90	–	97	–	96	–	–	–	–	–	–
Djibouti	93	91	84	84	86	81	84	84	87	84	98	94 x	94 x	–	20 x	32 x
Dominique	95	99	94	94	84	81	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	95	96	95	95	94	94	95	95	–	–	86	68	28	68	–	–
El Salvador	81	82	81	83	81	85	81	81	82	75	92	80	70	–	–	–
Émirats arabes unis	95	99	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–
Équateur	90	86	85	85	83	74	85	85	85	85	88	–	46 x	–	–	–
Érythrée	97	97	95	95	99	88	95	95	96	95	99	45 x	43 x	–	20 x	71 x
Espagne	–	97	93	93	97	94	94	94	–	93	–	–	–	–	–	–
Estonie	92	93	92	92	87	88	93	92	85	–	–	–	–	–	–	–
Eswatini	98	96	90	90	89	75	90	90	90	88	88	60	84	63	2 x	10 x
État de Palestine	99	99	99	99	99	99	99	99	99	96	–	77	32	–	–	–
États-Unis	–	97	94	93	92	94	91	92	73	92	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	85	85	72	67	61	–	72	72	79	67	93	31	30	35	45	64
Fédération de Russie	95	97	97	96	98	97	97	–	–	82	–	–	–	–	–	–
Fidji	99	99	99	99	94	94	99	99	99	99	96	–	–	–	–	–

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2018 ^B										Pneumonie 2013-2018*	Diarrhée 2013-2018*	Paludisme 2013-2018*			
	BCG	DTC1 ^B	DTC3 ^B	Polio3	MCV1	MCV2 ^A	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^A	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydrata- tion orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Finlande	–	99	91	91	96	93	–	91	82	88	–	–	–	–	–	–
France	–	99	96	96	90	80	90	95	–	92	–	–	–	–	–	–
Gabon	87	78	70	64	59	–	70	70	–	–	85	68 x	26 x	67 x	39 x	36 x
Gambie	94	94	93	93	91	71	93	93	93	93	92	68	59	83	62	79
Géorgie	97	99	93	93	98	96	93	93	79	81	–	74 x	40 x	–	–	–
Ghana	98	97	97	98	92	83	97	97	94	96	89	56	49	77	52	68
Grèce	–	99	99	99	97	83	96	99	20	96	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	98	96	96	84	74	96	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	88	94	86	85	87	76	86	86	87	85	90	52	49	50	–	–
Guinée	72	63	45	45	48	–	45	45	–	–	80	83	55	62	27	44
Guinée-Bissau	91	89	88	89	86	–	88	88	88	88	83	34	35	51	81	90
Guinée équatoriale	63	44	25	27	30	–	25	25	–	–	70	54 x	40 x	62 x	23 x	38 x
Guyana	99	99	95	94	98	84	95	95	91	91	99	84	43	71	7	5
Haiti	83	84	64	64	69	38	64	64	58	1	81	37	39	40	18	31
Honduras	94	94	90	90	89	94	90	90	91	90	99	64 x	60 x	62 x	–	–
Hongrie	99	99	99	99	99	99	–	99	–	99	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	98	97	81	80	83	61	84	72	42	67	–	–	38 x	63 x	–	–
Îles Salomon	83	86	85	85	93	54	85	85	–	84	85	79	37	62	70	86
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges britanniques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	92	92	89	89	90	80	89	89	35	6	90	78	51	73	5	1
Indonésie	81	85	79	80	75	67	79	79	–	8	85	92	36	90	3 x	3 x
Iran (République islamique d')	99	99	99	99	99	98	99	99	–	–	95	76 x	61 x	–	–	–
Iraq	95	92	84	71	83	81	84	84	60	32	75	44	25	75	–	–
Irlande	–	98	94	94	92	–	94	94	89	90	–	–	–	–	–	–
Islande	–	97	91	91	93	95	–	91	–	90	–	–	–	–	–	–
Israël	–	99	98	98	98	96	97	98	81	94	–	–	–	–	–	–
Italie	–	98	95	95	93	89	95	94	19	92	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	93	99	97	98	89	82	97	98	–	–	90	82 x	64 x	–	–	–
Japon	99	99	99	97	97	93	–	99	–	98	–	–	–	–	–	–
Jordanie	94	98	96	92	92	96	96	96	93	–	90	72	44	68	–	–
Kazakhstan	95	99	98	98	99	98	98	98	–	95	–	81 x	62 x	–	–	–
Kenya	95	97	92	81	89	45	92	92	78	81	88	66	54	72	56	59
Kirghizistan	97	98	94	92	96	96	92	92	–	92	–	60	33	56	–	–
Kiribati	89	98	95	93	84	79	95	95	97	94	–	81 x	62 x	27 x	–	–
Koweït	99	99	99	99	99	99	99	99	3	99	99	–	–	–	–	–
Lesotho	98	98	93	90	90	82	93	93	70	93	85	63	53	61	–	–
Lettonie	95	97	96	96	98	94	96	96	79	82	–	–	–	–	–	–
Liban	–	96	83	81	82	63	80	85	–	82	–	74 x	44 x	–	–	–
Libéria	92	99	84	84	91	–	84	84	74	84	89	51	60	78	44	62
Libye	99	98	97	97	97	96	97	97	97	96	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	96	95	92	92	92	92	93	92	1	82	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	99	99	99	99	90	96	99	89	96	–	–	–	–	–	–
Macédoine du Nord	97	97	91	91	83	97	91	91	–	–	–	93 x	62 x	–	–	–
Madagascar	70	81	75	76	62	–	75	75	78	75	78	41	15	46	73	80
Malaisie	98	99	99	99	96	99	99	99	–	–	92	–	–	–	–	–
Malawi	92	96	92	91	87	72	92	92	90	92	89	78	65	54	68	82
Maldives	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	99	22 x	75	86	–	–
Mali	83	82	71	73	70	–	71	71	55	68	85	71	21	53	73	85
Malte	–	99	97	97	96	95	98	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	88	70 x	22 x	–	–	–
Maurice	99	98	97	98	99	99	97	97	95	96	95	–	–	–	–	–
Mauritanie	90	89	81	81	78	–	81	81	76	77	80	34	25	35	18	49
Mexique	96	90	88	88	97	99	55	88	77	88	96	73	61	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	80	97	75	75	73	48	83	59	52	67	–	–	–	–	–	–
Monaco	89	99	99	99	87	79	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	99	99	99	99	99	98	99	99	–	26	–	70	42	–	–	–
Monténégro	83	95	87	87	58	83	73	87	–	–	–	89 x	16 x	74	–	–
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	95	90	80	80	85	59	80	80	80	80	86	57	46	69	73	82

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2018 ^B										Pneumonie 2013-2018*	Diarrhée 2013-2018*	Paludisme 2013-2018*			
	BCG	DTC1 ^B	DTC3 ^B	Polio3	MCV1	MCV2 ^A	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^A	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Myanmar	90	95	91	91	93	87	91	91	–	91	90	58	62	65	19	27
Namibie	94	94	89	84	82	50	89	89	92	61	88	68	72	63	6	24
Nauru	99	99	90	90	99	94	90	90	–	–	–	69 x	23 x	51 x	–	–
Népal	96	96	91	91	91	69	91	91	–	82	89	85	37	80	–	–
Nicaragua	98	99	98	99	99	95	98	98	98	98	90	58 x	65 x	–	–	–
Niger	87	91	79	79	77	48	79	79	79	79	81	59	41	75	96	87
Nigéria	53	70	57	57	65	–	57	57	–	57	60	73	40	72	49	65
Niue	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	99	96	96	96	93	–	96	93	94	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	95	93	93	92	90	93	92	86	96	–	–	–	–	–	–
Oman	99	99	99	99	99	99	99	99	–	99	99	56	59	–	–	–
Ouganda	88	99	93	88	86	–	93	93	36	92	85	80	47	81	62	78
Ouzbékistan	96	99	98	98	96	99	98	98	84	96	–	68 x	28 x	–	–	–
Pakistan	86	83	75	75	76	67	75	75	58	79	85	84	37	81	0	4
Palaos	–	99	95	98	90	75	98	92	93	89	–	–	–	–	–	–
Panama	99	96	88	88	98	99	88	88	95	92	–	82	52	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	69	67	61	67	61	–	61	61	–	43	70	63	30	48	–	69
Paraguay	91	91	88	88	93	83	88	88	91	94	95	89	28	86	–	–
Pays-Bas	–	97	93	93	93	89	92	93	–	93	–	–	–	–	–	–
Pérou	81	90	84	83	85	66	84	84	85	82	95	62	32	61	–	–
Philippines	75	66	65	66	67	40	65	65	–	43	90	67	45	55	–	–
Pologne	92	98	95	87	93	92	91	95	–	60	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	99	99	99	99	96	98	99	–	98	–	–	–	–	–	–
Qatar	99	99	98	98	99	95	98	98	95	98	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	79	67	47	53	63	54	47	48	–	–	91	77 x	50 x	–	–	–
République centrafricaine	74	69	47	47	49	–	47	47	–	47	60	30 x	16 x	–	36 x	47 x
République de Corée	98	98	98	98	98	97	98	98	–	97	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	96	96	93	94	93	96	94	92	75	94	–	79 x	42 x	–	–	–
République démocratique du Congo	83	82	81	79	80	–	81	81	–	81	85	42	39	55	56	70
République démocratique populaire lao	79	73	68	67	69	57	68	68	–	56	90	40	56	58	50	61
République dominicaine	99	99	94	89	95	31	92	90	82	70	99	73	48	65	–	–
République populaire démocratique de Corée	96	99	97	99	98	99	97	97	–	–	98	86	74	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	99	99	98	91	99	84	98	98	98	98	90	55	45	75	55	78
Roumanie	96	94	86	86	90	81	93	86	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	98	94	94	92	88	–	94	91	92	–	–	–	–	–	–
Rwanda	97	98	97	97	99	96	97	97	98	97	95	54	28	56	68	84
Sainte-Lucie	99	99	95	95	86	68	95	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	97	99	97	97	96	96	98	98	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	94	90	93	89	84	78	91	–	58	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	99	99	97	99	99	99	97	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	62	56	34	31	31	13	34	34	–	–	–	78	63	59	–	–
Sao Tomé-et-Principe	96	97	95	95	95	76	95	95	95	95	99	69	49	66	61	78
Sénégal	83	83	81	81	82	63	82	82	80	81	95	60	28	51	61	84
Serbie	98	98	96	96	92	90	91	96	–	48	–	90 x	36 x	–	–	–
Seychelles	97	99	99	99	96	97	99	99	99	16	100	–	–	–	–	–
Sierra Leone	90	98	90	90	80	55	90	90	92	90	90	74	78	70	60	71
Singapour	98	98	96	96	95	84	96	96	–	82	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	99	96	96	96	97	96	96	–	96	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	97	93	93	93	94	–	93	–	60	–	–	–	–	–	–
Somalie	37	52	42	47	46	–	42	42	–	–	67	13 x	13 x	–	11 x	12 x
Soudan	88	97	93	93	88	72	93	93	94	93	80	48	20	–	30 x	25 x
Soudan du Sud	52	58	49	50	51	–	49	49	–	–	68	48 x	39 x	57	46	66
Sri Lanka	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	99	52	54	92	3 x	6
Suède	26	99	97	97	97	95	92	97	–	97	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	97	96	96	96	89	72	95	–	85	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	95	95	95	98	39	95	95	–	–	93	76 x	42 x	–	43 x	61 x
Tadjikistan	99	98	96	96	98	97	96	96	96	–	–	69	62	44	1 x	2 x
Tchad	59	55	41	44	37	–	41	41	–	–	78	26	20	23	36	77
Tchéquie	–	98	96	94	96	84	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	99	99	97	97	96	87	97	–	–	–	98	80	73	76	–	–

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2018 ^B											Pneumonie 2013-2018*	Diarrhée 2013-2018*	Paludisme 2013-2018*		
	BCG	DTC1 ^B	DTC3 ^B	Polio3	MCV1	MCV2 ^A	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^A	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydrata- tion orale (SRO) (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Timor-Leste	95	92	83	83	77	54	83	83	–	–	83	71	70	58	55	64
Togo	83	92	88	66	85	–	88	88	89	88	83	49	19	56	70	85
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	88	86	81	83	85	85	81	81	–	–	–	–	–	64 x	–	–
Trinité-et-Tobago	–	99	99	99	90	92	99	99	–	99	–	74 x	45 x	–	–	–
Tunisie	92	98	97	97	96	99	97	97	–	–	96	60 x	65 x	–	–	–
Turkménistan	98	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	59	47	59	–	–
Turquie	96	99	98	98	96	87	98	98	–	97	95	–	–	–	–	–
Tuvalu	99	99	89	89	88	81	89	89	–	–	–	–	44 x	79 x	–	–
Ukraine	90	65	50	48	91	90	52	39	–	–	–	92 x	59 x	–	–	–
Uruguay	98	96	91	91	97	91	91	91	–	93	–	91	–	–	–	–
Vanuatu	94	93	85	85	75	–	85	85	–	–	78	72	48	57	51	83
Venezuela (République bolivarienne du)	92	84	60	53	74	39	60	60	–	–	70	72 x	38 x	–	–	–
Viet Nam	95	78	75	90	97	90	75	75	–	–	94	81	51	–	9 x	10 x
Yémen	64	75	65	59	64	46	65	65	64	64	70	34	25	33	–	–
Zambie	91	94	90	90	94	65	90	90	91	90	85	70	64	75	41	68
Zimbabwe	95	94	89	89	88	78	89	89	90	89	87	51	41	50	9	48
Données consolidées																
Asie de l'Est et Pacifique	93	93	91	92	92	87	88	35	1	14	89 **	–	–	–	–	–
Europe et Asie centrale	93	97	94	93	95	91	84	76	24	77	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Est et Asie centrale	96	96	93	93	96	94	94	61	16	72	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Ouest	69	98	95	94	94	88	71	94	35	84	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	91	90	85	85	89	78	78	85	73	79	92	–	–	–	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	93	94	90	88	89	87	90	90	32	39	87	59	28	–	–	–
Amérique du Nord	–	97	94	93	92	93	89	92	74	91	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	91	91	87	87	87	78	87	87	36	29	89	75	50	73	4	2
Afrique subsaharienne	79	84	76	74	74	26	76	76	50	72	81	57	38	60	53	68
Afrique de l'Est et australe	86	88	81	78	77	40	81	81	74	77	86	56	40	60	51	67
Afrique de l'Ouest et centrale	73	79	70	70	71	12	70	70	28	67	76	58	36	61	55	70
Pays les moins avancés	86	87	80	79	78	40	80	80	50	76	86	51	42	57	51	64
Monde	89	90	86	85	86	69	84	72	35	47	86 **	68	44	67	–	–

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

BCG – Pourcentage de nourrissons nés vivants à qui on a administré le bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose).

DTC1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

DTC3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Polio3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la poliomyélite.

MCV1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre la rougeole.

MCV2 – Pourcentage d'enfants à qui on a administré la deuxième dose de vaccin contre la rougeole conformément au calendrier national.

HepB3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre l'hépatite B.

Hib3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre le Haemophilus influenzae de type b.

Rota – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la dernière dose de vaccin contre le rotavirus, conformément aux recommandations.

PCV3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin conjugué contre le pneumocoque.

Protection à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos par l'anatoxine tétanique.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie (toux, respiration rapide ou difficile due à un problème dans la poitrine) dans les deux semaines précédant l'enquête et pour lesquels on a demandé un conseil ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale (SRO) – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête à qui l'on a administré des sels de réhydratation orale (sachets de sels de réhydratation orale, ou SRO liquides pré-conditionnés).

Consultations pour des enfants fiévreux – Pourcentage d'enfants fiévreux âgés de moins de 5 ans pour lesquels il a été demandé des conseils ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant. Sont exclus les fournisseurs de médicaments, les magasins et les guérisseurs traditionnels. Dans certains pays, en particulier ceux où le paludisme n'est pas endémique, les pharmacies ont également été exclues du calcul.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit qui a précédé l'enquête.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide – Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Vaccination – Estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF de la couverture immunitaire nationale, révision de 2018. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale (SRO) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Consultations pour des enfants fiévreux – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mai 2019.

NOTES

– Données non disponibles ou vaccin non inclus dans le calendrier national.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

β Pour le calcul des agrégats régionaux, la couverture des pays n'ayant pas inclus le vaccin dans leur calendrier national ou n'ayant pas transmis de données sur la couverture est considérée comme nulle, à l'exception du BCG qui n'est recommandé que dans les pays où l'environnement est caractérisé par une forte incidence de la tuberculose ou une charge de morbidité liée à la lèpre élevée. Les estimations des Perspectives de la population mondiale (Révision de 2019) en ce qui concerne les populations cibles ont été utilisées dans le calcul des agrégats régionaux et mondiaux.

^ En général, il est recommandé d'administrer la deuxième dose de vaccin contre la rougeole (MCV2) au cours de la deuxième année de vie. Toutefois, dans de nombreux pays, cette dose est programmée plus tard. Pour le calcul des agrégats régionaux, la couverture des pays n'ayant pas transmis de données sur leur calendrier national ou n'ayant pas transmis de données sur la couverture est considérée comme nulle, à l'exception du BCG qui n'est recommandé que dans les pays où l'environnement est caractérisé par une forte incidence de la tuberculose ou une charge de morbidité liée à la lèpre élevée.

^ L'OMS et l'UNICEF appliquent un processus complexe qui utilise des données administratives, des enquêtes (de routine et supplémentaires), des enquêtes sérologiques et des informations sur d'autres vaccins pour calculer le pourcentage de naissances que l'on peut considérer comme protégées contre le tétanos parce que les femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique. La méthodologie complète peut être consultée sur <https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/fr/>.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 5. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés 2018				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants 2018				Nombre d'enfants vivant avec le VIH 2018			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Afghanistan	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,28	0,07	0,07	0,06	<500	<200	<100	<100
Afrique du Sud	2,48	8,61	15,70	1,87	26,80	24,01	28,58	19,50	260 000	310 000	200 000	110 000
Albanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Algérie	0,01	0,02	0,02	0,01	0,14	0,02	<0,01	<0,01	<500	<200	<200	<100
Allemagne	<0,01	0,02	0,01	0,02	0,04	0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<200
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	1,35	1,10	1,91	0,30	36,66	9,91	10,88	8,93	38 000	21 000	14 000	7 200
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	0,12	0,11	0,23	0,23	3,94	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	0,03	0,06	0,05	0,08	0,07	0,08	0,09	0,08	1 800	2 300	1 100	1 200
Arménie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australie	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahamas	0,79	0,26	0,23	0,22	21,03	9,72	7,94	7,61	<200	<200	<100	<100
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,07	0,01	0,01	0,01	<500	<200	<200	<100
Barbade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	0,05	0,08	0,12	0,04	0,69	<0,01	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	0,64	1,55	1,74	1,36	14,87	3,82	2,57	2,52	<200	<500	<200	<200
Bénin	0,26	0,34	0,50	0,18	7,39	4,80	4,63	4,90	4 600	3 800	2 100	1 600
Bhoutan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie (État plurinational de)	0,04	0,06	0,06	0,06	1,10	0,85	0,82	0,88	620	680	<500	<500
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	1,27	5,58	9,30	1,99	71,79	85,42	84,91	85,92	14 000	17 000	9 600	7 500
Brésil	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	0,21	0,15	0,22	0,09	5,55	6,41	5,40	7,38	9 100	8 700	4 600	4 100
Burundi	0,41	0,11	0,18	0,03	12,62	12,65	11,79	13,61	11 000	9 300	4 900	4 400
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cambodge	0,06	0,03	0,04	0,02	0,71	0,74	0,65	0,82	3 300	3 100	1 600	1 600
Cameroun	1,18	1,30	2,25	0,37	35,35	22,46	22,42	22,51	43 000	35 000	21 000	14 000
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chili	0,02	0,12	0,08	0,15	0,46	0,08	0,08	0,08	<500	<500	<200	<500
Chine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	0,14	0,05	0,03	0,08	–	–	–	–	3 600	3 100	1 400	1 600
Comores	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	1,43	1,26	2,30	0,23	40,11	15,89	16,29	15,50	7 700	5 400	3 500	1 900
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	0,68	0,61	1,07	0,16	22,72	17,82	16,12	19,51	31 000	26 000	14 000	11 000
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,01	0,08	0,06	0,09	0,33	0,08	0,17	0,16	<100	<200	<100	<100
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	0,86	0,38	0,53	0,23	20,97	16,23	15,88	16,57	810	690	<500	<500
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	<100	<100	<100	<100
Égypte	0,01	0,02	0,02	0,02	0,22	0,02	0,02	0,01	<500	<500	<200	<200
El Salvador	0,10	0,21	0,17	0,25	2,68	0,79	0,81	0,94	610	830	<500	<500
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	0,03	0,07	0,07	0,07	0,42	0,13	0,13	0,13	660	620	<500	<500
Érythrée	0,22	0,16	0,28	0,04	6,17	3,94	3,91	3,97	1 300	1 000	570	<500
Espagne	<0,01	0,03	0,02	0,05	–	–	–	–	<100	<500	<100	<200
Estonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eswatini	5,66	11,16	22,56	0,52	76,48	74,46	85,87	63,11	11 000	12 000	7 700	3 800
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	0,18	0,27	0,47	0,08	4,63	3,43	3,40	3,47	36 000	36 000	21 000	15 000
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Finlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
France	<0,01	0,05	0,05	0,06	0,13	0,01	0,02	0,02	<500	600	<500	<500

TABLEAU 5. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés 2018				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants 2018				Nombre d'enfants vivant avec le VIH 2018			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Gabon	1,43	1,22	2,28	0,19	37,50	18,93	19,59	18,78	3 200	2 200	1 400	840
Gambie	0,77	0,33	0,56	0,09	17,64	7,04	6,68	7,78	1 900	920	520	<500
Géorgie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	0,81	0,69	1,26	0,16	24,53	14,97	13,61	16,27	30 000	21 000	13 000	8 400
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	0,09	0,11	<0,01	0,21	3,19	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Guatemala	0,11	0,07	0,08	0,05	2,86	1,36	1,41	1,31	2 000	1 900	990	930
Guinée	0,62	0,63	1,06	0,21	17,30	8,32	8,56	8,08	10 000	7 800	4 800	3 100
Guinée-Bissau	2,46	0,93	1,31	0,56	57,90	33,74	31,39	36,08	5 700	3 000	1 600	1 400
Guinée équatoriale	4,89	2,86	4,13	1,60	110,08	36,17	31,55	40,69	5 300	2 500	1 400	1 100
Guyana	0,37	0,31	0,42	0,20	8,18	2,08	1,40	1,37	<500	<500	<200	<100
Haiti	0,69	0,80	1,38	0,22	14,38	6,28	6,14	6,33	8 700	8 300	5 100	3 200
Honduras	0,07	0,15	0,12	0,18	1,98	0,75	0,71	0,79	890	1 300	610	710
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges britanniques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Indonésie	0,14	0,27	0,20	0,33	3,45	0,63	0,59	0,67	18 000	18 000	6 900	11 000
Iran (République islamique d')	0,01	0,02	0,02	0,02	0,23	0,16	0,15	0,17	880	660	<500	<500
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	<0,01	0,02	0,02	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	<0,01	0,03	0,02	0,03	0,08	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Italie	0,02	0,03	0,03	0,03	0,35	0,02	0,04	0,03	<500	<500	<200	<200
Jamaïque	0,11	0,42	0,41	0,42	1,14	0,41	0,42	0,40	<500	<500	<500	<500
Japon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	0,03	0,04	0,05	0,03	0,45	0,04	<0,01	<0,01	<500	<200	<200	<100
Kenya	1,12	1,45	2,33	0,56	27,56	26,64	25,31	27,94	120 000	130 000	71 000	57 000
Kirghizistan	0,03	0,02	0,03	0,02	0,48	0,09	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	6,31	8,10	14,00	2,52	95,13	51,44	53,65	48,77	12 000	13 000	8 300	4 800
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	0,40	0,58	0,90	0,26	14,66	12,33	10,60	13,99	3 700	3 300	1 900	1 400
Libye	0,04	0,03	0,03	0,03	1,06	0,27	0,18	0,17	<500	<200	<100	<100
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macédoine du Nord	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,11	0,47	0,37	0,57	2,51	0,94	0,82	1,01	1 900	3 800	1 600	2 200
Malaisie	<0,01	0,28	0,01	0,56	0,06	0,25	0,07	0,43	<500	2 500	<500	2 200
Malawi	1,20	2,64	4,75	0,56	31,39	24,90	25,00	24,79	74 000	75 000	44 000	31 000
Maldives	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	1,03	1,15	1,85	0,47	24,84	9,30	9,43	9,17	19 000	14 000	8 800	5 300
Malte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	0,02	0,05	0,05	0,05	0,14	0,07	0,07	0,06	560	700	<500	<500
Maurice	0,15	0,19	0,23	0,14	2,97	1,60	1,09	1,05	<100	<100	<100	<100
Mauritanie	0,06	0,01	0,01	0,01	1,37	0,78	0,68	0,88	<500	<200	<100	<100
Mexique	0,02	0,03	0,02	0,05	–	–	–	–	2 300	2 400	1 000	1 400
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monténégro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	3,05	7,16	11,63	2,84	62,88	37,24	39,24	35,29	140 000	130 000	86 000	43 000
Myanmar	0,18	0,43	0,41	0,45	2,75	1,59	1,58	1,61	9 800	11 000	5 500	5 300
Namibie	1,24	3,32	4,97	1,68	35,75	32,44	35,15	30,11	11 000	11 000	5 900	4 700
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	0,03	0,02	0,02	0,01	0,48	0,20	0,22	0,21	1 400	1 000	520	500

TABLEAU 5. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés 2018				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants 2018				Nombre d'enfants vivant avec le VIH 2018			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	0,02	0,09	0,07	0,10	0,76	0,22	0,20	0,24	850	1 000	510	520
Uruguay	0,03	0,13	0,10	0,15	0,73	0,20	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,04	0,03	0,04	0,02	0,50	0,13	0,16	0,10	5 000	3 000	1 600	1 400
Yémen	0,02	0,07	0,03	0,10	0,38	0,11	0,06	0,12	<500	680	<200	<500
Zambie	1,68	4,31	6,79	1,82	36,43	24,50	24,69	24,16	62 000	64 000	39 000	25 000
Zimbabwe	2,02	3,67	5,94	1,42	53,17	49,51	49,01	50,21	84 000	81 000	46 000	36 000
DONNÉES CONSOLIDÉES												
Asie de l'Est et Pacifique	0,04	0,10	0,07	0,13	0,84	0,27	0,25	0,29	50 000	62 000	25 000	36 000
Europe et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Est et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Ouest	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	0,08	0,12	0,13	0,12	1,68	0,63	0,63	0,62	42 000	48 000	25 000	23 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,01	0,03	0,02	0,03	0,23	0,06	0,05	0,06	3 500	3 300	1 500	1 800
Amérique du Nord	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	0,03	0,05	0,05	0,04	0,54	0,15	0,15	0,15	64 000	61 000	30 000	31 000
Afrique subsaharienne	0,85	1,42	2,33	0,52	19,69	12,48	12,53	12,45	1 550 000	1 460 000	880 000	580 000
Afrique de l'Est et australe	1,03	2,14	3,57	0,72	22,65	15,72	16,08	15,35	1 110 000	1 120 000	680 000	440 000
Afrique de l'Ouest et centrale	0,67	0,67	1,04	0,32	16,76	9,19	8,86	9,52	440 000	340 000	200 000	140 000
Pays les moins avancés	0,20	0,36	0,58	0,15	13,04	7,37	7,38	7,36	810 000	720 000	430 000	290 000
Monde	0,25	0,33	0,51	0,16	5,18	2,69	2,76	2,64	1 730 000	1 650 000	970 000	680 000

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Nombre estimatif de nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants non infectés exposés à un risque d'infection au VIH.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Nombre estimatif de décès liés au sida pour 100 000 habitants.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Estimations 2019 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Estimations 2019 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Estimations 2019 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

NOTES

– Données non disponibles.

En raison de l'arrondissement des estimations, l'addition des données ventilées pourrait ne pas correspondre au montant total.

TABLEAU 6. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Couverture des interventions									
	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%) 2018	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%) 2018	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%) 2018		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2018*		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2018*		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2018*	
			Enfants de moins de 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Mozambique	>95	66,4	60,2	–	28,0	27,7	38,6	43,2 p	10,1	25,3
Myanmar	79,7	25,0	80,1	–	14,3	13,4	–	–	2,0	0,9
Namibie	>95	–	77,9	>95	61,0	55,9	75,1 p	61,4 p	13,9	28,5
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	50,7	70,8	91,2	–	24,3	18,3	–	–	3,0	2,5
Nicaragua	90,4	77,2	54,7	–	–	16,4 x	–	–	–	–
Niger	57,7	7,7	52,5	40,3	20,3	11,2	–	–	1,5	4,1
Nigéria	43,6	18,1	35,0	34,2	24,8	28,1	62,0	42,7	7,3	7,9
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	92,9	44,8	65,7	–	40,2	40,7	52,1	26,0	28,4	39,4
Ouzbékistan	35,4	31,3	92,8	>95	–	–	–	–	–	–
Pakistan	10,0	1,9	11,2	9,6	0,2 y	1,0 y	–	–	0,0 py	0,2 y
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	92,1	90,1	75,8	>95	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	78,6	74,6	49,2	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	87,5	59,8	43,0	27,7	–	24,9	–	61,0	–	9
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	84,6	82,2	47,6	>95	–	–	–	–	–	–
Philippines	18,5	3,6	20,3	5,8	–	15,7	34,3 px	–	–	0,3
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	22,8	9,7	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République centrafricaine	70,7	24,3	23,4	87,8	26,4 x	17,1 x	49,8 x	28,1 x	6,8 x	14,6 x
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	72,6	74,2	40,4	59,8	25,6	35,2	–	–	6,4	9,9
République démocratique du Congo	43,9	19,7	24,9	–	20,3	17,1	17,3	12,1	1,4	4,5
République démocratique populaire lao	35,4	12,7	39,7	–	21,2	19,1	57,2	27,4 p	0,5	1,0
République dominicaine	84,2	67,7	54,6	–	39,2	39,4	67,4	40,3	5,3	11,6
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	93,3	46,9	65,0	56,2	41,9	36,8	45,2	37,7	13,1	20,8
Roumanie	>95	–	>95	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	>95	82,5	63,2	–	59,5	61,6	–	–	21,9	27,4
Sainte-Lucie	–	71,4	5,6	–	–	57,7	–	–	–	11,9
Saint-Kitts-et-Nevis	50,0	–	<1	25,0	55,2 x	54,4 x	53,8 x	50,0 x	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	36,4	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	>95	62,2	30,8	42,0	40,5	78,5	–	8,0	22,1
Sénégal	65,1	23,8	30,7	–	25,7	20,3	49,1 p	–	1,5	6,1
Serbie	–	–	–	–	43,0 x	52,9 x	62,8 x	–	1,3 x	1,3 x
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	–	–	16,9	–	26,0	24,8	8,8	11,5	3,0	7,4
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	19,4	–	14,3	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	5,1	–	14,7	–	9,8	7,7	–	–	–	0,6
Soudan du Sud	56,0	5,7	8,9	–	–	8,3 x	–	6,1 px	–	3,2 x
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	>95	–	71,6	>95	–	40,3 x	–	–	–	11,4 x
Tadjikistan	46,5	29,1	>95	–	9,4 x	8,5	–	–	–	2,1
Tchad	55,8	–	16,3	–	11,6	10,2	–	53,6 p	1,5	5,3

TABLEAU 6. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Couverture des interventions									
	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%) 2018	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%) 2018	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%) 2018		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2018*		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2018*		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2018*	
			Enfants de moins de 15 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Tchéquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	>95	>95	82,6	84,8	45,0	46,5	–	–	3,5	6,3
Timor-Leste	–	–	–	–	12,7	5,9	–	–	0,3	0,0
Togo	80,3	46,0	33,6	–	27,9	22,8	–	46,5 px	6,7	11,2
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	55,3 x	–	–	–	10,0 x
Tunisie	–	–	–	–	12,2	13,0	–	–	0,0	0,3
Turkménistan	–	–	–	–	–	18,6	–	–	–	4,8
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	>95	65,0	>95	–	36,6	42,6	89,8	–	9,9	6,9
Uruguay	>95	75,0	63,9	–	–	36,4	–	66,8 p	–	7,2
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	81,0	50,8	91,7	–	–	50,5	–	–	–	3,8
Yémen	12,8	–	33,0	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	>95	71,4	78,7	–	42,3	38,9	37,7	33	14,9	28,8
Zimbabwe	93,9	63,0	76,4	88,9	48,7	51,4	71,1	–	19,9	29,1
Données consolidées										
Asie de l'Est et Pacifique	55,0	36,9	60,8	–	–	–	–	–	–	–
Europe et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Est et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Ouest	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	78,6	48,5	46,0	–	–	–	–	–	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	53,2	35,5	73,1	–	–	–	–	–	–	–
Amérique du Nord	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	56,2	30,8	91,1	–	23,6	15,2	29,9	35,3	0,6	1,7
Afrique subsaharienne	84,4	60,4	52,0	–	31,1	28,0	51,3	32,9	10,3	15,0
Afrique de l'Est et australe	91,5	68,8	61,2	–	37,6	33,0	53,6	33,2	15,8	21,9
Afrique de l'Ouest et centrale	58,8	29,3	28,4	–	23,6	22,2	48,6	32,6	4,5	7,1
Pays les moins avancés	88,5	49,8	51,0	–	27,7	21,5	41,4	–	7,2	11,6
Monde	82,4	58,7	54,2	–	24,1	20,3	–	–	–	6,7

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Pourcentage du nombre estimatif de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral effectif (hors névirapine à dose unique) pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans capables d'identifier correctement les deux façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH, qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH et qui réfutent les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont obtenu les résultats du test le plus récent.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Estimations 2019 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Estimations 2019 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Estimations 2019 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans – Enquêtes de population représentatives au plan national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2018. Dernière mise à jour : avril 2019.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Enquêtes de population représentatives au plan national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2018. Dernière mise à jour : avril 2019.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Enquêtes de population représentatives au plan national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2018. Dernière mise à jour : avril 2019.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25-49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 7. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS EN BAS ÂGE

Pays et zones	Poids à la naissance		Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2013-2018*									
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015	Absence de pesée à la naissance (2010-2018)*	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois) (%)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
						Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches				
France	7	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	14	9	32 x	5 x	82 x	23 x	34 x	19 x	18 x	–	–	52 x
Gambie	17	41	52	47	55	78	81	69	10	58	8	76
Géorgie	6	0	69 x	55 x	85 x	30 x	31 x	31 x	–	–	–	–
Ghana	14	40	56	52	73	76	92	71	24	43	13	51
Grèce	9	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	11	6	63	53	80	72	85	48	59	82	52	27
Guinée	–	49	34	33	54	78	91 r	53 r	6	24	2	85
Guinée-Bissau	21	56	34	53	57	77	83	57	10	57	8	44
Guinée équatoriale	–	30	–	7 x	–	31 x	47 x,r	34 x,r	–	39 x	–	–
Guyana	16	11	49	21	81	46	64	25	40	63	28	33
Haiti	–	67	47	40	91	52	59	43	19	39	11	55
Honduras	11	17	64 x	31 x	86 x	59 x	76 x	42 x	61 x	86 x	55 x	36 x
Hongrie	9	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	10	61	43	64	36	25	– p	34	61	16	46
Îles Salomon	–	14	79	76	–	71	–	–	–	–	–	–
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges britanniques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	– z	22	41	55	46	80	88	69	20	36	10	55
Indonésie	10	10	58	51	86	67	74	56	54	72	40	18
Iran (République islamique d')	–	–	69 x	53 x	76 x	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	28	32	26	85	35	47	32	45	78	35	25
Irlande	6	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	4	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	8	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	15	4	65 x	24 x	64 x	38 x	39 x	29 x	–	42 x	–	–
Japon	9	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	14	5	67	25	83	26	28	33	35	62	23	41
Kazakhstan	5	1	83	38	66	41	40	45	49	77	38	21
Kenya	11	34	62	61	80	75	79	69	36	51	22	29
Kirghizistan	6	0	81	46	91	47	53	36	60	76	44	14
Kiribati	–	24 x	80 x	66 x	70 x	85 x	92 x	80 x	27 x	–	–	–
Koweït	10	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	15	17	65	67	83	53	74	26	17	61	11	50
Lettonie	5	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	9	0	41 x	–	–	14 x	–	–	–	–	–	–
Libéria	–	77	61	55	47	69	76	53	10	30	5	39
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	5	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	7	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macédoine du Nord	9	4	21 x	23 x	87 x	27 x	25 x	26 x	–	65 x	–	–
Madagascar	17	60 x	66 x	42 x	90 x	79 x	79 x	77 x	22 x	–	–	33 x
Malaisie	11	1	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	14	16	76	59	85	84	87	78	23	29	8	23
Maldives	12	11	67	63	97	73	79	– p	71	70	51	15
Mali	–	63	53	40	42	79	82 r	73 r	11	23	3	70
Malte	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	17	27	43	35	84 x	35 x	45 x	19 x	–	–	–	–
Maurice	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	–	64	68	40	74	70	75	61	28	39	14	51
Mexique	8	2	51	30	82	36	52	16	59	81	48	18
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	5	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	5	1	84	59	97	64	66	58	45	92	41	37
Monténégro	5	1	14	17	95	15	27	11	69	90	61	9
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	14	49	69	41	95	75 x	80 x	53 x	28 x	41 x	13 x	36 x
Myanmar	12	55	67	51	75	78	84	66	21	58	16	56
Namibie	16	14	71	48	80	47	55	27	25	41	13	52

TABLEAU 7. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS EN BAS ÂGE

Pays et zones	Poids à la naissance		Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2013–2018*									
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015	Absence de pesée à la naissance (%) 2010-2018*	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois) (%)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
						Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches				
Nauru	–	4	76 x	67 x	–	67 x	–	–	–	–	–	–
Népal	22	39	55	65	84	94	97	91	45	71	36	38
Nicaragua	11	8	54 x	32 x	89 x	52 x	64 x	28 x	–	–	–	–
Niger	–	77	53 x	23 x	62 x	78 x	85 x	71 x	8 x	51 x	6 x	67 x
Nigéria	–	75	33	25	66	51	80 r	48 r	34	46	15	32
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	4	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	6	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	11	0	82	23	95	–	–	–	–	65	–	–
Ouganda	–	33	66	65	81	67	77	53	26	42	15	44
Ouzbékistan	5	1 x	67 x	24 x	47 x	57 x	66 x	52 x	–	–	–	–
Pakistan	–	84	20	47	65	63	75	52	15	63	13	61
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	10	9	47	21	78	41	57	18	–	64	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	56 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	8	2	50	30	87	33	41	43	52	75	40	16
Pays-Bas	6	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	9	5	50	66	95	65	69	53	83	–	–	7
Philippines	20	16	57	33 x	89 x	60	68	49	54 x	–	–	22 x
Pologne	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	9	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	7	2	34 x	29 x	74 x	47 x	–	–	–	49 x	–	–
République arabe syrienne	–	52 x	46 x	43 x	44 x	45 x	57 x	42 x	–	–	–	–
République centrafricaine	15	39	53	29	94 x	66 x	74 x	57 x	27 x	20 x	9 x	22 x
République de Corée	6	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	5	1	61 x	36 x	75 x	27 x	44 x	22 x	70 x	49 x	–	10 x
République démocratique du Congo	11	24	52	47	79	82	87	67	17	35	8	29
République démocratique populaire lao	17	33	50	44	87	43	66	19	36	70	27	36
République dominicaine	11	4	38	5	81	20	27	14	51	80	43	35
République populaire démocratique de Corée	–	0	43	71	78	–	–	–	47	75	29	–
République-Unie de Tanzanie	10	36	51	59	92	72	75	70	21	40	9	29
Roumanie	8	2	58 x	16 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	7	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	8	8	80	87	57	91	94	81	28	47	18	25
Sainte-Lucie	–	0	50 x	3 x	– x,p	29 x	– x,p	– x,p	–	50 x	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	3	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	24	81	70	74	73	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	7	7	38	72	74	51	65	46	37	60	23	27
Sénégal	18	40	34	42	67	70	77	61	20	31	8	52
Serbie	5	2	51	13	97	15	20	18	77	96	70	3
Seychelles	12	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	14	52	56	47	68	61	71	33	18	43	9	41
Singapour	10	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	8	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	6	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	96 x	23 x	5 x	17 x	43 x	61 x	23 x	–	–	–	–
Soudan	–	89	69	55	61	73	72	74	24	42	15	67
Soudan du Sud	–	–	50 x	45 x	42 x	62 x	67 x	58 x	–	12 x	–	–
Sri Lanka	16	0	90	82	88	91	–	–	–	–	–	–
Suède	2	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	15	19	45 x	3 x	79 x	17 x	16 x	15 x	–	64 x	–	–
Tadjikistan	6	9	62	36	63	57	63	53	23	40	9	58
Tchad	–	88	23	<1.0	59	79	82	68	9	37	6	70
Tchéquie	8	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	11	1	40	23	85	24	35	11	63	85	54	22
Timor-Leste	–	47	75	50	63	52	61	44	28	46	13	35
Togo	16	40	61	57	67	82	92	69	18	46	12	45

TABLEAU 7. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS EN BAS ÂGE

Pays et zones	Poids à la naissance		Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2013–2018*									
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015	Absence de pesée à la naissance (%) 2010-2018*	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois) (%)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) (%)
						Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches				
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	–	6	79 x	52 x	–	41 x	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	12	19	46 x	21 x	56 x	34 x	45 x	– xp	–	70 x	–	–
Tunisie	7	3	32	14	97	30	39	28	–	88	55	20
Turkménistan	5	1	73	58	82	44	54	24	82	93	77	9
Turquie	11	0	50	30	75	50	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	3 x	15 x	35 x	–	53 x	–	–	–	–	–	–
Ukraine	6	3	66 x	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	–	64 x	–	–
Uruguay	8	6	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	11	13	85	73	72	58	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	8	6	26	24	91	43	55	29	59	91	55	14
Yémen	–	92	53	10	69	63	73	56	21	59	15	66
Zambie	12	34	66	70	82	63	87 r	48 r	18	42	10	35
Zimbabwe	13	18	58	47	91	55	61	45	23	36	8	32

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	8	6	38	30	84	60 q	68 q	47 q	40	71	30	23 q
Europe et Asie centrale	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Est et Asie centrale	7	2	57 q	33 q	75 q	47 q	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Ouest	7	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	9	7	54 q	38 q	84 q	45 q	57 q	28 q	60 q	75 q	–	21 q
Moyen-Orient et Afrique du Nord	11	35	36	31	78	47	55	42	36	65	26	42
Amérique du Nord	8	2	–	35	–	13	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	27	39	40	54	52	78	86	67	20	44	12	55
Afrique subsaharienne	14	52	52	44	72	67	79	59	24	43	12	42
Afrique de l'Est et australe	14	48	65	55	77	72	77	65	24	43	13	44
Afrique de l'Ouest et centrale	14	54	41	34	68	64	82	53	25	42	12	40
Pays les moins avancés	16	54	58	51	72	78	82	69	21	45	13	49
Monde	15	29	44	42	69	65	78	58	29	53	19	44

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Insuffisance pondérale à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

Absence de pesée à la naissance – Pourcentage de naissances pour lesquelles le poids à la naissance ne figure pas dans la source de données. Remarques : i) les estimations provenant des enquêtes sur les ménages portent sur les naissances vivantes pour les femmes âgées de 15 à 49 ans durant la période de référence de l'enquête (par exemple, les deux dernières années) pour lesquelles le poids à la naissance n'est indiqué dans aucun document officiel (par exemple, une carte d'assurance maladie) ou n'a pas pu être obtenu auprès de la personne interrogée au moment de l'entretien et peuvent avoir été recalculées de sorte que les poids de naissance inférieurs à 250 g et supérieurs à 5 500 g soient considérés comme non disponibles et ii) les estimations provenant de sources administratives (par exemple, des systèmes de gestion de l'information dans le domaine de la santé) ont été calculées à l'aide des données du numérateur de la source administrative du pays en question. Les données du dénominateur correspondent au nombre de naissances annuelles selon l'édition 2017 du rapport *Perspectives de la population mondiale* de la Division de la population des Nations Unies. Ces estimations incluent les nouveau-nés qui n'ont pas été pesés et les poids non enregistrés dans le système.

Mise au sein précoce – Pourcentage d'enfants nés au cours des 24 derniers mois ayant été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance.

Allaitement exclusif au sein (nourrissons âgés de moins de 6 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel la veille de l'enquête.

Poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois nourris au lait maternel la veille de l'enquête.

Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (nourrissons âgés de 6 à 8 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 6 à 8 mois ayant été nourris avec des aliments solides, semi-solides ou mous la veille de l'enquête.

Diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu la veille de l'enquête des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments définis.

Fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant été nourris la veille de l'enquête avec des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des préparations lactées pour les enfants non nourris au sein) au moins le nombre minimum de fois recommandé.

Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu une alimentation minimale acceptable la veille de l'enquête.

Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui n'ont consommé aucun légume et aucun fruit la veille de l'enquête.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Insuffisance pondérale à la naissance – Estimations modélisées de l'UNICEF et de l'OMS. Dernière mise à jour : mai 2019.

Absence de pesée à la naissance – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, données obtenues à partir de rapports de routine. Dernière mise à jour : juin 2019.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (0 à 23 mois) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : juin 2019.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- q Les estimations régionales relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique excluent la Chine, celles relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes excluent le Brésil et celles relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.

- r Les données ventilées proviennent de sources plus anciennes que les données portant sur l'ensemble des enfants relatives au même indicateur.
- z Les estimations se fondent sur des données partielles pour l'étude la plus récente. Par conséquent, les estimations modélisées ne sont pas indiquées pour chaque pays mais elles ont été utilisées pour les estimations régionales et mondiales.
- * Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 8. NUTRITION : ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans) 2013–2018*						Supplémentation en vitamine A, couverture totale (%) 2017	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Prévalence de la malnutrition chez les femmes 2016		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2013–2018*
	Retard de croissance (%) (modéré et sévère)			Émaciation (%)		Surpoids (%)		Maigreurs (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%)	Anémie chez les 15–49 ans (%)	
	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Sévère	Modérée et sévère	Modérée et sévère		Maigreurs et maigreurs sévères	Surpoids et obésité	IMC inférieur à 18,5 kg/m ²	Légère, modérée et sévère	
Afghanistan	41	49	31	4	10	5	95 f	17	9	16	42	57
Afrique du Sud	27	36	13	1	2	13	47 f	5	25	3	26	91
Albanie	11	17	9	1	2	16	–	1	25	2	25	65
Algérie	12	13 x	11 x	1 x	4 x	12 x	–	6	31	4	36	81
Allemagne	1 x	–	–	<1 x	1 x	4 x	–	1	26	1	16	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	1	36	1	14	–
Angola	38	47	20	1	5	3	3 f	8	11	11	48	82
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	3	27	4	22	–
Arabie saoudite	9 x	–	–	5 x	12 x	6 x	–	8	36	3	43	70 x,y
Argentine	8 x	–	–	<1 x	1 x	10 x	–	1	37	1	19	–
Arménie	9	12	6	2	4	14	–	2	19	3	29	99
Australie	2 x	–	–	<1 x	<1 x	8 x	–	1	34	2	9	–
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	2	27	3	17	–
Azerbaïdjan	18	28	16	1	3	14	41 f,w	3	19	3	38	93
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	3	36	3	23	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	6	35	4	42	–
Bangladesh	36	49	20	3	14	2	99 f	18	9	22	40	68
Barbade	8	8 x	3 x	2 x	7 x	12 x	–	4	28	3	22	37 x
Bélarus	4 x	10 x	2 x	1 x	2 x	10 x	–	2	23	2	23	–
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	1	24	2	16	–
Belize	15	26	5	1	2	7	–	3	29	3	22	85
Bénin	32	46	18	1	5	2	99 f	7	11	9	47	85
Bhoutan	34 x	41 x	21 x	2 x	6 x	8 x	– f	16	10	11	36	–
Bolivie (État plurinational de)	16	32 x,r	9 x,r	1	2	10	31 f	1	28	2	30	86
Bosnie-Herzégovine	9	10 x	10 x	2 x	2 x	17 x	–	2	21	2	29	–
Botswana	31 x	–	–	3 x	7 x	11 x	83 f	6	18	7	30	83 x
Bésil	7 x	–	–	<1 x	2 x	6 x	–	3	28	3	27	98 x
Brunei Darussalam	20 x	–	–	<1 x	3 x	8 x	–	6	27	6	17	–
Bulgarie	9 w,x	–	–	1 w,x	3 w,x	14 w,x	–	2	29	2	26	92 x,y
Burkina Faso	21	42 x,r	19 x,r	2	9	2	0 f	8	8	13	50	92 x
Burundi	56	69	31	1	5	1	79 f	7	10	12	27	89
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	7	12	8	33	97 x,y
Cambodge	32	42	19	2	10	2	73 f	11	11	14	47	68
Cameroun	32	42	14	1	5	7	9 f	6	13	7	41	86
Canada	–	–	–	–	–	10 x,y	–	1	32	2	10	–
Chili	2	–	–	–	<1	9	–	1	35	1	15	–
Chine	8	–	–	1 x	2	9	–	3	29	6	26	96 b,y
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	1	33	2	25	–
Colombie	13 x	19 x	6 x	<1 x	1 x	5 x	–	2	24	3	21	–
Comores	31	39 x	24 x	4 x	11 x	11 x	21 f	7	12	9	29	82 x
Congo	21	30	14	3	8	6	12 f	7	11	12	52	91
Costa Rica	6 x	–	–	–	1 x	8 x	–	2	32	2	15	–
Côte d'Ivoire	22	30	9	1	6	1	94 f	6	13	8	53	80
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	1	28	2	27	–
Cuba	7 x	–	–	–	2 x	–	–	3	30	4	25	–
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	1	25	3	16	–
Djibouti	34	41 x	23 x	9 x	22 x	8 x	– f	6	17	8	33	4 x
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	3	33	3	24	–
Égypte	22	25	24	5	9	16	– f	3	37	1	29	93
El Salvador	14	24	5	<1	2	6	–	2	30	3	23	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	5	36	3	28	–
Équateur	24	37 x,r	14 x,r	1	2	8	–	1	28	2	19	–
Érythrée	52 x	59 x	29 x	4 x	15 x	2 x	– f,z	8	11	17	38	86 x
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	1	34	1	17	–
Estonie	–	–	–	–	–	–	–	2	21	2	26	–
Eswatini	26	30	9	<1	2	9	33 f	4	17	6	27	90
État de Palestine	7	7	6	<1	1	8	–	–	–	–	–	88
États-Unis	4	–	–	<1 x	<1	9	–	1	42	2	13	–
Éthiopie	38	45	26	3	10	3	77 f	10	9	15	23	86
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–	2	21	2	23	–
Fidji	8 x	–	–	2 x	6 x	5 x	–	4	34	2	31	–

TABLEAU 8. NUTRITION : ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans) 2013-2018*						Supplémentation en vitamine A, couverture totale (%) 2017	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Prévalence de la malnutrition chez les femmes 2016		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2013-2018*
	Retard de croissance (%) (modéré et sévère)			Émaciation (%)		Surpoids (%)		Maigreux (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%)	Anémie chez les 15-49 ans (%)	
	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Sévère	Modérée et sévère	Modéré et sévère		Maigreux et maigreux sévère	Surpoids et obésité	IMC inférieur à 18,5 kg/m ²	Légère, modérée et sévère	
Finlande	–	–	–	–	–	–	–	1	27	1	16	–
France	–	–	–	–	–	–	–	1	30	3	18	–
Gabon	17	31 x	6 x	1 x	3 x	8 x	0 f	6	16	7	59	89 x
Gambie	25	29	15	4	11	3	32 f	7	12	10	58	69
Géorgie	11 x	22 x	8 x	1 x	2 x	20 x	–	3	20	3	27	>99 x,y
Ghana	19	25	8	1	5	3	50 f	6	11	7	46	64
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	1	37	1	16	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	4	26	4	23	–
Guatemala	47	66	17	<1	1	5	26 f,w	1	29	2	16	88 x
Guinée	32	39	18	3	8	4	64 f	7	10	11	51	73
Guinée-Bissau	28	31	15	1	6	2	95 f	7	11	9	44	26
Guinée équatoriale	26 x	28 x	19 x	2 x	3 x	10 x	5 f	8	11	10	44	57 x
Guyana	11	20	7	2	6	5	–	5	25	5	32	43
Haiti	22	34	9	1	4	3	17 f	4	28	6	46	8
Honduras	23	42 x	8 x	<1 x	1 x	5 x	–	2	27	3	18	–
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	2	28	2	26	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	<1	63	<1	–	–
Îles Marshall	35	44	20	1	4	4	– f	<1	59	1	27	–
Îles Salomon	32	37	25	4	8	5	–	1	23	2	39	88
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges britanniques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	38	51	22	8	21	2	– f,z	27	7	24	51	93
Indonésie	36	48	29	7	14	12	62 f	10	15	12	29	92 b,y
Iran (République islamique d')	7 x	–	–	1 x	4 x	–	–	9	26	4	30	–
Iraq	22 x	24 x	21 x	3 x	6 x	11 x	–	5	32	3	29	68
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	<1	31	1	15	–
Islande	–	–	–	–	–	–	–	1	28	2	16	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	1	35	1	16	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	1	37	1	17	–
Jamaïque	6	–	–	1	4	8	–	2	30	4	23	–
Japon	7 x	–	–	<1 x	2 x	2 x	–	2	14	10	22	–
Jordanie	8	14 x	2 x	1 x	2 x	5 x	–	4	31	2	35	88 b,x,y
Kazakhstan	8	10	6	1	3	9	– f	2	20	4	31	94
Kenya	26	36	14	1	4	4	44 f	8	11	10	27	95
Kirghizistan	13	18	11	1	3	7	– f	3	16	4	36	99
Kiribati	–	–	–	–	–	–	37 f	<1	55	1	26	–
Koweït	5	–	–	1	3	6 x,y	–	4	42	1	24	–
Lesotho	33	46	13	1	3	7	18 f	5	15	5	27	85
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	2	22	2	25	–
Liban	17 x	–	–	3 x	7 x	17 x	–	5	33	3	31	95 x
Libéria	32	36	20	2	6	3	97 f	7	10	8	35	91
Libye	21 x	–	–	3 x	7 x	22 x	–	6	33	2	33	69 x
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	3	21	1	26	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	1	26	2	16	–
Macédoine du Nord	5 x	7 x	2 x	<1 x	2 x	12 x	–	2	26	2	23	–
Madagascar	49	39	47	1	8	1	87 f	7	11	15	37	68 x
Malaisie	21	–	–	–	12	6	–	7	27	7	25	28 x,y
Malawi	37	46	25	1	3	5	91 f	6	11	9	34	78
Maldives	19 x	22 x	15 x	3 x	11 x	6 x	69 f	14	17	9	43	97 x
Mali	30	41	15	3	13	2	9 f	8	11	10	51	90
Malte	–	–	–	–	–	–	–	1	37	1	16	–
Maroc	15 x	28 x	7 x	1 x	2 x	11 x	99 f,w	6	27	3	37	43 x
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	7	15	7	25	–
Mauritanie	28	36	19	4	15	1	0 f	8	13	8	37	8
Mexique	10	16	7	<1	2	5	– f	2	35	2	15	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	– f	<1	51	2	23	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	<1	<1	<1	–	–
Mongolie	7	14	3	<1	1	12	83 f	2	18	3	19	80
Monténégro	9	5	9	1	3	22	–	2	25	2	25	–
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	43 x	51 x	24 x	2 x	6 x	8 x	61 f	4	13	10	51	42 x

TABLEAU 8. NUTRITION : ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans) 2013–2018*						Supplémentation en vitamine A, couverture totale (%) 2017	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Prévalence de la malnutrition chez les femmes 2016		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2013–2018*
	Retard de croissance (%) (modéré et sévère)			Émaciation (%)		Surpoids (%)		Maigreurs (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%)	Anémie chez les 15–49 ans (%)	
	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Sévère	Modérée et sévère	Modéré et sévère		Maigreurs et maigreur sévère	Surpoids et obésité	IMC inférieur à 18,5 kg/m ²	Légère, modérée et sévère	
Myanmar	29	38	16	1	7	2	89 f	13	12	14	46	81
Namibie	23	31	9	3	7	4	27 f	8	15	9	23	74
Nauru	24 x	52 x	18 x	<1 x	1 x	3 x	–	<1	65	<1	–	–
Népal	36	48	18	2	10	1	81 f	16	8	17	35	94
Nicaragua	17	35 x	6 x	1 x	2 x	8 x	– f	2	29	3	16	–
Niger	41	47 xr	35 xr	2	10	1	53 f	10	8	13	49	59
Nigéria	44	63	18	3	11	2	83 f	10	8	10	50	93 x
Niue	–	–	–	–	–	–	–	<1	59	1	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	1	27	2	15	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	<1	40	2	12	–
Oman	14	–	–	2	8	4	–	7	32	5	38	88
Ouganda	29	32	17	1	3	4	27 f	6	10	10	29	91
Ouzbékistan	20 x	21 x	16 x	2 x	4 x	12 x	99 f	3	17	4	36	82 x
Pakistan	38	56	22	2	7	3	92 f	19	10	15	52	69 xy
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	<1	64	1	–	–
Panama	19 x	–	–	<1 x	1 x	10 x	–	2	29	3	23	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	49 x	–	–	6 x	14 x	14 x	– f	1	32	3	37	60 x
Paraguay	6	12	1	<1	1	12	–	2	28	3	23	93 x
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	1	25	2	16	–
Pérou	13	29	5	<1	1	8	–	1	27	2	18	89
Philippines	33	49	15	2 x	7	4	– f	10	13	14	16	52 y
Pologne	3	–	–	–	–	–	–	2	26	2	26	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	1	32	1	18	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	5	39	2	28	–
République arabe syrienne	28 x	33 x	22 x	5 x	12 x	18 x	91 f	6	28	3	34	65 x
République centrafricaine	40	45 x	30 x	2 x	8 x	2 x	0 f	8	11	13	46	84 x
République de Corée	3 x	–	–	<1 x	1 x	7 x	–	1	27	5	23	–
République de Moldova	6	11 x	3 x	<1 x	2 x	5 x	–	3	18	2	27	58 x
République démocratique du Congo	43	49	23	3	8	4	1 f	9	10	14	41	82
République démocratique populaire lao	44 x	61 x	20 x	2 x	6 x	2 x	57 f	9	14	12	40	94
République dominicaine	7	12	4	1	2	8	–	3	33	4	30	30 x
République populaire démocratique de Corée	19	–	–	1	3	2	90 f	5	23	8	32	–
République-Unie de Tanzanie	34	40	19	1	5	4	87 f	7	12	10	37	76
Roumanie	13 x	–	–	1 x	4 x	8 x	–	3	25	2	27	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	1	31	2	15	–
Rwanda	37 w	49	21	<1 w	2 w	6	98 f	6	11	8	22	90
Sainte-Lucie	2	5 x	– xp	1 x	4 x	6 x	–	4	23	4	22	75 x
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	4	28	3	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	<1	<1	<1	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	3	29	4	25	–
Samoa	5	6	3	1	4	5	–	<1	53	1	31	96
Sao Tomé-et-Principe	17	25	7	1	4	2	23 f	5	13	8	46	91
Sénégal	17	27	6	1	9	1	58 f	9	10	11	50	62
Serbie	6	14	4	1	4	14	–	2	27	2	27	–
Seychelles	8	–	–	1 x	4 x	10 x	–	6	23	5	22	–
Sierra Leone	38	42	29	4	9	9	98 f	7	11	10	48	85
Singapour	4 x	–	–	1 x	4 x	3 x	–	2	22	8	22	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	1	23	2	27	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	1	27	2	24	–
Somalie	25 x	52 x	25 x	5 x	15 x	3 x	11 f	7	13	10	44	7 x
Soudan	38	44	21	5	17	3	20 f	<1	<1	<1	31	34
Soudan du Sud	31 x	31 x	27 x	12 x	24 x	6 x	51 f	<1	<1	<1	34	60 x
Sri Lanka	17	25	12	3	15	2	93 f	15	13	13	33	95 y
Suède	–	–	–	–	–	–	–	1	24	2	15	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	<1	22	3	18	–
Suriname	9 x	13 x	6 x	2 x	6 x	4 x	–	4	31	3	24	–
Tadjikistan	18	22	17	2	6	3	–	4	15	5	31	91
Tchad	40	41	31	4	13	3	67 f	8	9	14	48	77
Tchéquie	3 x	–	–	1 x	5 x	4 x	–	2	28	1	26	–
Thaïlande	11	13	12	1	5	8	–	8	22	8	32	85

TABLEAU 8. NUTRITION : ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans) 2013–2018*							Supplémentation en vitamine A, couverture totale (%) 2017	Prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Prévalence de la malnutrition chez les femmes 2016		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé* 2013–2018*
	Retard de croissance (%) (modéré et sévère)			Émaciation (%)		Surpoids (%)	Maigreux (%)		Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%)	Anémie chez les 15–49 ans (%)		
	Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Sévère	Modérée et sévère	Modéré et sévère	Maigreux et maigreux sévère		Surpoids et obésité	IMC inférieur à 18,5 kg/m ²	Légère, modérée et sévère		
Timor-Leste	51	59	39	2	11	1	66 f	11	13	19	41	83	
Togo	28	33	11	1	7	2	87 f	6	10	9	49	77	
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Tonga	8	7 x	10 x	2 x	5 x	17 x	–	<1	58	<1	21	–	
Trinité-et-Tobago	9 x	9 x	15 x	2 x	6 x	11 x	–	6	25	3	24	63 x	
Tunisie	10	16 x	8 x	2 x	3 x	14 x	–	7	25	3	31	–	
Turkménistan	11	16	11	1	4	6	– f	3	18	4	33	>99	
Turquie	10	19	5	<1	2	11	–	5	30	2	31	85 x	
Tuvalu	10 x	8 x	13 x	1 x	3 x	6 x	–	<1	58	1	–	–	
Ukraine	23 x	–	–	4 x	8 x	27 x	–	2	21	2	24	36 x	
Uruguay	11 x	–	–	<1 x	1 x	7 x	–	2	33	1	21	–	
Vanuatu	29	39	16	1	4	5	–	2	31	3	24	63	
Venezuela (République bolivarienne du)	13 x	–	–	–	4 x	6 x	–	2	34	2	24	–	
Viet Nam	25	41 x,r	6 x,r	1	6	5	99 f,w	14	10	18	24	61 x	
Yémen	46	59	26	5	16	2	– f	14	20	9	70	49	
Zambie	40	47	28	2	6	6	99 f	6	13	9	34	88	
Zimbabwe	27	33	17	1	3	6	43 f	6	15	6	29	93	
Asie de l'Est et Pacifique	8	44 q	22 q	1	3	6	74	6	23	8	27	92	
Europe et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	2	26	2	23	–	
Europe de l'Est et Asie centrale	9 e	18 q	8 q	1 e	2 e	15 e	–	3	23	2	28	–	
Europe de l'Ouest	–	–	–	–	–	–	–	1	30	2	18	–	
Amérique latine et Caraïbes	9	24 q	7 q	<1	1	7	–	2	30	3	22	–	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	15	–	–	3	8	11	–	6	31	3	34	–	
Amérique du Nord	3 d	–	–	<1 d	<1 d	9 d	–	1	41	2	13	–	
Asie du Sud	34	51	22	5	15	3	66	25	8	23	50	89	
Afrique subsaharienne	33	46	20	2	8	4	55	7	10	10	39	80	
Afrique de l'Est et australe	34	42	22	2	6	4	57	7	11	9	31	82	
Afrique de l'Ouest et centrale	34	50	18	2	6	4	53	9	10	10	48	76	
Pays les moins avancés	32	45	22	2	8	4	58	10	10	14	40	74	
Monde	22	45	20	2	7	6	62	11	18	9	33	88	

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

NOTES

Retard de croissance (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Modérée et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à trois écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Surpoids (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (inclut le surpoids sévère).

Supplémentation en vitamine A, couverture totale – Pourcentage estimatif d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de supplémentation en vitamine A, à 4 ou 6 mois d'intervalle environ, au cours d'une année donnée.

Maigreux (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Maigreux (femmes de plus de 18 ans) – Pourcentage de femmes âgées de plus de 18 ans ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m².

Anémie (femmes en âge de procréer) – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant une concentration d'hémoglobine inférieure à 120 g/L pour les femmes qui ne sont pas enceintes et pour les femmes allaitantes, et inférieures à 110 g/L pour les femmes enceintes, ajustée en fonction de l'altitude et du tabagisme.

Ménages consommant du sel iodé – Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (supérieur à 0 ppm).

Retard de croissance, surpoids, émaciation et émaciation sévère (enfants d'âge préscolaire) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : mars 2019.

Supplémentation en vitamine A – UNICEF. Dernière mise à jour : février 2019.

Maigreux et surpoids (enfants d'âge scolaire) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, no 10113, p. 2627 à 2642, 2017. Dernière mise à jour : août 2019.

Surpoids (femmes de plus de 18 ans) – Observatoire mondial de la santé, OMS. Dernière mise à jour : août 2019.

Anémie (femmes en âge de procréer) – Observatoire mondial de la santé, OMS. Dernière mise à jour : août 2019.

Consommation de sel iodé – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages et enquêtes dans les écoles. Dernière mise à jour : juin 2019.

– Données non disponibles.

a a couverture totale en ce qui concerne les suppléments de vitamine A est présentée comme le pourcentage le plus faible de deux points de couverture annuels (c'est-à-dire le point le plus faible entre le premier semestre [de janvier à juin] et le deuxième semestre [de juillet à décembre] de 2017). Les données ne sont présentées que pour les pays prioritaires pour la supplémentation en vitamine A. Les agrégats ne sont donc basés que sur ces pays prioritaires et ne représentent qu'eux.

b Impossible de confirmer si les valeurs indiquées comprennent les ménages sans sel ou pas.

c Les moyennes régionales et mondiales pour le retard de croissance (modéré et sévère), le surpoids (modéré et sévère) et l'émaciation (sévère) sont estimées grâce à des modélisations statistiques des données issues des estimations communes de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale sur la malnutrition infantile mises à jour en mars 2019. Les données ventilées pour le retard de croissance (modéré et sévère) sont pondérées en fonction de la population, ce qui signifie que les estimations les plus récentes sont utilisées pour chaque pays pour lequel des données sont disponibles entre 2012 et 2018. Pour cette raison, les données ventilées peuvent ne pas correspondre aux estimations totales au niveau mondial et régional présentées dans ce tableau.

d En ce qui concerne les estimations relatives au retard de croissance, à l'émaciation et à l'émaciation sévère, la moyenne régionale pour l'Amérique du Nord se base uniquement sur les données des États-Unis et les estimations régionales pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande se basent uniquement sur les données australiennes, si bien que les intervalles de confiance ne sont pas disponibles.

e Couverture de population consécutive-ment faible, à interpréter avec prudence.

f Identifie les pays désignés comme « prioritaires ». Les pays prioritaires pour les programmes nationaux de supplémentation en vitamine A sont identifiés comme étant ceux présentant de forts taux de mortalité chez les moins de 5 ans (plus de 70 pour 1 000 naissances vivantes) et/ou démontrant une carence en vitamine A au sein de ce groupe d'âge et/ou démontrant avoir déjà bénéficié de programmes de supplémentation en vitamine A.

p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

q Les estimations régionales relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique excluent la Chine, celles relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes excluent le Brésil et celles relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.

r Les données ventilées proviennent de sources plus anciennes que les données portant sur l'ensemble des enfants relatives au même indicateur.

w Catégorie d'âge réduite. Pour la supplémentation en vitamine A, correspond aux pays ayant des programmes nationaux de supplémentation en vitamine A qui ciblent une catégorie d'âge réduite. Le chiffre de couverture est présenté comme étant ciblé.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

z Se rapporte aux pays pour lesquels l'estimation nationale n'est pas affichée, mais a été utilisée pour le calcul des estimations régionales et de tous les pays prioritaires.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 9. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance 2010–2018*					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte* 2010–2018*					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père* 2010–2018*	Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2010–2018*					Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate 2010–2018*					
	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches		Livres pour enfants			Jouets*		Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	
												Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	20 % les plus pauvres						20 % les plus riches
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Népal	51	52	49	41	84	67	70	64	51	90	10	5	1	16	59	60	60	21	20	21	30	12
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nigéria	36	36	35	8	78	63	62	63	46	87	11	6	0	19	46	38	60	32	32	31	31	30
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	29	28	31	–	–	81	78	84	–	–	22	25	–	–	75	–	–	45	44	45	–	–
Ouganda	37 y	34 y	39 y	15 y	66 y	53 y	51 y	55 y	38 y	74 y	3 y	2 y	0 y	8 y	50 y	39 y	59 y	37 y	37 y	37 y	49 y	21 y
Ouzbékistan	32 y	33 y	31 y	–	–	91 x	91 x	90 x	83 x	95 x	54 xy	43 x	32 x	59 x	67 x	74 x	62 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x
Pakistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	37	38	35	28	67	74	73	74	55	89	45 y	26	7	59	69	67	68	3	3	2	6	1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	31	30	32	10	61	64	62	65	40	90	17 y	23	3	61	60	55	65	3	2	3	4	2
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	77 y	76 y	79 y	70 y	90 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	41	41	41	–	–	88	89	88	–	–	85 y	40	–	–	55	–	–	12	12	11	–	–
République arabe syrienne	8 x	8 x	7 x	4 x	18 x	70 x	70 x	69 x	52 x	84 x	62 xy	30 x	12 x	53 x	52 x	52 x	51 x	17 x	17 x	17 x	22 x	15 x
République centrafricaine	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42 y	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	71	74	67	50	88	89	86	92	81	95	47 y	68	33	87	68	75	69	6	6	6	9	5
République démocratique du Congo	7 y	7 y	7 y	1 y	20 y	52 y	55 y	48 y	45 y	64 y	3 y	1 y	0 y	2 y	27 y	18 y	49 y	49 y	50 y	48 y	57 y	29 y
République démocratique populaire lao	32	30	34	13	69	30 y	29 y	30 y	21 y	49 y	7 y	4	0	18	61	51	63	12	13	12	17	6
République dominicaine	40	39	40	16	72	58	58	59	38	73	6	10	2	28	57	57	58	5	5	5	7	3
République populaire démocratique de Corée	73	73	73	–	–	95 y	94 y	95 y	–	–	21 y	50	–	–	59	–	–	16	17	16	–	–
République-Unie de Tanzanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	82 y	82 y	83 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	13 y	12 y	14 y	3 y	45 y	44 y	43 y	45 y	32 y	63 y	2 y	1 y	0 y	3 y	30 y	21 y	41 y	35 y	35 y	35 y	38 y	21 y
Sainte-Lucie	85	87	84	–	–	93	89	96	–	–	50 y	68	–	–	59	–	–	5	5	5	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	36	34	39	21	63	63	63	63	48	74	3	6	1	20	65	65	57	16	17	14	26	8
Sénégal	24 y	23 y	26 y	5 y	56 y	29 y	28 y	31 y	21 y	44 y	1 y	1 y	0 y	4 y	24 y	13 y	31 y	28 y	28 y	28 y	33 y	14 y
Serbie	50	52	49	9	82	96	95	96	87	98	37	72	44	83	75	78	76	1	2	1	3	2
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	12	11	12	1	41	19 y	19 y	19 y	13 y	31 y	5 y	2	0	9	41	27	66	30	30	30	32	25
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	2 x	2 x	2 x	1 x	6 x	79 x	80 x	79 x	76 x	85 x	48 xy	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	22	22	23	7	59	–	–	–	–	–	–	2	0	7	46	36	55	–	–	–	–	–
Soudan du Sud	6	6	6	2	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	34	33	35	16	63	73	71	75	56	91	26 y	25	4	61	59	61	60	7	7	7	9	8
Tadjikistan	6	–	–	–	–	74 x	73 x	74 x	56 x	86 x	23 xy	17 x	4 x	33 x	46 x	43 x	44 x	13 x	13 x	12 x	15 x	11 x
Tchad	3 y	3 y	3 y	1 y	11 y	47 y	47 y	46 y	41 y	51 y	1 y	1 y	1 y	2 y	41 y	33 y	52 y	47 y	50 y	45 y	43 y	46 y

TABLEAU 9. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance 2010-2018*					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte+ 2010-2018*					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père+ 2010-2018*	Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2010-2018*					Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate 2010-2018*					
	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches		Livres pour enfants			Jouets+			Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches
												Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches					
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	85	84	85	86	84	93	93	92	87	98	34	41	23	73	76	81	67	2	6	6	8	3
Timor-Leste	14 y	13 y	16 y	9 y	16 y	81 y	83 y	79 y	72 y	89 y	15 y	4 y	2 y	9 y	40 y	22 y	61 y	29 y	29 y	30 y	33 y	26 y
Togo	26 y	26 y	26 y	15 y	52 y	26 y	26 y	26 y	22 y	44 y	3 y	1 y	0 y	3 y	34 y	22 y	48 y	29 y	26 y	33 y	36 y	26 y
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	85	85	84	72	93	96	95	96	94	100	57 y	76	63	93	76	75	82	2	2	1	3	1
Tunisie	44	42	47	13	81	71	68	74	44	90	71 y	18	3	40	53	46	56	13	13	14	18	9
Turkménistan	43	43	43	17	81	94	94	95	92	98	15	48	30	66	53	59	56	1	0	1	1	1
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71 y	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uruguay	81	83	80	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	66 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yémen	3 x	3 x	3 x	0 x	8 x	33 x	34 x	32 x	16 x	56 x	37 x,y	10 x	4 x	31 x	49 x	45 x	49 x	34 x	36 x	33 x	46 x	22 x
Zambie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	22	20	23	17	34	43	43	43	35	59	3	3	1	12	62	48	74	19	19	18	25	7

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	28	28	28	20	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	9	6
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique subsaharienne	26	24	25	8	55	51	51	51	40	70	7	3	0	10	42	33	57	35	35	34	38	27
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	24	24	24	7	56	52	52	51	41	71	8	3	0	12	41	32	56	35	35	34	38	28
Pays les moins avancés	17	16	17	8	35	56	56	55	47	71	10	3	1	9	46	38	57	31	31	31	36	22
Monde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois inscrits dans un programme d'éducation de la petite enfance.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois avec qui un adulte a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois avec qui le père a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à

l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins trois livres pour enfants chez eux.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins deux des jouets suivants : objets usuels ou objets trouvés dehors (bâtons, pierres, animaux, coquillages, feuilles d'arbres, etc.), jouets artisanaux ou jouets achetés dans un magasin.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois laissés seuls ou sous la surveillance d'un autre enfant de moins de 10 ans pendant plus d'une heure au cours de la semaine précédant l'enquête.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part de leur père – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Disponibilité de matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – MICS, EDS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

NOTES

- Données non disponibles.
- p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- + Pour de plus amples détails sur la méthodologie utilisée et les changements apportés au calcul de ces estimations, veuillez consulter la Note générale sur les données, page 180.
- * Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 10. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2012–2018*								Taux d'achèvement 2012–2018*						Résultats d'apprentissage 2010–2018*							
	Un an avant l'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	46	69	67	40	49	26	32	14	47	52	55	63	-	-	62	32
Afrique du Sud	-	-	9	8	-	-	15	19	95	98	85	91	45	52	84	39	92	71	84	34	99	99
Albanie	10	11	2	4	1	4	17	18	91	93	97	96	43	60	86	-	95	97	48	39	99	99
Algérie	-	-	0	2	-	-	-	-	93	94	57	72	30	47	-	41 x	-	-	21	19	-	-
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	84	83	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	30	38	-	-	-	-	-	-	53	49	41	31	21	15	-	-	-	-	-	-	85	71
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	38	76	67	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	14	12	18	17	16	24	21	22	-	-	-	-	-	-	38	46	50	78	-	-	-	-
Arabie saoudite	63	61	1	0	-	-	9	8	-	-	-	-	-	-	65	43	-	-	-	34	99	99
Argentine	1	3	0	1	1	1	13	5	95	97	72	81	53	66	62	63	67	59	62	38	99	100
Arménie	-	-	8	8	8	6	-	-	100	99	94	99	91	96	-	-	-	95	-	76	100	100
Australie	12	13	4	3	1	2	2	0	-	-	-	-	-	-	95	96	94	95	82	78	-	-
Autriche	2	0	-	-	0	1	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	87	95	84	87	-	-
Azerbaïdjan	39	39	7	5	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	71	27 x	55 x	100	100
Bahamas	65	60	15	8	11	5	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	23	24	1	1	3	0	7	5	-	-	-	-	-	-	-	72	-	-	-	75	94	95
Bangladesh	-	-	8	2	-	-	37	38	69	79	53	55	31	26	65	39	91	81	87	57	92	94
Barbade	8	12	10	9	4	0	-	-	99	99	98	98	91	97	-	-	87	60	-	-	100	100
Bélarus	1	4	4	4	2	1	2	0	100	100	100	100	96	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgique	0	0	1	1	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	-	-
Belize	16	16	0	1	11	11	38	34	78 x	86 x	40 x	48 x	20 x	25 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	12	12	-	-	26	43	46	66	51	44	25	13	12	5	10	34	52	40	-	-	64	41
Bhoutan	-	-	19	17	20	10	34	27	67 x	71 x	41 x	38 x	25 x	18 x	-	-	-	-	33	51	90	84
Bolivie (État plurinational de)	8	9	7	8	13	13	17	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	97	97	92	92	-	-	-	-	-	77 x	100	100
Botswana	67	65	11	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	61	66	66	79	80	96	99
Brésil	4	1	4	2	3	4	19	16	94	97	73	82	53	64	78	77	97	100	49	30	99	99
Brunei Darussalam	5	5	3	4	-	-	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100
Bulgarie	5	4	7	7	6	7	8	12	-	-	-	-	-	-	-	-	93	92	59	58	98	98
Burkina Faso	83	83	22	24	48	46	67	68	32 x	29 x	13 x	6 x	6 x	2 x	35	59	57	59	-	-	57	44
Burundi	58	58	4	2	31	27	60	57	46	54	26	19	4	3	79	97	56	87	-	-	85	75
Cabo Verde	21	20	13	14	20	20	37	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99
Cambodge	58	56	9	10	12	14	-	-	68	79	41	39	20	20	-	-	61	-	38	17	92	93
Cameroun	54	54	1	9	31	39	48	57	67	64	46	41	18	14	30	55	49	35	-	-	85	76
Canada	-	-	-	-	0	0	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	86	-	-
Chili	3	3	5	5	8	8	7	6	-	-	-	-	-	-	70	63	94	98	72	63	99	99
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	64	67	82	85	-	-	80	79	100	100
Chypre	5	6	2	2	2	2	6	5	-	-	-	-	-	-	87 x	93	-	-	64	78 x	100	100
Colombie	13	12	7	6	6	5	17	15	91	95	74	81	69	78	82	82	87	57	89	79	98	99
Comores	60	62	15	16	30	29	57	55	75	77	47	45	24	32	-	-	66 x	70 x	-	-	74	70
Congo	79	77	16	9	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	38	71	41	29	-	-	86	77
Costa Rica	10	11	3	3	5	6	14	9	94 x	95 x	55 x	71 x	38 x	56 x	89	84	94	95	60	38	99	99
Côte d'Ivoire	78	78	7	15	36	49	57	69	60	53	36	22	17	15	17	34	48	27	-	-	59	47
Croatie	2	7	4	1	3	0	16	12	-	-	-	-	-	-	-	-	99	93	80	68	100	100
Cuba	0	0	3	3	0	0	23	15	99	100	98	98	81	86	-	-	94 x	95 x	-	-	100	100
Danemark	3	2	1	1	1	1	14	11	-	-	-	-	-	-	99	96	-	-	85	86	-	-
Djibouti	91	91	39	46	48	56	66	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	29	30	3	1	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	81	50	40	29	-	-	-	-
Égypte	62	62	2	1	8	7	22	25	91	92	79	81	71	69	5	-	-	-	47	-	89	87
El Salvador	19	18	19	18	16	17	34	35	84	89	73	74	34	36	-	23 x	78 x	79 x	-	20 x	98	98
Émirats arabes unis	12	11	2	4	1	2	13	19	-	-	-	-	-	-	64	70	-	-	60	74	-	-
Équateur	4	4	3	1	-	-	16	16	-	-	-	-	-	-	75	78	68	64	72	43	99	99
Érythrée	82	83	61	64	53	60	66	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	4	4	2	1	1	0	2	1	-	-	-	-	-	-	94	93	-	-	84	78	100	100
Estonie	10	7	7	6	-	-	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	89	100	100
Eswatini	-	-	24	25	13	13	25	30	52	68	38	45	31	33	-	-	99 x	91 x	-	-	92	95
État de Palestine	38	38	6	6	12	7	44	26	99	100	80	93	52	73	-	-	-	-	52	-	99	99
États-Unis	10	8	4	4	3	1	7	6	-	-	-	-	-	-	69	95	-	-	81	71	-	-
Éthiopie	61	63	11	17	45	49	73	75	51	51	42	36	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	3	4	3	2	2	1	10	9	-	-	-	-	-	-	-	-	99	98	84	81	100	100

TABLEAU 10. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2012–2018*								Taux d'achèvement 2012–2018*						Résultats d'apprentissage 2010–2018*							
	Un an avant l'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Fidji	-	-	2	2	-	-	30	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	2	1	1	1	1	1	5	4	-	-	-	-	-	99	97	-	-	89	86	-	-	-
France	1	0	1	1	2	2	6	5	-	-	-	-	-	95	87	-	-	79	77	-	-	-
Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	57	67	23	26	11	11	-	-	95 x	90 x	-	-	87	89
Gambie	-	-	25	17	-	-	-	-	56	57	50	46	31	29	23	31	33	22	-	-	66	56
Géorgie	-	-	2	2	1	2	8	5	-	-	-	-	-	86	78	-	-	48	43	100	100	-
Ghana	13	8	17	15	16	13	31	31	64	68	50	50	42	35	71	55	72	61	-	21	88	83
Grèce	12	11	7	7	6	8	10	11	-	-	-	-	-	95 x	-	-	-	-	73	64	99	99
Grenade	14	17	4	3	2	26	17	11	-	-	-	-	-	54	43	66	57	-	-	99	100	-
Guatemala	19	19	12	12	30	36	56	61	83	77	54	46	27	25	50	41	40	45	15	18	95	93
Guinée	57	61	14	29	41	59	59	75	58	49	43	25	29	15	-	-	-	-	-	-	57	37
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	33	26	20	14	11	8	-	-	-	-	-	-	71	50
Guinée équatoriale	57	55	56	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99
Guyana	10	6	5	3	7	5	34	25	96	99	80	88	49	64	-	-	-	-	-	-	96	97
Haiti	-	-	-	-	-	-	-	-	49	58	32	38	17	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	19	18	17	16	37	35	54	48	81	85	42	55	27	33	93	92	84	77	89	61	95	97
Hongrie	8	9	3	3	4	4	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	95	92	73	88	99	99
Îles Cook	2	0	2	5	8	7	37	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	34	35	24	19	23	23	40	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99
Îles Salomon	35	34	31	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	3	2	17	12	47	49	92	91	82	79	46	40	25	28	-	-	17 x	15 x	90	82
Indonésie	6	3	5	10	14	10	17	13	91	92	64	59	40	37	66	49	-	-	45	31	100	100
Iran (République islamique d')	51	52	-	-	2	2	27	23	-	-	-	-	-	-	76	65	-	-	-	63	98	98
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	78	73	46	47	45	43	-	-	-	-	-	-	57	49
Irlande	2	2	0	0	-	-	2	0	-	-	-	-	-	-	97	97	-	-	90	94	-	-
Islande	2	2	0	1	2	1	18	14	-	-	-	-	-	-	93 x	-	-	-	78	76	-	-
Israël	2	0	3	2	-	-	4	0	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	73	68	-	-
Italie	1	3	1	2	-	-	5	5	-	-	-	-	-	-	98	93	-	-	79	89	100	100
Jamaïque	7	4	-	-	22	17	24	19	99 x	100 x	97 x	97 x	80 x	83 x	87	14	-	-	64	77	94	99
Japon	-	-	2	2	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	-	28	29	53	46	96	97	86	88	49	63	-	50	-	-	54	45	99	99
Kazakhstan	37	35	2	0	-	-	3	0	100	100	100	100	95	96	-	-	96	59	91	100	100	100
Kenya	-	-	19	15	-	-	-	-	77	82	61	69	44	38	60	71	80	77	-	-	87	86
Kirghizistan	6	4	1	2	1	1	30	26	99	99	95	97	82	85	-	-	36	35	17 x	13 x	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	25	23	7	7	9	4	20	16	-	-	-	-	-	-	58	33	-	-	-	45	99	100
Lesotho	65	63	19	17	29	21	46	39	60	83	29	46	20	27	-	-	79 x	58 x	-	-	80	94
Lettonie	2	1	4	2	2	1	5	4	-	-	-	-	-	-	98 x	96 x	-	-	82	79	100	100
Liban	1	7	9	14	21	26	34	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	71	-	-
Libéria	13	18	61	64	24	31	24	34	36	33	29	23	18	9	-	-	-	-	-	-	-	-
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	1	0	3	2	2	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	86	-	-
Lituanie	1	0	0	0	0	0	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	92	99	75	75	100	100
Luxembourg	2	1	1	1	6	4	20	16	-	-	-	-	-	-	99 x	-	-	-	74	74	-	-
Macédoine du Nord	56	56	8	8	-	-	-	-	100 x	99 x	98 x	97 x	80 x	69 x	66 x	-	-	-	29	30	99	99
Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79 x	94 x	-	-	78	75
Malaisie	2	1	2	1	13	11	41	32	-	-	-	-	-	-	86	71	88	47	73	42	97	98
Malawi	-	-	-	-	23	25	59	65	43	52	23	21	15	13	22	51	24	41	-	-	72	73
Maldives	1	3	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99
Mali	48	52	29	37	52	58	68	77	50	41	36	25	23	12	2	3	12	13	-	-	61	39
Malte	4	0	3	0	3	2	16	9	-	-	-	-	-	-	74	87	-	-	64	84	98	99
Maroc	42	50	3	3	9	14	26	33	-	-	-	-	-	-	21	41	-	-	-	41	95	88
Maurice	8	10	5	3	8	5	22	15	-	-	-	-	-	-	-	-	78	79	77	42	98	99
Mauritanie	-	-	25	22	45	44	72	73	64	56	42	34	14	15	-	-	47 x	38 x	-	-	-	-
Mexique	1	0	2	0	10	7	32	29	97	96	88	87	25	22	78	78	50	40	66	35	99	99
Micronésie (États fédérés de)	20	27	17	15	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	3	5	1	2	-	-	-	-	96	99	88	93	64	78	-	67 x	-	-	-	66 x	98	99
Monténégro	31	32	3	4	4	5	14	14	100	100	99	99	84	87	-	-	-	-	58	48	99	99

TABLEAU 10. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2012–2018*								Taux d'achèvement 2012–2018*						Résultats d'apprentissage 2010–2018*							
	Un an avant l'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Tadjikistan	87	88	1	2	–	–	–	–	99	98	95	93	80	63	–	–	–	–	–	–	100	100
Tchad	89	90	17	34	51	70	71	88	31	24	18	10	15	6	18	48	16	19	39	33	41	22
Tchéquie	8	8	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	98	96	–	–	78	78	–	–
Thaïlande	3	3	–	–	11	11	21	21	98	98	76	88	50	62	–	77	–	–	50	46	98	98
Timor-Leste	67	67	21	18	14	12	30	26	77	85	63	70	49	55	80	–	–	–	–	–	80	79
Togo	–	–	5	11	16	28	47	66	66	59	31	20	20	10	20	41	38	48	–	–	90	78
Tokélaou	22	–	–	–	–	–	62	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	–	–	5	3	13	9	48	38	–	–	–	–	–	–	15 x	–	–	–	–	–	99	100
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	78	–	76	63	58	48	100	100
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	–	94	97	68	80	40	57	–	34	–	–	28	25	97	96
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	93	91	83	80	–	–	–	–	–	–	100	100
Turquie	33	36	5	6	9	10	15	16	99	98	94	90	58	48	–	–	72 x	81	60	70	100	99
Tuvalu	6	–	–	–	–	–	58	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	8	6	3	3	6	4	100	99	100	100	97	97	–	–	–	79 x	–	81	100	100
Uruguay	3	2	2	2	2	1	23	16	92	95	52	70	45	28	81	75	90	94	61	48	99	99
Vanuatu	–	–	14	12	1	1	43	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	96
Venezuela (République bolivarienne du)	17	18	14	14	18	17	32	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	58 x	40 x	98	99
Viet Nam	0	1	–	–	–	–	–	–	96	97	81	87	50	61	–	–	99	87	86	81	–	–
Yémen	95	96	12	22	23	35	46	68	70	55	55	39	37	23	–	9	–	–	–	–	–	–
Zambie	–	–	16	12	–	–	–	–	73	75	54	48	34	23	1	9	56 x	33 x	–	–	91	87
Zimbabwe	64	63	16	14	8	11	52	55	87	89	66	74	15	11	–	–	81 x	73 x	–	–	88	93

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	14	12	4	4	9	8	23	15	96	96	82	83	56	59	79	77	–	–	72	68	99	99
Europe et Asie centrale	13	14	3	3	3	4	10	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	76	78	100	100
Europe de l'Est et Asie centrale	22	23	4	4	4	5	14	14	–	–	–	–	67	61	–	–	–	89	70	75	100	100
Europe de l'Ouest	3	3	2	2	2	2	7	6	–	–	–	–	–	–	96	93	–	–	81	81	–	–
Amérique latine et Caraïbes	6	4	5	4	7	7	24	21	94	95	75	80	45	50	76	72	75	70	58	38	99	99
Moyen-Orient et Afrique du Nord	51	53	5	7	12	15	31	36	87	85	66	68	52	53	37	–	–	–	–	46	89	86
Amérique du Nord	7	6	4	4	1	1	5	5	–	–	–	–	–	–	69	95	–	–	82	72	–	–
Asie du Sud	–	–	6	7	18	17	47	49	88	88	75	71	44	38	29	28	–	–	–	–	88	80
Afrique subsaharienne	57	57	19	24	34	37	54	61	64	64	48	42	35	29	52	42	57	45	–	–	80	72
Afrique de l'Est et australe	56	57	19	20	32	37	54	60	60	63	41	38	28	25	–	–	–	–	–	–	86	83
Afrique de l'Ouest et centrale	56	57	19	27	37	40	53	61	69	65	54	46	41	33	50	35	53	37	–	–	73	60
Pays les moins avancés	56	57	17	20	29	34	53	59	60	60	41	36	26	20	–	–	–	–	–	–	81	73
Monde	31	31	8	10	15	16	36	36	83	83	71	69	47	43	54	53	–	–	–	61	92	88

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de déscolarisation des enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire – Nombre d'enfants ayant un an de moins que l'âge pour entrer en primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement préscolaire ou primaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter l'école primaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le premier cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le deuxième cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire, secondaire ou supérieur, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire.

Taux d'achèvement de l'enseignement primaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de primaire qui ont achevé l'enseignement primaire.

Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du premier cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Taux d'achèvement du deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du deuxième cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en cours élémentaire, en fin de primaire et en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en a) lecture et b) mathématiques. Cet indicateur se rapporte à l'indicateur 4.1.1 de l'ODD no 4.

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de personnes alphabétisées âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de déscolarisation – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), Dernière mise à jour : février 2019.

Taux d'achèvement – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, données obtenues à partir de rapports de routine. Dernière mise à jour : juin 2019.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Base de données de la Division de statistique de l'ONU. Dernière mise à jour : avril 2019.

Alphabétisation des jeunes – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : février 2019.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

Toutes les données se rapportent à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) pour l'enseignement primaire et le premier cycle du secondaire et peuvent donc ne pas correspondre exactement au système scolaire de chaque pays.

TABLEAU 11. PROTECTION DE L'ENFANCE

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^a 2010-2018*			Mariage des enfants (%) ^a 2012-2018*			Enregistrement des naissances (%) ^a 2010-2018*			Mutilations génitales féminines (%) ^a 2010-2018*				Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^a 2012-2018*		Discipline imposée par la violence (%) ^a 2012-2018*			Violences sexuelles durant l'enfance (%) 2012-2018*	
				Filles		Garçons				Prévalence		Attitudes Volonté de mettre fin à cette pratique ^c								
	Total	Garçons	Filles	Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans	Total	Garçons	Filles	Femmes ^a	Filles ^b	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Garçons	Filles
France	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	20 y	19 y	17 y	6	22	5	90	91	88	-	-	-	-	47	58	-	-	-	-	9
Gambie	-	-	-	9	30	1	72	73	71	75	56	-	33	42	58	90 x,y	90 x,y	91 x,y	-	0
Géorgie	2	2	1	1 x	14 x	-	100	100	100	-	-	-	-	5 x	67 x,y	70 x,y	63 x,y	-	-	
Ghana	20 y	19 y	21 y	5	21	2	71	71	70	4	1	-	93 x	20	35	94 x,y	94 x,y	94 x,y	-	10 x
Grèce	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	6	30	10	96 y	-	-	-	-	-	-	12	14	-	-	-	-	4
Guinée	24	24	25	19	51	2	75	75	75	97	45	38	22	-	60	89	90	89	-	-
Guinée-Bissau	36	36	37	6	24	2	24	24	24	45	29	-	81	37	40	82	83	82	-	-
Guinée équatoriale	-	-	-	9 x	30 x	4 x	54	53	54	-	-	-	-	56 x	57 x	-	-	-	-	-
Guyana	11	10	12	4	30	9	89	88	89	-	-	-	-	14	10	70	74	65	-	-
Haïti	36 y	44 y	26 y	2	15	2	85	84	85	-	-	-	-	15	23	83	84	82	-	5
Honduras	-	-	-	8	34	12	94	94	94	-	-	-	-	18	15	-	-	-	-	5
Hongrie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	6 x	26 x	12 x	84	85	82	-	-	-	-	71 x	47 x	-	-	-	-	-
Îles Salomon	18 y	17 y	19 y	6	21	4	88	87	89	-	-	-	-	60	78	86 y	86 y	85 y	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-	7	27	4	80	79	80	-	-	-	-	35	41	-	-	-	-	1
Indonésie	-	-	-	1	11	5	72 y	-	-	-	49 y	-	-	48 y	45	-	-	-	-	-
Iran (République islamique d')	-	-	-	3 x	17 x	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	6 y	6 y	6 y	7	28	-	99	99	99	7	1	-	94	-	31	81	82	80	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	3	3	2	1 x	8 x	-	98	-	-	-	-	-	-	17	85 x,y	87 x,y	82 x,y	-	2 y	
Japon	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	2	2	1	0	8	-	99	99	99	-	-	-	-	64 y	63 y	90 y	91 y	89 y	-	-
Kazakhstan	-	-	-	0	7	0 x	100	100	100	-	-	-	-	8	53	55	50	-	-	-
Kenya	-	-	-	4	23	3	67	67	66	21	3	89	93	37	45	-	-	-	2	4
Kirghizistan	16	18	14	1	12	0	98	98	98	-	-	-	-	22	57	60	54	-	-	-
Kiribati	-	-	-	3 x	20 x	5 x	94 x	95 x	93 x	-	-	-	-	65 x	77 x	81 x,y	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	1	17	1	43	42	44	-	-	-	-	49	48	-	-	-	-	-
Lettonie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	1 x	6 x	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	22 x,y	82 x,y	82 x,y	82 x,y	82 x,y	-	-
Libéria	14	15	13	9	36	5	25 y	25 y	24 y	44	-	-	55	29	45	90 x,y	90 x,y	90 x,y	-	4 x
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	8 y	8 y	7 y	1 x	7 x	-	100	100	100	-	-	-	-	14 x	69 x,y	71 x,y	67 x,y	-	-	-
Madagascar	-	-	-	12	41	13	83	83	83	-	-	-	-	44	47	-	-	-	-	-
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71 y	74 y	67 y	-	-	-
Malawi	19	20	19	9	42	7	6 y	6 y	5 y	-	-	-	-	24	21	72	73	72	-	4
Maldives	-	-	-	0 x	4 x	1 x	93 x	93 x	92 x	-	-	-	-	33 y	35 y	-	-	-	-	-
Mali	37	40	35	18	50	3	87	88	87	83	73	22 x	14	54	68	73	73	73	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	-	-	-	1 x	13 x	-	96 y	-	-	-	-	-	-	64 x	91 x,y	92 x,y	90 x,y	-	-	-
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	17 y	17 y	18 y	18	37	2	66 y	66 y	66 y	67	51	19 x	50	18	26	80	80	80	-	-
Mexique	5	6	4	4	26	-	95	96	95	-	-	-	-	6	63	63	63	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	17	18	15	0	5	3	99	99	99	-	-	-	-	9 x	14 x	49	52	46	-	-
Monténégro	9	10	9	1	5	0	99	100	99	-	-	-	-	5	2	69	73	66	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	17	53	10	55	54	56	-	-	-	-	21	14	-	-	-	0	2
Myanmar	-	-	-	2	16	5	81	82	81	-	-	-	-	57	53	77 y	80 y	75 y	-	1
Namibie	-	-	-	2	7	1	78 y	-	-	-	-	-	-	30	28	-	-	-	-	1

TABLEAU 11. PROTECTION DE L'ENFANCE

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^a 2010–2018*			Mariage des enfants (%) ^a 2012–2018*			Enregistrement des naissances (%) ^a 2010–2018*			Mutilations génitales féminines (%) ^a 2010–2018*				Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^a 2012–2018*		Discipline imposée par la violence (%) ^a 2012–2018*			Violences sexuelles durant l'enfance (%) 2012–2018*	
				Filles		Garçons				Prévalence		Attitudes Volonté de mettre fin à cette pratique ^c								
	Total	Garçons	Filles	Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans	Total	Garçons	Filles	Femmes ^a	Filles ^b	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	Nauru	–	–	–	2 x	27 x	12 x	96	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	22	20	23	7	40	10	56	57	55	–	–	–	–	31	33	82	83	81	–	3
Nicaragua	–	–	–	10	35	19	85	–	–	–	–	–	–	19 x,y	–	–	–	–	–	–
Niger	34 y	34 y	34 y	28	76	6	64	65	62	2	2 y	91	82	41	54	82 y	82 y	81 y	–	–
Nigéria	31	32	31	18	44	3	47	47	47	18	13	62	68	25	30	85	86	84	–	4
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	1	4	–	100 y	100 y	100 y	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	–
Ouganda	18	17	19	7	34	6	32	32	32	0	1	–	83	53	58	85	85	85	1	5
Ouzbékistan	–	–	–	0 x	7 x	1 x	100 x	100 x	100 x	–	–	–	–	63 x	63 x	–	–	–	–	–
Pakistan	–	–	–	3	21	3	34	34	33	–	–	–	–	58 p,y	51 y	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	–	7	26	–	96	95	96	–	–	–	–	–	9	45	47	43	–	3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	2 x	21 x	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	18	20	13	4	22	–	69 y	69 y	69 y	–	–	–	–	–	7	52	55	49	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	15	14	15	3	19	–	98 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	–	–	–	2	17	3 x	92	92	91	–	–	–	–	–	12	–	–	–	–	2
Pologne	–	–	–	–	–	–	100 y	100 y	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	0	4	1	100 y	100 y	100 y	–	–	–	–	22	6 y	50 y	53 y	46 y	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	3 x	13 x	–	96 x	96 x	96 x	–	–	–	–	–	–	89 x,y	90 x,y	88 x,y	–	–
République centrafricaine	30 y	29 y	32 y	29 x	68 x	28 x	61	61	62	24	1	–	75	83 x	79 x	92 x,y	92 x,y	92 x,y	–	–
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	–	–	–	0	12	1	100	99	100	–	–	–	–	14	13	76 y	77 y	74 y	–	5 x
République démocratique du Congo	27	22	31	10	37	6	25	24	25	–	–	–	–	69	75	82	82	81	–	13
République démocratique populaire lao	12	11	14	7	33	11	73	73	73	–	–	–	–	17	30	69	70	68	–	–
République dominicaine	7	8	6	12	36	8	88	88	88	–	–	–	–	–	3	63	64	61	–	1
République populaire démocratique de Corée	4	5	4	–	–	–	100 x	100 x	100 x	–	–	–	–	4	4	59	63	55	–	–
République-Unie de Tanzanie	24	25	24	5	31	4	26	28	25	10	0	89 x	95	50	59	–	–	–	–	7
Roumanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	19 y	17 y	21 y	0	7	1	56	56	56	–	–	–	–	24	45	–	–	–	0	10
Sainte-Lucie	3 y	5 y	2 y	1	8	–	92	91	93	–	–	–	–	–	15	68 y	71 y	64 y	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	1	11	2	59	59	58	–	–	–	–	28	34	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	18	17	19	8	35	3	95	96	95	–	–	–	–	19	24	80	80	79	–	3 x
Sénégal	23	27	19	8	29	1	77	79	76	24	14	79	81	43	48	–	–	–	–	2
Serbie	7	8	6	0	3	1 x	99	99	100	–	–	–	–	–	2	43	44	42	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	39 y	39 y	38 y	13	30	7	81	82	81	86	8	40	27	29	44	87	87	86	0	2
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	100 y	100 y	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	8 x	45 x	–	3 x	3 x	3 x	98 x	46 x,y	–	33 x	–	75 x,y	–	–	–	–	–
Soudan	18	20	16	12	34	–	67	69	66	87	30	64	53	–	36	64	65	63	–	–
Soudan du Sud	–	–	–	9 x	52 x	–	35	35	36	–	–	–	–	–	72 x	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	1	10	–	97 x	97 x	97 x	–	–	–	–	–	54 x,y	–	–	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4 y	13 y
Suisse	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	4 y	4 y	4 y	5 x	19 x	–	99	99	99	–	–	–	–	–	19 x	86 x,y	87 x,y	85 x,y	–	–
Tadjikistan	–	–	–	0	9	–	96	96	96	–	–	–	–	–	44	69	70	68	–	0
Tchad	39	37	41	30	67	8	12	12	12	38	10	49 x	45	54	69	71	72	71	–	2
Tchéquie	–	–	–	–	–	–	100 v	100 v	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	–	–	–	4	23	10	100 y	100 y	100 y	–	–	–	–	9	9	75	77	73	–	–
Timor-Leste	–	–	–	3	15	1	60	60	61	–	–	–	–	48	69	–	–	–	–	3
Togo	23	23	22	6	22	3	78	79	77	5	0	96	95	19	26	81	81	80	–	4

TABLEAU 11. PROTECTION DE L'ENFANCE

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^a 2010-2018*			Mariage des enfants (%) ^a 2012-2018*			Enregistrement des naissances (%) ^a 2010-2018*			Mutilations génitales féminines (%) ^a 2010-2018*				Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^a 2012-2018*		Discipline imposée par la violence (%) ^a 2012-2018*			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^a 2012-2018*	
				Filles		Garçons				Prévalence		Attitudes								
	Total	Garçons	Filles	Mariées à 15 ans	Mariées à 18 ans	Mariées à 18 ans	Total	Garçons	Filles	Femmes ^a	Filles ^b	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	0	6	6	93	94	93	-	-	-	-	29	27	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	1 y	1 y	1 y	3 x	11 x	-	97	97	97	-	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y
Tunisie	2 y	3 y	1 y	0	2	-	99	99	100	-	-	-	-	-	27	93 y	94 y	92 y	-	-
Turkménistan	0	0	0	0	6	-	100	100	100	-	-	-	-	-	17	37 y	39 y	34 y	-	-
Turquie	-	-	-	1	15	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	0 x	50 x	49 x	51 x	-	-	-	-	83 x	69 x	-	-	-	-	-
Ukraine	3 y	3 y	3 y	0	9	4	100	100	100	-	-	-	-	2	2	61 y	68 y	55 y	-	2 x
Uruguay	4	5	3	1	25	-	100	100	100	-	-	-	-	-	3	55 y	58 y	51 y	-	-
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	3	21	5	43 y	44 y	43 y	-	-	-	-	63	56	84 y	83 y	84 y	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	13	13	14	1	11	3 x	96	96	96	-	-	-	-	-	28	68	72	65	-	-
Yémen	-	-	-	9	32	-	31	31	30	19	15	-	75	-	49	79 y	81 y	77 y	-	-
Zambie	23	23	23	6	31	2	11	12	11	-	-	-	-	41	49	-	-	-	-	5
Zimbabwe	-	-	-	4	32	1	38	-	-	-	-	-	-	49	54	63	63	62	-	6

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	1	11	-	99	99	99	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	-	-	-	4	25	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	5	5	4	4	18	-	92	92	92	-	-	-	-	-	44	87	88	86	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	8	30	4	65	65	65	-	-	-	-	39	42	-	-	-	-	2
Afrique subsaharienne	29	29	29	12	37	4	46	45	44	35	13	-	73	36	44	81	82	81	-	6
Afrique de l'Est et australe	27	27	26	9	34	5	40	36	35	42	11	-	81	35	44	-	-	-	-	5
Afrique de l'Ouest et centrale	31	30	31	15	40	4	53	53	52	29	15	68	66	37	45	83	84	82	-	6
Pays les moins avancés	29	29	29	12	39	6	40	40	40	-	-	-	-	43	48	80	81	79	-	5
Monde	-	-	-	5	21	-	73	75	74	-	-	-	-	37	38	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Travail des enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 17 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Le travail des enfants correspond aux situations suivantes : a) enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, b) enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, c) enfants de 15 à 17 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures.

Mariage des enfants – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 15 ans ; pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans ; pourcentage d'hommes âgés de 20 à 24 ans qui se sont mariés ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants déclarés comme disposant d'un certificat de naissance, que

celui-ci ait été vu ou non par l'enquêteur, et les enfants qui ne disposent pas de certificat de naissance, mais dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines – a) Femmes : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine ; b) Filles : pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine (d'après les déclarations de leur mère) ; c) Volonté de mettre fin à cette pratique : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des mutilations génitales féminines et qui pensent que cette pratique doit cesser.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse dans au moins l'un des cas suivants : si elle brûle le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Discipline imposée par la violence – Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 14 ans à qui l'on a imposé la discipline par la violence (agression psychologique et/ou châtements corporels) au cours du dernier mois.

Violences sexuelles durant l'enfance – Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 18 à 29 ans qui ont subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Travail des enfants – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019.

Mariage des enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019 (pour les filles), août 2019 (pour les garçons).

Enregistrement des naissances – EDS, MICS, autres enquêtes nationales, recensements et systèmes d'enregistrement des faits d'état civil. Dernière mise à jour : mars 2019.

NOTES

- Données non disponibles.

v Les estimations de 100 % ont été établies sur la base du fait que les pays concernés disposent d'un système d'enregistrement d'état civil complet et enregistrent tous les faits d'état civil (y compris les naissances). Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique. Dernière mise à jour : décembre 2017.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

Mutilations génitales féminines – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : a) mars 2019, b) et c) août 2019.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Discipline imposée par la violence – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019.

Violences sexuelles durant l'enfance – EDS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019.

+ Pour de plus amples détails sur la méthodologie utilisée et les changements apportés au calcul de ces estimations, veuillez consulter la Note générale sur les données, page 180.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

Les données en italiques proviennent de sources plus anciennes que les données présentées pour d'autres indicateurs relatifs au même thème au sein de ce tableau. Cela peut être dû à l'absence d'un indicateur dans la dernière source de données disponibles ou au fait que les bases de données relatives à chaque indicateur aient été mises à jour à des dates différentes.

TABLEAU 12. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2018*	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2018*	Répartition des prestations de protection sociale (% , 2010-2016*)			Part du revenu des ménages (% , 2010-2018*)			Coefficient de Gini 2010-2018*	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2018*	PIB par habitant (dollars É.-U. courants) 2010-2018*
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres			
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	556,3	
Afrique du Sud	-	75,1	37,1	31,6	18,5	7,2	68,2	2,4	63,0	7,1	6 120,5
Albanie	-	-	28,2	30,3	13,5	-	37,8	8,9	29,0	-	4 532,9
Algérie	11,2	-	-	-	-	-	37,2	9,4	27,6	-	4 048,3
Allemagne	100,0	100,0	-	-	-	20,7	39,7	7,8	31,7	-	44 681,1
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39 134,4
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	4 095,8
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15 824,7
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20 803,7
Argentine	34,0	84,6	16,7	39,6	6,7	15,3	46,0	5,2	40,6	2,4	14 591,9
Arménie	61,0	21,4	37,7	23,1	17,8	20,8	42,4	8,4	33,6	1,2	3 914,5
Australie	-	100,0	-	-	-	18,8	43,0	6,8	35,8	-	54 093,6
Autriche	100,0	100,0	-	-	-	21,1	38,4	7,9	30,5	-	47 380,8
Azerbaïdjan	14,0	-	29,4	32,4	17,3	-	-	-	-	-	4 147,1
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31 857,9
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23 715,5
Bangladesh	20,9	29,4	20,0	52,7	8,7	21,0	41,4	8,6	32,4	1,3	1 564,0
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16 327,6
Bélarus	-	-	37,3	21,8	16,9	24,1	35,5	9,9	25,4	0,9	5 761,7
Belgique	100,0	100,0	-	-	-	22,6	36,5	8,6	27,7	-	43 507,2
Belize	-	-	40,4	32,5	18,9	-	-	-	-	-	4 956,8
Bénin	-	-	-	-	-	-	52,1	3,2	47,8	-	827,4
Bhoutan	-	-	16,5	41,1	1,3	-	44,4	6,7	37,4	1,8	3 390,7
Bolivie (État plurinational de)	51,5	65,0	29,3	37,3	14,5	-	-	-	-	-	3 351,1
Bosnie-Herzégovine	-	-	27,8	29,0	11,8	-	40,7	7,5	33,0	-	5 394,6
Botswana	-	5,5	28,5	28,6	12,8	-	58,5	3,9	53,3	-	7 893,7
Brésil	45,0	96,8	12,6	51,7	4,2	-	57,8	3,2	53,3	4,3	9 880,9
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28 572,1
Bulgarie	100,0	48,6	-	-	-	17,8	43,9	6,0	37,4	-	8 228,0
Burkina Faso	0,4	-	3,8	69,5	1,5	-	44,3	8,3	35,3	1,9	642,0
Burundi	-	-	-	-	-	-	46,3	6,9	38,6	-	293,0
Cabo Verde	-	31,5	-	-	-	-	-	-	-	-	3 295,3
Cambodge	1,5	-	8,7	46,9	0,1	-	-	-	-	1,5	1 385,3
Cameroun	0,6	0,4	2,9	59,4	0,7	-	51,7	4,5	46,6	-	1 421,6
Canada	100,0	39,7	-	-	-	18,9	40,7	6,6	34,0	-	45 069,9
Chili	44,0	93,1	17,1	48,8	7,6	-	52,9	5,2	46,6	3,5	15 037,4
Chine	64,9	2,2	9,2	51,1	3,0	17,0	45,4	6,4	38,6	2,1	8 759,0
Chypre	100,0	60,3	-	-	-	20,0	42,1	7,9	34,0	-	25 760,8
Colombie	-	27,3	6,7	71,7	3,0	12,4	54,8	4,1	49,7	4,5	6 375,9
Comores	-	-	-	-	-	-	50,4	4,5	45,3	-	1 312,4
Congo	-	-	-	-	-	-	53,7	4,2	48,9	-	1 702,6
Costa Rica	-	17,7	13,1	61,2	5,3	12,8	54,0	4,4	48,3	3,3	11 752,5
Côte d'Ivoire	-	-	16,3	52,8	6,6	-	47,8	5,7	41,5	-	1 557,2
Croatie	100,0	-	29,1	30,5	13,1	20,4	38,4	7,3	31,1	-	13 383,7
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 541,2
Danemark	100,0	100,0	-	-	-	23,3	37,7	9,4	28,2	-	57 218,9
Djibouti	-	-	22,3	43,3	10,3	-	47,6	5,4	41,6	-	1 953,9
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 951,3
Égypte	100,0	-	15,6	53,5	7,2	21,9	41,5	9,1	31,8	-	2 440,5
El Salvador	-	-	7,2	70,9	2,4	17,4	44,7	6,4	38,0	3,0	3 902,2
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40 325,4
Équateur	-	6,7	14,0	61,6	6,7	14,1	50,1	4,7	44,7	3,1	6 213,5
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	811,4
Espagne	100,0	100,0	-	-	-	17,5	42,1	5,8	36,2	-	28 208,3
Estonie	100,0	100,0	-	-	-	20,0	40,4	7,5	32,7	-	20 200,4
Eswatini	-	-	24,7	36,9	13,7	-	-	-	-	3,5	3 941,9
État de Palestine	-	-	39,3	13,1	18,8	19,2	41,1	7,3	33,7	1,5	3 254,5
États-Unis	-	-	-	-	-	15,2	46,9	5,0	41,5	-	59 927,9
Éthiopie	-	-	-	-	-	17,6	46,7	6,6	39,1	1,4	768,0
Fédération de Russie	63,0	100,0	28,8	23,8	9,5	18,0	45,3	6,9	37,7	1,9	10 750,6
Fidji	-	-	22,8	34,3	9,5	-	44,7	7,5	36,7	2,2	6 006,4
Finlande	100,0	100,0	-	-	-	23,4	36,7	9,4	27,1	-	45 804,7
France	100,0	100,0	-	-	-	20,7	40,9	7,9	32,7	-	38 679,1

TABLEAU 12. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2018*	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2018*	Répartition des prestations de protection sociale (% 2010-2016*)			Part du revenu des ménages (% 2010-2018*)			Coefficient de Gini 2010-2018*	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2018*	PIB par habitant (dollars É.-U. courants) 2010-2018*
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres			
Tunisie	–	48,3	37,3	19,7	19,8	20,1	40,9	7,8	32,8	1,5	3 494,3
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 587,1
Turquie	–	–	16,7	38,7	6,1	15,6	48,3	5,7	41,9	1,9	10 499,7
Tuvalu	–	–	–	–	–	17,4	46,4	6,6	39,1	–	3 572,6
Ukraine	100,0	100,0	32,0	25,7	14,0	24,5	35,1	10,1	25,0	0,9	2 640,7
Uruguay	100,0	66,2	11,9	50,7	3,2	16,5	45,8	5,9	39,5	2,5	16 437,2
Vanuatu	–	–	–	–	–	17,8	44,8	6,7	37,6	–	2 976,1
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16 054,5
Viet Nam	44,5	–	10,6	54,4	3,7	18,8	42,5	6,9	35,3	–	2 365,6
Yémen	–	–	–	–	–	–	44,7	7,3	36,7	–	963,5
Zambie	–	21,1	1,3	75,5	0,3	8,9	61,3	2,9	57,1	4,8	1 534,9
Zimbabwe	–	–	7,6	58,7	2,2	–	49,7	5,8	43,2	–	1 602,4

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	57,8	5,4	17,9	44,5	8,2	17,3	45,1	6,6	38,2	2,0	10 092,7
Europe et Asie centrale	85,8	93,2	–	–	–	19,7	41,4	7,4	33,7	–	23 451,8
Europe de l'Est et Asie centrale	62,8	84,1	26,8	29,0	10,5	18,9	43,1	7,3	35,4	1,6	8 000,9
Europe de l'Ouest	100,0	99,6	–	–	–	20,2	40,1	7,5	32,4	–	36 682,3
Amérique latine et Caraïbes	32,3	62,8	13,3	56,6	5,5	14,5	53,2	4,4	47,8	3,6	9 271,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	51,6	–	–	–	–	–	42,7	7,9	34,3	–	7 497,5
Amérique du Nord	100,0	39,7	–	–	–	15,6	46,3	5,2	40,7	–	58 411,2
Asie du Sud	38,9	–	–	25,7	18,5	21,0 †	43,9	8,2	35,1	1,4	1 864,8
Afrique subsaharienne	–	–	13,9	56,5	5,6	14,1	49,7	5,8	43,1	2,8	1 625,3
Afrique de l'Est et australe	–	–	21,8	47,2	9,9	–	51,3	5,7	44,5	2,8	1 879,2
Afrique de l'Ouest et centrale	4,7	–	8,5	62,8	2,7	–	47,4	5,8	41,0	2,7	1 365,2
Pays les moins avancés	11,1	17,1	14,2	56,7	5,8	18,5	46,0	6,9	38,5	1,7	1 113,8
Monde	47,1	33,1	24,1	39,5	11,3	18,2	45,6	6,9	38,1	2,0	10 046,2

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces – Pourcentage de femmes ayant donné naissance couvertes par des prestations de maternité : nombre de femmes bénéficiant de prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimations reposant sur les taux de fécondité par âge publiés dans le document World Population Prospects [Perspectives de la population mondiale] des Nations Unies ou sur le nombre de naissances vivantes ajusté en fonction de la part de naissances de jumeaux ou de triplés).

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Pourcentage d'enfants couverts par des prestations de protection sociale : nombre d'enfants/de ménages bénéficiant de prestations à l'enfance/aux familles en espèces rapporté au nombre total d'enfants/de ménages avec des enfants.

Répartition des prestations de protection sociale – Pourcentage de prestations versées au premier quintile, aux 40 % les plus pauvres et au 5e quintile par rapport à la totalité des prestations versées à la population. La couverture sociale inclut : le fait de fournir une aide sociale au moyen de transferts en espèces à ceux qui en ont besoin, en particulier les enfants ; les prestations et le soutien fournis aux personnes en âge de travailler en cas de maternité, de handicap, d'accident du travail ou de chômage ; et le versement d'une pension aux personnes âgées.

Part du revenu des ménages – Pourcentage du revenu qui revient aux 20 % des ménages ayant le revenu le plus élevé, aux 40 % des ménages affichant le revenu le plus faible et aux 20 % des ménages affichant le revenu le plus faible.

Coefficient de Gini – L'indice de Gini mesure l'écart entre une répartition parfaitement égale des revenus (ou, dans certains cas, des dépenses de consommation) et leur répartition dans un pays donné entre les personnes ou les ménages. On construit pour cela une courbe de Lorenz qui met en regard les pourcentages cumulés du revenu total et le nombre cumulé de personnes percevant ce revenu, en commençant par les personnes ou les ménages les plus pauvres. L'indice de Gini mesure l'aire comprise entre la courbe de Lorenz et une ligne hypothétique d'égalité parfaite, exprimée en pourcentage de l'aire maximale située au-dessous de la ligne. Le coefficient de Gini est égal à zéro pour une égalité parfaite des revenus et à 100 pour une inégalité parfaite.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – L'indice de Palma correspond à la part du revenu national brut des 10 % les plus riches divisée par la part des 40 % les plus pauvres.

PIB par habitant (dollars É.-U. courants) – Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. Le PIB est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Son calcul ne tient compte d'aucune déduction pour l'amortissement des biens fabriqués, ni de l'épuisement ou de la dégradation des ressources naturelles. Données en dollars É.-U. courants.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 de l'OIT. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Répartition des prestations de protection sociale – The Atlas of Social Protection: Indicators of Resilience and Equity (L'Atlas de la protection sociale : Indicateurs de résilience et d'équité). Dernière mise à jour : mai 2019.

Part du revenu des ménages – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Coefficient de Gini – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – Rapport de suivi mondial 2014-2015 de la Banque mondiale. Dernière mise à jour : 2015.

PIB par habitant (dollars É.-U. courants) – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juillet 2019.

NOTES

– Données non disponibles.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 13. EAH

Pays et zones	Ménages									Écoles						Établissements de santé							
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2017			Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016			Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016			Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016	Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016	Utilisation d'installations de gestion des déchets (%) 2016	
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Total	Total	Total	
Afghanistan	67	96	57	43	62	37	38	64	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Afrique du Sud	93	99	81	76	76	75	44	53	27	78	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Albanie	91	92	90	98	98	97	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Algérie	94	95	89	88	90	82	84	88	73	93	87	98	99	98	100	99	98	99	–	–	–	–	
Allemagne	100	100	100	99	99	99	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Andorre	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	100	
Angola	56	71	27	50	64	23	27	34	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Anguilla	97	97	–	97	97	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Antigua-et-Barbuda	97	–	–	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arabie saoudite	100	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Argentine	–	100	–	–	96	–	–	–	–	–	–	–	77	77	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arménie	100	100	100	94	100	83	94	97	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	41	69	97
Australie	100	100	100	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Autriche	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Azerbaïdjan	91	99	82	93	96	88	83	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	48	100	–	
Bahamas	99	–	–	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bahreïn	100	–	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Bangladesh	97	97	97	48	51	47	35	51	26	74	73	87	59	57	67	44	39	58	70	–	–	11	
Barbade	98	–	–	97	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Bélarus	96	96	98	98	98	96	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Belgique	100	100	100	99	99	99	–	–	–	100	100	100	–	–	–	100	100	100	–	–	–	–	
Belize	98	99	97	88	93	83	90	91	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bénin	66	76	58	16	27	8	11	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	–	–	26	
Bhoutan	97	98	97	69	73	67	–	–	–	59	58	63	76	75	93	–	–	–	–	–	–	–	
Bolivie (État plurinational de)	93	99	78	61	72	36	25	28	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bosnie-Herzégovine	96	95	97	95	99	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Botswana	90	97	76	77	89	51	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Brésil	98	100	90	88	93	60	–	–	–	–	–	–	84	84	–	61	61	65	–	–	–	–	
Brunei Darussalam	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgarie	99	99	98	86	87	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Burkina Faso	48	80	35	19	39	11	12	23	8	53	55	42	70	74	52	18	18	–	79	–	–	31	
Burundi	61	90	57	46	42	46	6	20	4	42	39	–	48	35	89	19	20	16	73	–	–	84	
Cabo Verde	87	93	76	74	80	62	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cambodge	79	97	73	59	96	48	66	88	60	–	–	–	39	48	67	41	49	40	–	–	–	–	
Cameroun	60	77	39	39	56	18	9	15	3	34	31	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Canada	99	100	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chili	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–	–	96	96	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chine	93	98	86	85	91	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	–	36	–	
Chypre	100	100	100	99	100	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Colombie	97	100	86	90	93	76	65	73	35	55	–	–	61	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Comores	80	88	77	36	45	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	2	–	–	
Congo	73	87	46	20	27	6	48	56	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	37	–	–	12	
Costa Rica	100	100	100	98	98	96	–	–	–	82	85	78	70	68	76	70	68	76	–	–	–	–	
Côte d'Ivoire	73	88	58	32	46	18	19	28	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57	–	–	–	
Croatie	100	100	100	97	98	95	–	–	–	51	–	–	34	–	–	26	–	–	–	–	–	–	
Cuba	95	97	90	93	92	95	85	88	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Danemark	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Djibouti	76	84	47	64	76	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35	
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Égypte	99	99	99	94	98	91	90	93	88	–	–	–	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
El Salvador	97	99	92	87	91	79	91	92	86	84	80	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Émirats arabes unis	98	–	–	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Équateur	94	100	83	88	91	83	81	84	75	51	40	61	83	83	–	87	80	94	–	–	–	49	
Érythrée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Espagne	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Estonie	100	100	99	99	99	99	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	100	100	
Eswatini	69	97	60	58	51	61	24	48	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
État de Palestine	97	97	96	97	97	96	–	–	–	80	81	86	81	78	86	23	22	29	–	–	–	–	
États-Unis	99	100	97	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Éthiopie	41	80	31	7	20	4	8	23	4	–	–	–	–	–	–	6	5	7	30	59	–	64	

TABLEAU 13. EAH

Pays et zones	Ménages									Écoles									Établissements de santé			
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2017			Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016			Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016			Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016	Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016	Utilisation d'installations de gestion des déchets (%) 2016
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Total	Total	Total
Fédération de Russie	97	99	93	90	95	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	94	98	89	95	95	95	-	-	-	88	-	-	76	-	-	61	-	-	-	-	-	-
Finlande	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
France	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Gabon	86	90	55	47	49	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambie	78	87	63	39	45	30	8	12	1	-	-	-	82	83	80	-	-	-	-	-	-	-
Géorgie	98	100	96	90	95	83	-	-	-	74	-	-	60	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Ghana	81	93	68	18	24	12	41	45	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	51
Grèce	100	100	100	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	96	-	-	91	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Guatemala	94	98	90	65	79	51	77	83	70	-	-	-	76	76	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée	62	86	49	23	34	17	17	26	13	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	67	84	53	21	37	8	6	9	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Guinée équatoriale	65	78	31	66	70	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	96	100	94	86	92	84	77	75	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	65	85	43	35	44	24	23	29	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Honduras	95	99	89	81	85	76	-	-	-	59	65	52	82	-	-	12	5	21	58	1	-	-
Hongrie	100	100	100	98	98	99	-	-	-	100	100	100	92	100	100	99	100	100	-	-	-	-
Îles Cook	100	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Îles Marshall	88	87	94	83	91	59	83	84	77	3	3	-	27	27	-	36	36	-	-	-	-	-
Îles Salomon	68	91	61	34	78	20	36	59	29	17	20	19	27	22	34	17	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	94	-	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	93	96	91	60	72	53	60	80	49	69	68	75	73	72	79	54	55	53	-	-	-	-
Indonésie	89	95	82	73	80	65	64	72	55	66	65	68	34	31	41	42	43	40	80	-	-	66
Iran (République islamique d')	95	97	89	88	92	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	97	99	91	94	97	88	95	96	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	97	97	98	91	89	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Italie	99	99	99	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Jamaïque	91	96	85	87	86	90	-	-	-	83	94	69	83	94	69	83	94	69	-	-	-	-
Japon	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	99	99	98	97	97	96	-	-	-	93	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	96	98	92	98	97	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	59	85	50	29	35	27	25	32	22	-	-	-	-	-	-	-	-	66	-	-	-	33
Kirghizistan	87	97	82	97	92	99	89	93	87	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Kiribati	72	-	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Lesotho	69	93	59	43	43	43	2	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	99	99	98	92	96	83	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Liban	93	-	-	98	-	-	-	-	-	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	-	64
Libéria	73	84	62	17	28	6	1	2	1	42	-	-	43	-	-	50	-	-	3	36	-	67
Libye	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	-	13	-	-	-	-	-	43
Liechtenstein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	98	100	93	93	97	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-
Luxembourg	100	100	99	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	93	91	97	99	100	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	54	86	36	11	18	6	-	-	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	-	-	-	-
Malaisie	97	99	89	100	100	99	-	-	-	100	99	100	100	99	100	100	99	100	-	-	-	-
Malawi	69	86	65	26	34	25	9	15	7	-	-	-	70	72	61	-	-	-	-	-	-	43
Maldives	99	98	100	99	99	99	96	97	95	-	-	-	-	-	-	-	-	55	15	80	-	30
Mali	78	92	68	39	53	29	52	70	39	-	-	-	20	17	20	-	-	-	-	-	-	-
Malte	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	87	97	71	89	94	79	-	-	-	82	73	91	70	70	-	-	-	-	-	-	-	-
Maurice	100	100	100	96	96	95	-	-	-	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	71	89	50	48	75	19	43	55	29	-	-	-	27	27	26	-	-	-	81	-	-	25
Mexique	99	100	97	91	93	82	88	90	80	-	-	-	75	75	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	79	-	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Mongolie	83	96	56	58	66	42	71	81	49	74	73	73	63	70	63	41	44	66	-	-	-	-

TABLEAU 13. EAH

Pays et zones	Ménages									Écoles						Établissements de santé							
	Utilisation de sources d'eau potable au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations sanitaires au moins de base (%) 2017			Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2017			Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016		Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016		Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016		Utilisation de sources d'eau de base (%) 2016	Utilisation d'installations sanitaires de base (%) 2016	Utilisation d'installations d'hygiène de base (%) 2016	Utilisation d'installations de gestion des déchets (%) 2016				
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Total	Total	Total	
Monténégro	97	96	99	98	100	94	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	85	100	100	
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	56	84	40	29	52	17	–	–	–	–	–	48	48	–	15	15	–	–	–	–	–	–	
Myanmar	82	93	77	64	76	59	79	92	74	71	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	
Namibie	83	96	69	35	51	18	45	62	27	76	–	–	46	–	–	20	–	–	–	–	–	–	
Nauru	99	99	–	66	66	–	–	–	–	–	–	–	86	100	66	–	–	–	–	–	–	–	
Népal	89	89	89	62	67	61	48	67	43	47	39	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	
Nicaragua	82	98	59	74	84	62	–	–	–	–	–	–	43	43	–	–	–	–	–	–	–	–	
Niger	50	84	44	14	44	8	–	–	–	–	–	–	21	18	–	14	14	–	–	–	–	60	
Nigéria	71	87	56	39	48	31	42	53	31	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	12	43	43	
Niue	98	–	–	97	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Norvège	100	100	100	98	98	98	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Nouvelle-Zélande	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Oman	92	95	78	100	100	100	97	–	–	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ouganda	49	75	41	18	26	16	21	34	17	69	–	–	79	–	–	37	–	–	31	12	–	43	
Ouzbékistan	98	100	96	100	100	100	–	–	–	90	90	89	92	93	91	89	90	89	–	–	–	–	
Pakistan	91	94	90	60	77	50	60	83	46	57	52	81	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Palaos	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Panama	96	98	93	83	92	65	–	–	–	–	–	–	82	82	–	–	–	–	–	–	–	–	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	41	86	35	13	48	8	–	–	–	47	46	80	45	44	69	10	10	14	70	–	–	10	
Paraguay	100	100	99	90	94	83	80	84	72	–	–	–	77	77	–	–	–	–	85	26	–	6	
Pays-Bas	100	100	100	98	98	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Pérou	91	96	76	74	80	56	–	–	56	73	71	73	68	70	72	–	–	–	46	7	–	28	
Philippines	94	98	90	77	78	75	78	85	73	50	49	58	39	33	68	46	49	30	–	–	–	–	
Pologne	100	100	100	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Portugal	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Qatar	100	–	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
République arabe syrienne	97	99	95	91	91	91	71	72	69	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République centrafricaine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République de Corée	100	–	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
République de Moldova	89	97	83	76	86	69	–	–	–	100	100	100	94	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
République démocratique du Congo	43	69	23	20	23	18	4	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	12	
République démocratique populaire lao	82	94	76	74	95	64	50	67	41	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33	
République dominicaine	97	98	90	84	86	74	55	58	42	–	–	–	90	90	–	–	–	–	–	–	–	–	
République populaire démocratique de Corée	95	97	90	83	90	72	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République-Unie de Tanzanie	57	86	43	30	43	24	48	63	40	–	–	–	47	47	–	23	23	–	65	5	35	27	
Roumanie	100	100	100	84	95	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Royaume-Uni	100	100	100	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Rwanda	58	82	53	67	52	70	5	13	3	44	39	51	88	91	84	48	45	51	–	–	–	–	
Sainte-Lucie	98	98	98	88	78	91	–	–	–	99	99	100	99	99	100	99	99	100	–	–	–	–	
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	79	100	–	–	–	84	79	100	–	–	–	–	
Saint-Marin	100	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	100	100	
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	95	–	–	87	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Samoa	97	100	97	98	98	98	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Sao Tomé-et-Principe	84	87	77	43	48	31	41	39	47	–	–	–	76	73	100	–	–	–	–	–	–	–	
Sénégal	81	92	70	51	65	40	24	42	9	32	32	–	–	–	–	22	25	10	46	–	–	31	
Serbie	86	83	88	98	100	95	–	–	–	72	63	91	74	66	92	73	66	91	96	73	100	100	
Seychelles	96	–	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	80	
Sierra Leone	61	76	50	16	26	9	19	27	14	62	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–	17	
Singapour	100	100	–	100	100	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Slovaquie	100	100	100	98	99	97	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Slovénie	100	100	99	99	99	99	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	
Somalie	52	83	28	38	61	20	10	12	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	
Soudan	60	74	53	37	60	24	23	32	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Soudan du Sud	41	65	35	11	37	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Sri Lanka	89	97	88	96	95	96	–	–	–	–	–	–	100	100	100	–	–	–	99	–	–	27	
Suède	100	100	100	99	99	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Suisse	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	

TABLEAU 14. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2018		Santé				Nutrition			Protection de l'enfance				Enseignement et apprentissage 2010-2017*					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Consommation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2013-2017*	Maigreur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2010-2018*		Harcèlement 2010-2017*	Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
							Fillles	Garçons		Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Afghanistan	9 442	25	0	9	17	9	29	42	45	–	–	–	–	17	59	17	20	9	22
Afrique du Sud	10 080	17	20	22 x	4	26	–	–	–	33	36	–	–	13	15	61	69	1	2
Albanie	391	14	38	11	1	24	–	–	–	39	40	45	51	21	22	27	17	1	2
Algérie	6 242	15	2	9	6	29	–	48	55	18	21	15	28	–	–	32	38	1	1
Allemagne	7 973	10	70	–	1	25	–	–	–	85	81	81	86	–	–	8	7	–	–
Andorre	–	–	64	–	1	34	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	7 290	24	34	–	8	11	24	–	–	–	–	–	–	5	7	15	12	15	19
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	22	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	14	15	35	12 x	3	25	–	24 x	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	4 791	14	3	15 x	8	35	–	–	–	31	37	–	–	–	–	37	65	–	–
Argentine	7 085	16	55	24 x	1	34	–	25	24	41	35	59	65	13	14	24	32	–	–
Arménie	356	12	16	7 x	2	18	–	–	–	74	79	–	–	34	20	–	–	0	1
Australie	3 029	12	69	–	1	33	–	–	–	78	78	77	87	–	–	19	15	–	–
Autriche	876	10	68	–	2	26	–	–	–	81	75	79	88	10	5	11	12	–	–
Azerbaïdjan	1 311	13	13	7 x	3	18	12 x	–	–	58 x	51 x	22 x	32 x	–	–	13	15	–	–
Bahamas	65	17	30	13	3	34	–	25	22	–	–	–	–	–	–	38	46	–	–
Bahreïn	171	11	4	19	6	34	–	36	23	70	80	–	–	–	–	10	21	–	–
Bangladesh	31 080	19	1	9	18	8	28 y	27	17	62	52	87	87	10	30	12	18	–	–
Barbade	37	13	38	15	4	26	–	15	11	–	–	–	–	–	–	44	45	0	0
Bélarus	896	9	58	10	2	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0
Belgique	1 285	11	66	–	1	23	–	–	–	81	79	78	83	4	4	19	20	–	–
Belize	78	20	27	12	4	27	–	30	31	–	–	–	–	17	33	13	33	1	3
Bénin	2 638	23	15	5	7	11	–	47	52	–	–	–	–	10	20	3	5	18	33
Bhoutan	140	19	17	24	15	9	–	31	29	–	–	–	–	–	–	5	7	2	5
Bolivie (État plurinational de)	2 280	20	31	19 x	1	27	–	32	28	–	–	–	–	4	8	6	5	–	–
Bosnie-Herzégovine	360	11	34	16	2	21	–	–	–	76 x	77 x	–	–	16	15	43	51	–	–
Botswana	453	20	19	24 x	6	16	–	53 x	52 x	75	84	70	87	24 x	32 x	34	51	–	–
Brésil	32 143	15	27	8 y	3	26	–	–	–	33	26	44	53	16	22	34	44	–	–
Brunei Darussalam	67	16	25	10	6	25	–	25	22	–	–	–	–	15	13	41	48	–	–
Bulgarie	654	9	54	29	2	27	–	–	–	57	59	50	68	12	15	–	–	–	–
Burkina Faso	4 730	24	24	–	8	8	5	–	–	–	–	–	–	–	–	5	12	9	29
Burundi	2 526	23	19	19 x	7	10	38	–	–	–	–	–	–	3	3	3	–	20	30
Cabo Verde	100	18	21	13 x	7	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27	47	–	–
Cambodge	3 041	19	19	2	11	10	7	23	22	14	18	31	44	9	11	1	1	1	5
Cameroun	5 833	23	26	10	6	12	27	–	–	–	–	–	–	9	18	3	5	8	22
Canada	3 974	11	52	–	1	31	–	–	–	86	85	86	92	13	11	17	14	–	–
Chili	2 514	13	54	25	1	34	–	16	14	67	59	69	74	13	15	20	29	8	10
Chine	166 857	12	41	7	4	25	–	–	–	84	84	76	81	–	–	–	–	–	–
Chypre	143	12	55	20 x	1	32	–	–	–	73 x	82 x	53	75	6	9	–	–	–	–
Colombie	8 314	17	25	–	2	24	23	–	–	80	77	88	90	13	24	16	27	1	3
Comores	183	22	2	12	7	12	4	–	–	–	–	–	–	19 x	29 x	–	–	15	28
Congo	1 176	22	37	24 x	8	11	–	–	–	–	–	–	–	17 x	21 x	–	–	8	9
Costa Rica	731	15	24	10 x	2	30	–	18 x	20 x	43	32	56	63	13	15	35	51	0	3
Côte d'Ivoire	5 874	23	25	19 x	6	12	20 y	–	–	–	–	–	–	22	42	–	4	7	18
Croatie	416	10	47	29 x	2	26	–	–	–	70	66	75	85	16	12	–	–	–	–
Cuba	1 288	11	33	17 x	4	28	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 y	13 y	–	–
Danemark	682	12	64	–	1	24	–	–	–	87	86	82	88	3	2	14	10	–	–
Djibouti	180	19	11	15	6	16	–	44 x	36 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominique	–	–	31	25 x	3	31	–	29 x	26 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	17 670	18	1	14	3	35	17	70	70	45	49	–	–	8	18	16	25	1	5
El Salvador	1 210	19	19	13	2	29	7 y	21	24	24 x	17 x	–	–	14	33	8 y	14 y	7	20
Émirats arabes unis	818	8	8	12	5	34	–	33	22	70	78	48	70	8	9	27	23	–	–
Équateur	3 115	18	32	–	1	27	–	–	–	44	41	70	74	10	19	6	9	–	–
Érythrée	796	23	12	7 x	8	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Espagne	4 614	10	57	–	1	32	–	–	–	80	76	80	87	11	10	50	50	–	–
Estonie	130	10	62	31 x	2	19	–	–	–	88	90	86	93	3	5	–	–	–	–
Eswatini	270	24	18	12 x	4	16	–	33	31	–	–	–	–	17	24	37	43	2	3
État de Palestine	1 072	22	–	–	–	–	–	–	–	47	57	–	–	20	18	42	61	1	6
États-Unis	42 365	13	60	13	1	41	–	26 y	25 y	71	70	77	85	12	11	15 y	11 y	–	–
Éthiopie	26 128	24	13	–	10	8	24	–	–	–	–	–	–	5	11	2	3	49	58
Fédération de Russie	14 358	10	40	15	2	19	–	–	–	82	81	79	88	–	–	28	31	–	–
Fidji	154	17	10	12	4	33	–	33	26	–	–	–	–	8	13	16	32	–	–
Finlande	599	11	62	21 x	1	25	–	–	–	84	89	84	94	5	6	26	25	–	–

TABLEAU 14. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2018		Santé				Nutrition			Protection de l'enfance				Enseignement et apprentissage 2010-2017*					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Consommation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2013-2017*	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2010-2018*			Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
							Violences exercées par un partenaire intime 2010-2018*	Harcèlement 2010-2017*		Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
France	7 832	12	65	-	1	29	-	-	-	76	77	74	83	8	6	24	29	-	-
Gabon	399	19	52	9	6	15	40	-	-	-	-	-	-	-	-	27	38	6	7
Gambie	526	23	16	-	7	11	5	-	-	-	-	-	-	20	36	6	14	-	-
Géorgie	457	11	24	12	3	19	-	-	-	40	46	37	61	-	-	25	31	0	0
Ghana	6 384	21	15	13 x	6	10	23 x	-	-	25	17	-	-	9	18	5	7	3	11
Grèce	1 072	10	53	16 x	1	35	-	-	-	63	65	66	80	10	10	44	59	-	-
Grenade	16	14	35	10	4	25	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	3 855	22	17	17	1	27	9	26	20	-	-	-	-	7	40	4	7	-	-
Guinée	3 062	25	13	26 x	7	9	-	-	-	-	-	-	-	4 x	5 x	-	-	11	18
Guinée-Bissau	426	23	17	-	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	13
Guinée équatoriale	251	19	59	22 x	8	10	56 p	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	151	19	26	15	6	24	-	40	37	-	-	-	-	30	40	26	35	2	3
Haïti	2 322	21	22	-	4	26	28	-	-	-	-	-	-	-	-	7	10	19	13
Honduras	2 081	22	18	8	2	26	16	13 y	12 y	26	17	-	-	13	38	6	10	-	-
Hongrie	974	10	55	25	2	27	-	-	-	90	87	68	77	5	6	23	-	-	-
Îles Cook	-	-	36	22	<1	62	6 y	29	32	-	-	-	-	-	-	26	24	-	-
Îles Marshall	-	-	-	28	<1	58	27 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	142	22	7	40 x	1	24	-	64	68	-	-	-	-	2	2	-	-	6	9
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	18 x	17 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	252 611	19	25	15 x	27	6	18	-	-	14 x	16 x	11 x	21 x	7	32	12	9	-	-
Indonésie	46 369	17	13	13	10	14	-	24	19	30	32	38	51	12	17	20	21	-	-
Iran (République islamique d')	11 349	14	2	27 x	9	25	-	-	-	62	65	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	8 411	22	2	14	5	30	-	32	22	-	-	-	-	17	56	19	7	1	6
Irlande	636	13	71	-	<1	29	-	-	-	94	94	88	92	10	9	21	22	-	-
Islande	44	13	59	-	1	27	-	-	-	76	77	71	84	4	-	11	-	-	-
Israël	1 352	16	41	-	1	34	-	-	-	68	68	68	78	-	-	9	9	-	-
Italie	5 733	9	51	-	1	34	-	-	-	90	89	76	82	14	14	46	56	-	-
Jamaïque	484	16	23	29 x	2	28	11 y	26	25	-	-	-	-	-	-	41	58	0	0
Japon	11 415	9	46	-	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	-	-
Jordanie	2 129	21	2	24	4	30	18	46 x	37 x	41	48	37	70	-	-	36	39	0	2
Kazakhstan	2 445	13	26	3	2	19	-	-	-	90	92	55	63	-	-	2	3	-	-
Kenya	12 220	24	14	10	8	11	23	57 x	57 x	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-
Kirghizistan	1 044	17	15	8	3	15	3	-	-	14	13 x	12 x	22 x	-	-	15	27	2	3
Kiribati	23	20	7	29 x	<1	54	-	42	32	-	-	-	-	-	-	27	8	-	-
Koweït	489	12	0	22	4	43	-	36	28	43	46	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	433	21	10	25 x	6	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	180	9	65	25	2	20	-	-	-	77	80	76	89	3	2	-	-	-	-
Liban	1 182	17	3	60 x	5	31	-	24	12	72	70	28	31	-	-	24 x	37 x	-	-
Libéria	1 120	23	19	-	7	10	37 x	43	51	-	-	-	-	7	11	-	19	1	5
Libye	1 146	17	0	8 x	6	31	-	40 x	31 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	83	85	90	-	-	-	-	-	-
Lituanie	257	9	71	28	3	19	-	-	-	73	76	68	82	3	2	-	-	-	-
Luxembourg	66	11	86	-	1	25	-	-	-	75	73	71	78	3	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	239	11	39	15	2	25	-	-	-	29	31	22	38	-	-	61	63	1	1
Madagascar	6 110	23	12	23 x	7	10	-	-	-	-	-	-	-	3	3	3	2	-	-
Malaisie	5 262	17	18	17	8	25	-	24	18	73	78	54	70	-	-	-	-	-	-
Malawi	4 467	25	14	14 x	6	10	28	43 x	47 x	-	-	-	-	17	28	40	50	5	11
Maldives	60	12	4	11	14	16	-	30	30	-	-	-	-	20	17	29	16	-	-
Mali	4 642	24	13	17 x	8	10	23 x	-	-	-	-	-	-	24	42	-	-	13	24
Malte	42	10	49	-	1	35	-	-	-	83	86	57	72	8	11	-	-	-	-
Maroc	5 995	17	1	6	6	26	-	44	32	41	41	-	-	-	-	17	11	-	-
Maurice	182	14	20	19	7	14	-	29	22	50 x	49 x	45 x	61 x	14	19	29 y	42 y	-	-
Mauritanie	956	22	1	22 x	8	13	-	48	46	-	-	-	-	19	42	10	11	10	20
Mexique	22 353	18	29	20 x	2	34	-	-	-	46	41	54	63	8	21	7	8	2	2
Micronésie (États fédérés de)	24	21	9	43	<1	50	35 y	-	-	-	-	-	-	14	19	-	29 y	-	-
Monaco	-	-	-	-	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56 y	42 y	-	-
Mongolie	466	15	20	14	2	17	8 y	36	25	67 x	64 x	-	-	9	7	14	30	15	19
Monténégro	79	13	41	10	2	24	-	-	-	48	48	51	66	-	-	-	-	0	1
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	32 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	7 169	24	13	5	4	12	10 y	45	46	-	-	-	-	-	-	7	5	-	-
Myanmar	10 059	19	16	14	13	11	22	51	49	-	-	-	-	11	17	5	5	-	-
Namibie	509	21	19	11	8	14	52 p	48	45	-	-	-	-	17	22	37	39	-	-

TABLEAU 14. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2018		Santé				Nutrition			Protection de l'enfance				Enseignement et apprentissage 2010-2017*					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Consommation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2013-2017*	Maigreur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2010-2018*		Harcèlement 2010-2017*	Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
							Fillles	Garçons		Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles	Garçons	Fillles
Nauru	-	-	13	26 x	<1	64	-	40	38	-	-	-	-	21	39	-	-	-	-
Népal	6 300	22	17	7	16	7	17	56	45	-	-	-	-	28 x	26 x	23	26	7	17
Nicaragua	1 231	19	21	18	2	28	12 y	-	-	-	-	-	-	2	3	6	11	-	-
Niger	5 425	24	12	9 x	10	8	-	-	-	-	-	-	-	6	29	-	-	17	25
Nigéria	44 938	23	37	-	10	8	9	-	-	-	-	-	-	21	24	-	11	7	9
Niue	-	-	21	18 x	<1	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	642	12	69	-	1	27	-	-	-	81	85	79	91	3	2	17	13	-	-
Nouvelle-Zélande	617	13	64	20 x	<1	38	-	-	-	78	78	78	88	-	-	21	17	-	-
Oman	501	10	3	7	7	30	-	45	39	46	59	-	-	-	-	39	51	-	-
Ouganda	10 668	25	24	17 x	6	10	31	50 x	41 x	-	-	-	-	8	13	4	3	7	18
Ouzbékistan	5 309	16	12	14	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	44 454	21	1	11	19	9	-	45 x	35 x	-	-	-	-	7	43	10	6	-	-
Palaos	-	-	-	45	<1	62	8 y	-	-	-	-	-	-	21 x	18 x	-	-	-	-
Panama	715	17	33	13 x	2	28	-	-	-	21 x	22 x	28 x	41 x	10	15	10	18	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 866	22	7	33	1	31	-	-	-	-	-	-	-	21	21	3	2	-	-
Paraguay	1 341	19	23	7	2	27	-	19	15	-	-	-	-	10	23	15	22	4	8
Pays-Bas	1 989	12	61	-	1	24	-	-	-	83	84	78	86	2	2	9	9	-	-
Pérou	5 303	17	39	10	1	26	18	47	48	30	26	40	44	17	19	11	9	3	5
Philippines	21 091	20	21	15	10	12	11	53	49	35 x	42 x	-	-	12	15	5	8	-	-
Pologne	3 664	10	56	20 x	2	24	-	-	-	84	82	81	91	3	2	-	-	-	-
Portugal	1 042	10	58	17	1	30	-	-	-	77	76	80	86	5	4	31	36	-	-
Qatar	229	8	26	16	5	37	-	49	35	62	66	39	58	-	-	0	1	-	-
République arabe syrienne	3 320	20	1	21 x	6	27	-	-	-	45	41	-	-	-	-	14 x	48 x	-	-
République centrafricaine	1 211	26	24	-	8	10	32 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	23
République de Corée	5 056	10	51	6	2	25	-	-	-	82	87	81	92	-	-	11	7	-	-
République de Moldova	420	10	53	10	3	17	15 x	-	-	49	50	43	65	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	19 479	23	24	-	10	10	36	-	-	-	-	-	-	12	20	8	6	7	20
République démocratique populaire lao	1 447	20	26	11	9	13	14 y	15	11	-	-	-	-	31	34	18	16	2	2
République dominicaine	1 935	18	29	19 x	3	31	22	26	22	10	9	23	33	22	27	10	27	2	4
République populaire démocratique de Corée	3 678	14	27	-	5	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	13 169	23	24	6	7	11	30	25 y	28 y	-	-	-	-	10	16	3	4	4	7
Roumanie	2 064	11	55	11	3	23	-	-	-	60	60	58	64	11	12	27	-	-	-
Royaume-Uni	7 500	11	62	-	1	30	-	-	-	79	77	79	85	8	8	19	17	-	-
Rwanda	2 769	23	23	12 x	6	11	-	-	-	-	-	-	-	21	27	18	19	22	31
Sainte-Lucie	26	14	35	21 x	4	22	-	25 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	40	9 x	4	27	-	25	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	15	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	45	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	18	16	32	19 x	4	28	-	31 x	29 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	41	21	9	41 x	<1	51	-	79	69	-	-	-	-	27	21	34	64	-	-
Sao Tomé-et-Principe	51	24	21	26 x	6	13	28 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	15
Sénégal	3 629	23	12	11	10	9	19	-	-	-	-	-	-	27	36	6	6	6	23
Serbie	1 019	12	47	10 x	2	26	-	-	-	63	60	57	77	12	11	43	48	0	0
Seychelles	13	14	39	21	6	21	-	45	50	-	-	-	-	-	-	20	22	-	-
Sierra Leone	1 788	23	19	-	7	10	31	60	57	-	-	-	-	7	9	13	7	4	5
Singapour	548	10	57	9 x	2	21	-	-	-	99	99	86	92	-	-	4	15	-	-
Slovaquie	541	10	57	29 x	1	22	-	-	-	72	72	61	75	7	6	37	36	-	-
Slovénie	190	9	60	21 x	1	25	-	-	-	84	84	79	91	4	3	-	-	-	-
Somalie	3 739	25	0	-	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	9 724	23	1	12	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	33	4	7
Soudan du Sud	2 536	23	-	-	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	3 347	16	18	8	15	12	-	50	29	63	71	-	-	15	17	23	34	-	-
Suède	1 080	11	62	-	2	23	-	-	-	82	82	76	88	3	3	30	25	-	-
Suisse	836	10	72	-	<1	21	-	-	-	84	84	76	85	5	5	9	9	-	-
Suriname	102	18	28	12	4	30	-	25	25	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Tadjikistan	1 708	19	12	4	4	14	6	7 x	7 x	-	-	-	-	20 x	38 x	15 x	4 x	-	-
Tchad	3 803	25	13	19 x	9	8	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	30
Tchéquie	1 002	9	65	21	2	26	-	-	-	78	79	73	83	2	3	19	-	-	-
Thaïlande	8 775	13	27	14	8	20	-	38	28	45	47	41	57	9	11	4	5	-	-
Timor-Leste	304	24	13	23	11	11	38	39	25	-	-	-	-	14	13	-	14	-	-
Togo	1 815	23	15	8	7	10	13	-	-	-	-	-	-	5	10	-	-	9	16

TABLEAU 14. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2018		Santé				Nutrition			Protection de l'enfance				Enseignement et apprentissage 2010-2017*										
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Consommation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2013-2017*	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime 2010-2018*			Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères						
							Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles					
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Tonga	23	22	8	19	<1	57	41	x,y	46	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Trinité-et-Tobago	181	13	44	12	x	6	23	-	13	18	43	52	48	67	-	-	7	-	0	0				
Tunisie	1 604	14	3	11	x	7	24	-	37	x	24	27	24	23	33	15	20	32	28	1	1			
Turkménistan	969	17	18	0	3	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0			
Turquie	13 559	16	4	17	x	5	28	18	y	-	-	69	71	54	66	14	25	16	20	-	-			
Tuvalu	-	-	8	21	<1	57	-	40	15	-	-	-	-	-	15	23	-	-	-	-	-			
Ukraine	4 188	9	45	19	x	2	20	2	x	-	-	80	82	-	-	-	-	-	-	2	2			
Uruguay	488	14	57	13	2	32	-	18	20	50	45	55	66	14	16	33	44	1	2	2				
Vanuatu	62	21	7	26	x	2	29	-	60	46	-	-	-	-	-	-	10	x	11	x	1	0		
Venezuela (République bolivarienne du)	5 170	18	25	9	x	2	33	-	-	-	46	x	36	x	55	x	61	x	12	21	13	18	-	-
Viet Nam	13 324	14	23	4	14	9	16	y	26	26	79	83	81	91	8	9	8	7	2	4	4			
Yémen	6 511	23	0	16	14	18	-	47	33	-	-	-	-	18	58	-	-	-	-	-	-			
Zambie	4 298	25	17	26	x	6	12	30	63	x	67	x	-	-	-	26	34	28	21	8	9			
Zimbabwe	3 366	23	10	20	6	14	32	-	-	-	-	-	-	8	17	9	18	-	-	-	-			

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	306 894	13	35	9	6	21	-	-	-	72	71	67	73	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	103 924	11	47	-	2	25	-	-	-	78	78	72	81	10	12	19	19	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	52 241	12	30	12	3	21	-	-	-	72	75	64	75	-	-	19	23	-	-	-
Europe de l'Ouest	51 683	10	62	-	1	28	-	-	-	82	80	78	85	8	7	19	18	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	107 327	17	30	-	2	29	-	-	-	42	37	54	61	13	22	18	27	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75 078	17	3	13	6	29	-	52	46	45	48	-	-	-	-	21	21	1	4	4
Amérique du Nord	46 355	13	59	13	1	40	-	26	25	86	71	86	85	12	11	15	12	-	-	-
Asie du Sud	347 435	19	19	-	24	7	19	-	-	-	-	-	-	8	33	12	13	-	-	-
Afrique subsaharienne	249 734	23	21	-	8	10	22	-	-	-	-	-	-	13	20	8	9	13	20	20
Afrique de l'Est et australe	129 479	23	16	-	7	11	26	-	-	-	-	-	-	9	14	8	9	19	25	25
Afrique de l'Ouest et centrale	120 256	23	26	-	9	9	18	-	-	-	-	-	-	17	25	-	8	8	16	16
Pays les moins avancés	228 359	23	13	-	10	9	26	-	-	-	-	-	-	11	23	9	10	15	24	24
Monde	1 236 747	16	30	-	11	17	-	10	24	13	14	-	-	-						

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Consommation d'alcool – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui avaient consommé au moins une boisson alcoolique au cours des 12 derniers mois.

Consommation de tabac – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui avaient fumé des cigarettes ou utilisé des produits du tabac sans fumée au cours du mois écoulé.

Maigreurs – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC inférieur à 2 écarts-types en dessous de la médiane selon les normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC supérieur à 1 écart-type au-dessus de la médiane selon les normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Violences exercées par un partenaire intime – Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans engagées dans une relation qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un ancien partenaire intime ou de leur partenaire intime actuel au cours des 12 derniers mois.

Harcèlement – Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans qui ont signalé avoir été harcelés au moins une journée au cours des 30 derniers jours.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en mathématiques.

Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en lecture.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans déscolarisés, sans emploi ni formation.

Chômage – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Participation aux tâches ménagères – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 14 ans qui ont effectué au moins 21 heures de services ménagers non rémunérés durant la semaine de référence.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population d'adolescents – Division de la population des Nations Unies. Dernière mise à jour : août 2019.

Consommation d'alcool – Estimations de l'OMS basées sur des enquêtes internationales (Enquêtes sur la santé dans le monde, STEPS, GENACIS et ECAS) et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019.

Consommation de tabac – Enquêtes dans les écoles et autres enquêtes et recensements nationaux. Dernière mise à jour : août 2019.

Maigreurs et surpoids – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, no 10113, p. 2627 à 2642 (2017). Dernière mise à jour : août 2019.

Violences exercées par un partenaire intime – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019.

Harcèlement – Enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et Enquête sur la santé des élèves en milieu scolaire (GSHS). Dernière mise à jour : août 2019.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques et en lecture – Division de statistique des Nations Unies. Dernière mise à jour : septembre 2019.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : février 2019.

Chômage – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : août 2019.

Participation aux tâches ménagères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2019.

NOTES

- Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les données pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.

y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 15. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010–2018*	Dépenses publiques 2010–2018*							APD 2010–2018*			
		en % du PIB				en % du budget de l'État			Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Afghanistan	12,2	36,7	0,5	3,2	–	2,0	12,5	–	3 804,0	18,1	–	–
Afrique du Sud	30,9	34,4	4,4	6,0	3,3	13,3	18,7	0,1	1 014,0	0,3	–	–
Albanie	25,7	23,9	2,9	3,4	1,6	9,5	11,3	0,1	157,0	1,2	–	–
Algérie	40,4	29,5	4,9	–	–	10,7	–	–	189,0	0,1	–	–
Allemagne	28,3	27,9	9,3	4,8	–	21,3	11,0	–	–	–	25 005,0	0,7
Andorre	–	–	5,0	3,3	–	15,2	–	–	–	–	–	–
Angola	16,4	16,7	1,4	3,5	2,3	4,6	8,7	0,1	223,0	0,2	–	–
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	19,3	–	3,2	–	–	12,3	–	–	10,0	0,7	–	–
Arabie saoudite	–	28,0	4,1	–	0,7	10,1	–	0,0	–	–	–	–
Argentine	19,5	24,3	6,8	5,8	2,1	16,6	14,0	0,1	–5,0	–	–	–
Arménie	22,5	22,6	1,6	2,8	1,4	6,1	10,7	0,1	255,0	2,1	–	–
Australie	24,8	26,6	6,4	5,3	–	17,2	14,1	–	–	–	3 036,0	0,2
Autriche	43,5	44,2	7,5	5,5	–	14,8	10,7	–	–	–	1 251,0	0,3
Azerbaïdjan	35,2	28,0	1,4	3,0	0,8	3,7	7,6	0,0	116,0	0,3	–	–
Bahamas	16,9	19,1	3,0	–	–	15,9	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	24,0	23,4	3,2	2,7	–	8,8	7,3	–	–	–	–	–
Bangladesh	10,2	9,4	0,4	1,5	0,7	3,4	11,4	0,1	3 740,0	1,4	–	–
Barbade	27,5	36,3	3,2	4,7	–	9,1	12,9	–	–	–	–	–
Bélarus	29,6	29,3	3,7	4,8	3,1	8,5	11,5	0,1	–253,0	–0,5	–	–
Belgique	39,0	40,2	8,4	6,6	–	15,7	12,2	–	–	–	2 196,0	0,5
Belize	29,0	27,2	4,1	6,7	–	11,4	21,2	–	34,0	2,0	–	–
Bénin	16,7	–	0,8	4,4	3,0	3,2	17,5	–	676,0	7,3	–	–
Bhoutan	–	17,9	2,7	7,4	0,3	10,0	26,4	0,0	119,0	5,1	–	–
Bolivie (État plurinational de)	–	–	4,4	7,3	2,2	9,8	16,8	–	947,0	2,6	–	–
Bosnie-Herzégovine	38,8	34,4	6,6	–	3,9	15,2	–	0,1	441,0	2,4	–	–
Botswana	31,1	26,1	3,3	–	1,7	8,8	–	0,1	102,0	0,6	–	–
Brésil	27,2	34,9	3,8	6,2	1,4	9,9	16,2	0,0	265,0	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	2,3	4,4	–	5,9	11,4	–	–	–	–	–
Bulgarie	32,4	32,3	4,2	–	1,4	10,3	11,4	0,0	–	–	–	–
Burkina Faso	19,2	21,1	1,7	4,2	2,0	7,2	18,0	0,1	885,0	7,1	–	–
Burundi	14,5	17,0	2,5	6,4	2,3	9,1	24,2	0,1	428,0	12,3	–	–
Cabo Verde	–	28,4	3,6	5,3	2,5	11,4	16,7	0,1	123,0	7,3	–	–
Cambodge	18,6	14,3	1,3	1,9	0,9	6,6	8,8	0,1	843,0	4,1	–	–
Cameroun	–	10,9	0,7	2,8	0,0	3,3	13,2	0,0	1 213,0	3,5	–	–
Canada	17,8	17,3	7,6	5,3	–	19,2	12,2	–	–	–	4 305,0	0,3
Chili	21,1	22,4	4,9	4,9	3,5	19,6	19,6	0,2	69,0	–	–	–
Chine	15,7	8,6	2,9	–	0,8	9,4	–	0,1	–1 045,0	–	–	–
Chypre	38,3	36,1	2,9	6,4	–	7,1	16,3	–	–	–	–	–
Colombie	22,7	25,3	3,8	4,5	3,0	12,8	15,1	0,1	845,0	0,3	–	–
Comores	–	–	1,0	4,3	0,7	3,8	15,3	–	67,0	10,2	–	–
Congo	43,8	20,1	1,6	4,6	0,1	2,9	8,0	0,0	108,0	1,4	–	–
Costa Rica	24,4	26,4	5,8	7,1	0,7	29,9	–	0,0	99,0	0,2	–	–
Côte d'Ivoire	16,5	20,6	1,1	4,8	–	5,0	21,2	–	827,5	2,1	–	–
Croatie	39,8	38,6	5,6	4,6	3,4	11,7	9,5	0,1	–	–	–	–
Cuba	–	–	11,5	12,8	–	18,2	–	–	718,0	–	–	–
Danemark	38,9	37,5	8,6	7,6	–	15,8	13,8	–	–	–	2 448,0	0,7
Djibouti	–	–	2,4	4,5	0,2	4,1	12,3	–	134,0	7,3	–	–
Dominique	26,3	–	3,6	3,4	–	10,6	10,5	–	19,0	3,5	–	–
Égypte	21,0	30,2	1,6	–	0,2	5,0	–	0,0	–114,0	–0,1	–	–
El Salvador	25,3	24,9	4,4	4,0	0,8	20,8	16,6	0,0	152,0	0,7	–	–
Émirats arabes unis	3,5	4,1	2,6	–	–	7,9	–	–	–	–	–	–
Équateur	–	–	4,2	5,0	1,5	10,8	12,6	–	203,0	0,2	–	–
Érythrée	–	–	0,4	–	–	1,2	–	–	79,0	–	–	–
Espagne	15,6	18,7	6,5	4,3	–	14,9	9,8	–	–	–	2 560,0	0,2
Estonie	35,0	35,2	4,9	5,2	2,6	12,1	13,0	0,1	–	–	–	–
Eswatini	29,2	–	5,0	7,1	1,7	14,9	24,9	–	147,0	3,3	–	–
État de Palestine	6,9	8,3	–	5,1	2,3	–	–	0,3	2 111,0	12,8	–	–
États-Unis	19,7	22,4	13,8	5,0	–	36,6	13,6	–	–	–	34 732,0	0,2
Éthiopie	9,6	11,2	1,0	4,7	1,0	5,9	27,1	0,1	4 117,0	5,1	–	–
Fédération de Russie	24,4	30,6	3,1	3,8	1,9	8,8	10,9	0,1	–	–	–	–
Fidji	28,7	26,5	2,3	3,9	1,1	7,0	14,3	0,0	146,0	3,0	–	–
Finlande	36,9	38,2	7,6	7,1	–	13,3	12,4	–	–	–	1 084,0	0,4

TABLEAU 15. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010-2018*	Dépenses publiques 2010-2018*							APD 2010-2018*			
		en % du PIB				en % du budget de l'État			Apport en millions de dollars E.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars E.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
France	44,8	47,5	8,8	5,5	—	15,5	9,6	—	—	—	11 331,0	0,4
Gabon	—	17,1	1,6	2,7	0,2	7,0	11,2	0,0	106,0	0,8	—	—
Gambie	—	—	0,8	3,1	—	2,8	10,4	—	270,0	27,3	—	—
Géorgie	25,0	24,8	2,8	3,8	7,0	9,6	13,0	0,3	446,0	3,1	—	—
Ghana	17,5	30,5	2,1	5,9	0,6	8,6	23,8	0,0	1 257,0	2,8	—	—
Grèce	46,7	47,4	4,7	—	—	8,8	—	—	—	—	314,0	0,2
Grenade	20,4	20,0	1,9	10,3	2,0	7,4	42,8	0,1	6,0	0,5	—	—
Guatemala	11,0	11,8	1,9	3,0	0,2	15,7	24,1	0,0	367,0	0,5	—	—
Guinée	—	—	0,4	2,5	1,6	2,0	11,6	—	457,0	4,4	—	—
Guinée-Bissau	—	12,6	2,2	2,1	0,0	9,4	16,2	0,0	113,0	8,4	—	—
Guinée équatoriale	17,2	9,8	0,6	—	—	1,4	—	—	7,0	0,1	—	—
Guyana	—	—	2,3	5,3	—	7,8	17,8	—	51,0	1,4	—	—
Haiti	—	—	0,9	3,2	—	4,0	14,4	—	980,0	11,6	—	—
Honduras	23,4	22,0	3,0	6,4	0,8	11,4	24,6	0,0	441,0	2,1	—	—
Hongrie	39,9	42,1	4,7	4,6	3,1	9,4	9,1	0,1	—	—	149,0	0,1
Îles Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	19,0	—	—	—
Îles Marshall	39,3	63,2	11,6	—	1,1	20,2	—	0,0	72,0	27,4	—	—
Îles Salomon	32,7	33,6	3,5	9,9	—	7,3	17,5	—	187,0	15,3	—	—
Îles Turques-et-Caïques	—	—	—	3,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Vierges britanniques	—	—	—	6,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Inde	—	14,9	0,9	3,8	1,5	3,1	14,1	0,1	3 094,0	0,1	—	—
Indonésie	12,2	14,3	1,2	3,6	0,8	6,9	20,5	0,1	234,0	—	—	—
Iran (République islamique d')	—	—	4,0	2,8	—	22,6	18,6	—	140,0	—	—	—
Iraq	26,9	26,0	0,7	—	2,6	1,7	—	0,1	2 907,0	1,5	—	—
Irlande	24,8	24,4	5,3	3,8	—	18,4	13,0	—	—	—	838,0	0,3
Islande	32,2	29,9	6,7	7,7	—	15,9	18,2	—	—	—	68,0	0,3
Israël	33,6	36,7	4,6	5,9	—	11,6	15,0	—	—	—	—	—
Italie	38,0	41,5	6,7	4,1	—	13,3	8,1	—	—	—	5 858,0	0,3
Jamaïque	29,3	26,6	3,6	5,5	—	12,9	20,1	—	59,0	0,4	—	—
Japon	12,8	16,4	9,1	3,5	—	23,2	9,1	—	—	—	11 463,0	0,2
Jordanie	30,0	26,1	3,6	3,6	0,7	12,0	12,5	0,0	2 921,0	7,3	—	—
Kazakhstan	16,6	19,5	1,9	2,8	1,6	8,4	12,2	0,1	59,0	—	—	—
Kenya	21,9	26,2	1,7	5,3	0,4	6,3	16,7	0,0	2 475,0	3,3	—	—
Kirghizistan	28,5	26,0	2,7	6,0	3,1	7,3	15,8	0,1	461,0	6,3	—	—
Kiribati	100,5	77,4	6,9	—	0,7	6,3	—	0,0	77,0	22,2	—	—
Koweït	38,6	52,0	3,4	—	0,8	6,2	—	0,0	—	—	—	—
Lesotho	33,8	35,2	5,4	—	7,1	11,3	13,8	0,2	147,0	5,0	—	—
Lettonie	41,0	42,6	3,3	5,3	0,8	8,5	14,1	0,0	—	—	—	—
Liban	19,8	25,8	3,9	2,5	1,0	14,3	8,6	0,0	1 306,0	2,5	—	—
Libéria	—	16,5	1,1	4,1	2,6	3,1	7,2	0,2	622,0	33,5	—	—
Libye	—	—	—	—	—	0,0	—	—	432,0	0,8	—	—
Liechtenstein	—	—	—	2,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituanie	31,2	31,2	4,3	4,2	0,5	12,3	12,3	0,0	—	—	—	—
Luxembourg	42,0	39,8	5,1	3,9	—	12,2	9,4	—	—	—	424,0	1,0
Macédoine du Nord	26,5	28,1	4,1	—	—	12,8	—	—	—	—	—	—
Madagascar	—	—	2,4	—	0,2	15,6	19,0	—	780,0	7,0	—	—
Malaisie	16,3	16,0	2,1	5,0	0,7	8,2	19,8	0,0	-29	—	—	—
Malawi	18,5	18,8	2,7	5,6	1,5	9,7	21,6	0,1	1 515,0	24,6	—	—
Maldives	25,7	25,1	6,4	4,5	1,2	18,2	12,9	0,0	42,0	1,0	—	—
Mali	17,4	12,5	1,0	3,8	0,6	4,7	18,2	0,0	1 356,0	9,1	—	—
Malte	39,5	34,9	5,7	5,3	—	14,2	13,2	—	—	—	—	—
Maroc	32,7	24,5	2,4	—	1,1	7,7	—	0,0	1 885,0	1,8	—	—
Maurice	22,3	23,0	2,4	4,9	3,5	9,5	19,5	0,2	12,0	0,1	—	—
Mauritanie	—	—	1,8	2,6	2,5	5,5	9,3	—	284,0	5,7	—	—
Mexique	20,1	20,4	3,0	5,2	1,7	10,9	19,0	0,1	737,0	0,1	—	—
Micronésie (États fédérés de)	34,2	24,2	3,2	12,5	—	5,8	22,3	—	98,0	25,1	—	—
Monaco	—	—	1,6	—	—	8,1	—	—	—	—	—	—
Mongolie	21,1	23,8	2,0	4,2	2,0	6,0	12,4	0,1	764,0	7,7	—	—
Monténégro	—	—	—	—	1,8	—	—	—	117,0	2,4	—	—
Montserrat	—	—	—	—	—	—	—	—	36,0	—	—	—
Mozambique	25,1	18,4	0,4	6,5	1,3	1,2	19,0	0,1	1 776,0	14,9	—	—
Myanmar	15,8	16,8	1,1	2,2	0,3	4,9	9,4	0,0	1 543,0	2,3	—	—
Namibie	34,2	34,8	5,3	3,1	3,2	12,4	7,6	0,1	187,0	1,4	—	—

TABLEAU 15. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010–2018*	Dépenses publiques 2010–2018*							APD 2010–2018*			
		en % du PIB				en % du budget de l'État			Apport en millions de dollars É.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars É.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Nauru	–	85,0	5,3	–	–	5,0	–	–	26,0	17,8	–	–
Népal	23,2	19,6	1,0	3,7	1,3	5,1	17,0	0,1	1 258,0	5,1	–	–
Nicaragua	17,8	16,4	4,5	4,1	2,2	17,9	–	0,1	563,0	4,2	–	–
Niger	–	–	1,5	6,0	0,7	4,6	18,5	–	1 207,0	15,2	–	–
Nigéria	5,0	–	0,6	–	0,3	5,3	–	–	3 359,0	0,9	–	–
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	15,0	–	–	–
Norvège	45,4	38,8	8,6	7,6	–	17,7	15,7	–	–	–	4 125,0	1,0
Nouvelle-Zélande	32,6	30,5	7,4	6,3	–	22,1	16,4	–	–	–	450,0	0,2
Oman	49,5	34,6	3,8	6,7	–	7,6	15,3	–	–	–	–	–
Ouganda	14,6	13,3	1,0	2,8	0,8	5,1	12,1	0,1	2 008,0	7,9	–	–
Ouzbékistan	21,8	15,0	3,0	7,1	–	9,0	21,1	–	638,0	1,3	–	–
Pakistan	–	17,6	0,7	2,7	0,6	3,7	13,2	0,0	2 283,0	0,7	–	–
Palaos	26,6	41,7	4,5	–	–	13,3	–	–	22,0	7,9	–	–
Panama	–	–	4,2	3,2	1,5	11,6	13,0	–	41,0	0,1	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	15,4	16,9	1,7	–	0,0	8,2	–	0,0	532,0	2,6	–	–
Paraguay	17,3	15,6	4,2	4,5	–	10,9	–	–	143,0	0,5	–	–
Pays-Bas	39,2	37,8	8,4	5,4	–	18,8	12,3	–	–	–	4 958,0	0,6
Pérou	17,0	20,3	3,2	4,0	1,4	14,5	17,6	0,1	–8,0	–	–	–
Philippines	15,6	14,3	1,4	–	0,7	7,3	–	0,0	160,0	–	–	–
Pologne	33,6	34,2	4,4	4,8	2,0	10,7	11,6	0,1	–	–	679,0	0,1
Portugal	37,8	41,7	5,9	4,9	–	12,3	10,2	–	–	–	381,0	0,2
Qatar	34,2	18,7	2,6	2,9	–	6,3	8,9	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	0,0	–	–	10 361,0	–	–	–
République centrafricaine	–	7,8	0,6	1,2	2,8	4,3	7,8	0,4	508,0	26,0	–	–
République de Corée	27,8	25,4	4,2	5,3	–	12,9	–	–	–	–	2 201,0	0,1
République de Moldova	32,2	26,8	4,6	–	1,3	12,2	18,3	0,0	241,0	2,8	–	–
République démocratique du Congo	14,3	8,4	0,7	2,2	0,7	4,0	11,7	0,1	2 280,0	6,3	–	–
République démocratique populaire lao	14,5	–	0,9	2,9	0,2	3,8	–	–	476,0	3,0	–	–
République dominicaine	16,0	16,9	2,5	–	1,2	14,0	–	0,1	118,0	0,2	–	–
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	133,0	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	16,4	15,7	1,3	3,5	0,5	7,3	17,3	0,0	2 584,0	5,0	–	–
Roumanie	28,6	31,6	3,9	3,1	1,1	10,8	9,1	0,0	–	–	–	–
Royaume-Uni	35,7	36,4	7,9	5,6	–	18,5	13,8	–	–	–	18 103,0	0,7
Rwanda	20,0	18,9	2,2	3,8	1,5	7,9	12,5	0,1	1 225,0	13,7	–	–
Sainte-Lucie	22,3	19,4	2,2	4,4	0,5	8,6	16,5	0,0	13,0	0,8	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	28,0	24,4	2,1	2,8	–	6,6	8,6	–	–	–	–	–
Saint-Marin	39,8	42,2	5,5	2,4	–	13,3	10,6	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	27,5	26,6	2,6	5,8	–	9,2	19,0	–	7,0	0,9	–	–
Samoa	27,0	22,9	4,5	4,1	0,8	11,5	10,5	0,0	130,0	15,6	–	–
Sao Tomé-et-Principe	16,0	18,2	1,7	3,9	–	4,9	11,3	–	40,0	10,2	–	–
Sénégal	17,2	18,0	1,7	7,1	1,0	5,8	23,8	0,1	910,0	5,8	–	–
Serbie	34,9	36,9	5,4	4,0	2,0	12,3	8,9	0,1	1 688,0	4,4	–	–
Seychelles	36,4	33,3	3,2	4,4	2,6	10,0	11,7	0,1	19,0	1,4	–	–
Sierra Leone	9,8	11,8	1,6	4,6	0,9	7,9	19,9	0,1	538,0	14,7	–	–
Singapour	21,4	14,5	2,2	2,9	–	12,4	20,0	–	–	–	–	–
Slovaquie	37,5	38,9	5,4	4,6	2,4	12,0	10,3	0,1	–	–	119,0	0,1
Slovénie	37,9	38,0	6,1	4,9	2,6	12,7	11,2	0,1	–	–	76,0	0,2
Somalie	–	0,0	–	–	0,2	–	–	1422,8	1 760,0	24,0	–	–
Soudan	–	10,5	2,1	–	1,0	18,1	–	0,1	840,0	0,8	–	–
Soudan du Sud	–	–	–	1,4	10,1	–	3,3	–	2 183,0	–	–	–
Sri Lanka	13,8	16,4	1,7	2,2	0,7	8,4	11,0	0,0	297,0	0,4	–	–
Suède	33,1	31,3	9,2	7,6	–	18,5	15,5	–	–	–	5 563,0	1,0
Suisse	18,4	17,4	7,5	5,1	–	22,1	15,5	–	–	–	3 138,0	0,5
Suriname	25,7	22,4	4,0	–	–	12,7	–	–	20,0	0,6	–	–
Tadjikistan	–	–	1,9	5,2	0,6	6,1	16,4	–	304,0	3,7	–	–
Tchad	–	–	1,1	2,9	0,7	5,8	12,5	–	648,0	6,6	–	–
Tchéquie	31,8	32,1	6,0	5,8	–	14,3	13,9	–	–	–	304,0	0,2
Thaïlande	19,2	18,4	2,8	4,1	0,5	15,3	19,1	0,0	250,0	0,1	–	–
Timor-Leste	32,4	36,4	2,3	2,7	6,5	4,5	6,8	0,2	232,0	8,9	–	–
Togo	18,8	15,4	1,3	5,2	0,2	4,2	16,7	0,0	345,0	6,9	–	–

TABLEAU 15. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	Recettes publiques en % du PIB 2010–2018*	Dépenses publiques 2010–2018*							APD 2010–2018*			
		en % du PIB				en % du budget de l'État			Apport en millions de dollars E.-U.	Apport en % du RNB du pays bénéficiaire	Sortie en millions de dollars E.-U.	Sortie en % du RNB du pays donateur
		Total	En santé	En éducation	En protection sociale	En santé	En éducation	En protection sociale				
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	7,0	–	–	–
Tonga	–	31,4	2,7	–	–	–	6,8	–	–	80,0	18,6	–
Trinité-et-Tobago	39,4	35,8	3,2	–	–	–	8,3	–	–	–	–	–
Tunisie	31,4	35,5	4,0	6,6	0,8	–	13,9	22,9	0,0	776,0	2,0	–
Turkménistan	–	–	1,5	3,0	–	–	8,7	20,8	–	29,0	0,1	–
Turquie	29,7	31,9	3,2	4,3	1,1	–	9,7	12,8	0,0	3 142,0	0,4	–
Tuvalu	–	–	13,2	–	–	–	10,3	–	–	27,0	45,3	–
Ukraine	32,6	33,6	2,9	5,0	4,4	–	6,6	12,4	0,1	1 166,0	1,0	–
Uruguay	32,6	34,1	6,2	4,4	1,2	–	19,0	14,9	0,0	41,0	0,1	–
Vanuatu	25,0	27,9	2,0	5,5	0,3	–	4,9	13,0	0,0	132,0	15,5	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	2,0	–	–	–	4,1	–	–	87,0	–	–
Viet Nam	21,5	21,6	2,4	5,7	1,0	–	7,9	18,5	0,0	2 376,0	1,1	–
Yémen	–	–	0,6	–	–	–	2,2	–	–	3 234,0	–	–
Zambie	16,9	20,8	2,1	–	0,3	–	7,4	–	0,0	1 023,0	4,1	–
Zimbabwe	17,4	26,6	4,0	7,5	0,4	–	15,9	30,0	0,0	726,0	4,6	–

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	15,9	11,8	2,9	4,0 **	0,8	–	9,9	16,6 **	0,1	–497,8	0,2	7 908,9	0,2
Europe et Asie centrale	31,0	32,7	5,4	4,7	–	–	12,7	11,8	–	1 461,6	1,1	9 847,3	0,4
Europe de l'Est et Asie centrale	27,2	29,4	3,1	4,3	2,0	–	8,8	12,5	0,1	1 461,6	1,1	–	–
Europe de l'Ouest	34,2	35,4	7,4	5,1	–	–	16,0	11,2	–	–	–	9 847,3	0,4
Amérique latine et Caraïbes	22,7	26,6	3,8	5,5	1,7	–	11,8	17,0	0,1	386,9	0,4	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	27,4	27,9	2,8	–	0,9	–	9,4	–	0,0	1 346,5	0,9	–	–
Amérique du Nord	19,5	21,9	13,2	5,0	–	–	34,8	13,5	–	–	–	31 625,9	0,2
Asie du Sud	12,3	15,3	0,8	3,5	1,3	–	3,3	13,7	0,1	3 007,2	0,7	–	–
Afrique subsaharienne	14,5	16,9	1,5	4,3	1,0	–	7,0	17,7	29,9	2 018,1	5,2	–	–
Afrique de l'Est et australe	17,6	17,9	2,0	4,6	1,4	–	8,9	19,0	43,8	1 993,3	5,6	–	–
Afrique de l'Ouest et centrale	11,3	15,1	0,9	3,8	0,7	–	5,1	15,9	–	2 043,5	4,8	–	–
Pays les moins avancés	14,2	14,0	1,1	3,2	1,0	–	5,8	15,3	27,4	2 196,7	6,6	–	–
Monde	17,9	18,8	2,9	4,1	1,2	–	9,1	15,2	4,6	1 447,8	1,3	11 263,6	–

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Recettes publiques en % du PIB – Les recettes correspondent aux rentrées monétaires provenant des taxes, des contributions sociales et d'autres recettes, telles que les contraventions, les redevances, les rentes et les revenus provenant de la propriété ou des ventes. Les subventions sont également considérées comme des recettes mais ne sont pas prises en compte ici.

Dépenses publiques – Les dépenses de consommation finale des administrations publiques (auparavant dénommées « consommation des administrations publiques ») incluent toutes les dépenses courantes des administrations publiques pour l'achat de biens et de services (dont la rémunération des employés). Elles comprennent également la plupart des dépenses relatives à la défense et à la sécurité nationales, mais excluent les dépenses militaires qui font partie de la formation de capital public.

Dépenses publiques exprimées en % du PIB – Dépenses publiques totales et dépenses spécifiques consacrées à la santé, à l'éducation et à la protection sociale.

Dépenses publiques exprimées en % des dépenses publiques totales – Dépenses spécifiques consacrées à la santé, à l'éducation et à la protection sociale.

APD (Aide publique au développement nette) – On entend par « apports d'aide publique au développement » tous les apports de ressources qui sont fournis aux pays et territoires figurant sur la Liste des bénéficiaires de l'APD établie par le CAD, ou à des institutions multilatérales, et qui répondent aux critères suivants : a) émaner d'organismes publics, y compris les États et les collectivités locales, ou d'organismes agissant pour le compte d'organismes publics ; b) chaque opération doit avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement et c) être assortie de conditions favorables.

APD (Aide publique au développement nette) pour les pays donateurs – Exprimée en sortie de ressources (en dollars E.-U. et en % du revenu national brut).

APD (Aide publique au développement nette) pour les pays bénéficiaires – Exprimée en apport de ressources (en dollars E.-U. et en % du revenu national brut).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

APD – Organisation de coopération et de développement économiques. Dernière mise à jour : février 2019.

Recettes publiques en % du PIB – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juin 2019.

Dépenses publiques – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : juin 2019.

NOTES

– Données non disponibles.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exclusion de la Chine.

‡ À l'exclusion de l'Inde.

TABLEAU 16. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018	Prestations de congé de maternité 2018	Prestations de congé de paternité 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*	Achèvement de la scolarité 2010-2017*		Taux d'activité 2010-2018*						Taux de chômage 2010-2018*						Possession d'un téléphone portable 2014-2017*		Inclusion financière 2014-2017*				
						Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			
						Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afghanistan	Très élevé	–	Non	Oui	42	–	–	74	71	73	23	16	21	10	12	10	9	36	14	–	–	23	7			
Afrique du Sud	Faible	–	Oui	Oui	78	67	63	48	69	62	35	55	48	29	24	25	32	28	29	117	57	68	70			
Albanie	Faible	0,7	Oui	Oui	5	46	44	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42	38			
Algérie	–	–	Oui	Oui	77	28 x	23 x	65	57	60	10	15	13	–	–	–	–	–	–	–	–	56	29			
Allemagne	Très faible	1,0	Oui	Non	–	88	79	68	67	67	57	56	56	2	4	4	2	3	3	–	–	99	99			
Andorre	–	–	–	–	–	48	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Angola	–	–	Non	Non	30	20	12	89	73	80	90	63	75	2	12	7	1	15	8	78	80	36	22			
Anguilla	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Antigua-et-Barbuda	–	–	Non	Non	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Arabie saoudite	–	–	Non	Oui	–	51	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	92	81	58			
Argentine	–	–	Non	Oui	–	40 x	44 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	46	51			
Arménie	Faible	0,8	Oui	Non	37	92	92	74	68	71	61	48	53	8	25	18	7	25	17	–	–	56	41			
Australie	Très faible	1,0	Oui	Oui	–	78	75	67	72	71	57	61	60	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99			
Autriche	Très faible	–	Oui	Non	–	86	73	67	67	67	57	55	56	2	7	5	3	6	5	–	–	98	98			
Azerbaïdjan	Faible	–	Oui	Non	22 x	92	85	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	88	80	29	28			
Bahamas	–	–	–	–	–	81 x	82 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Bahreïn	–	–	Non	Oui	–	39	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	86	75			
Bangladesh	Très élevé	0,2	Oui	Non	73	34	24	80	81	81	39	31	36	3	3	3	6	9	7	54	31	65	36			
Barbade	–	0,4	Non	Non	70 x	23 x	25 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Bélarus	Faible	0,5	Oui	Non	74 x	88 x	82 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	95	81	81			
Belgique	Très faible	–	Oui	Oui	–	69	65	61	59	59	52	49	50	4	7	6	4	6	6	–	–	98	99			
Belize	–	–	Oui	Non	66	36	37	81	77	79	41	57	49	4	5	5	12	8	10	–	–	44	52			
Bénin	Modéré	–	Oui	Oui	26	–	–	78	70	74	73	65	70	1	4	2	2	4	3	–	–	49	29			
Bhoutan	–	–	Non	Oui	85 x	8	3	70	75	71	60	46	56	–	–	–	–	–	–	–	–	39	28			
Bolivie (État plurinational de)	Faible	–	Non	Oui	50	46	39	91	76	80	77	58	64	1	5	3	1	5	4	–	–	55	54			
Bosnie-Herzégovine	Faible	–	Oui	Oui	22 x	75	51	53	53	53	27	37	31	16	19	17	21	19	20	–	–	63	55			
Botswana	–	–	Non	Non	–	–	–	71 x	69 x	70 x	53 x	57 x	56 x	12 x	14 x	13 x	19 x	20 x	20 x	–	–	56	47			
Brésil	Faible	0,8	Oui	Oui	89 x	42	46	82	77	78	55	56	56	2 x	7 x	6 x	5 x	12 x	11 x	83	84	73	68			
Brunei Darussalam	–	–	Non	Non	–	–	–	68	69	69	53	58	56	9	9	9	12	9	10	99	99	–	–			
Bulgarie	Faible	1,0	Oui	Oui	–	77	74	55	65	62	38	54	49	10	4	6	9	3	5	–	–	71	74			
Burkina Faso	Modéré	–	Oui	Oui	56	4	2	77	69	75	59	55	58	3	6	4	9	9	9	–	–	51	35			
Burundi	–	–	Non	Oui	38	5	2	79	69	78	83	55	80	1	10	2	0	10	1	16	7	8	7			
Cabo Verde	–	0,7	Non	Oui	73 x	20	20	66	55	63	55	36	49	31	–	31	30	–	32	75	74	–	–			
Cambodge	Faible	–	Non	Non	57	47	29	89	85	88	78	70	76	1	1	1	1	1	1	–	–	22	22			
Cameroun	Très élevé	0,4	Oui	Oui	47	25	11	80	74	78	74	58	67	1	6	3	1	9	4	–	–	39	30			
Canada	Très faible	–	Oui	Non	–	83	83	67	70	70	59	62	61	6	6	6	5	6	6	–	–	100	100			
Chili	Modéré	0,8	Oui	Oui	–	58	56	72	70	71	42	50	49	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71			
Chine	–	–	Oui	Oui	97 x	25	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	76			
Chypre	Faible	–	Oui	Non	–	73	70	63	69	68	51	59	57	9	8	8	9	9	9	100	99	87	90			
Colombie	Très faible	0,8	Oui	Oui	87	46	48	86	79	80	46	60	57	3	9	7	8	12	12	72	74	49	42			
Comores	–	–	Oui	Non	29 x	–	–	52 x	48 x	51 x	34 x	29 x	33 x	4 x	6 x	4 x	4 x	7 x	5 x	–	–	26	18			
Congo	–	–	Oui	Non	43	–	–	77 x	64 x	69 x	80 x	58 x	67 x	6 x	27 x	18 x	7 x	34 x	21 x	–	–	31	21			
Costa Rica	Faible	0,6	Oui	Non	89 x	37	39	75	73	74	39	49	46	7	8	8	14	12	12	87	87	75	61			
Côte d'Ivoire	Élevé	0,8	Oui	Oui	39	15	7	77	66	66	52	46	46	1	3	3	1	4	4	81	47	47	36			
Croatie	Très faible	1,0	Oui	Non	–	79	63	56	58	57	41	48	46	8	7	8	12	8	9	–	–	90	83			
Cuba	–	–	–	–	89	58	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Danemark	Très faible	0,9	Oui	Oui	–	78	79	64	69	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100			
Djibouti	–	–	Oui	Oui	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61	52	17	9			
Dominique	–	–	Non	Non	–	11 x	10 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Égypte	–	–	Non	Non	80	–	–	68	65	67	22	22	22	7	10	8	19	29	23	99	97	39	27			
El Salvador	Faible	0,9	Oui	Oui	80	31	28	82	75	77	35	52	46	4	5	5	3	4	4	81	78	38	24			
Émirats arabes unis	–	0,1	Non	Non	–	43 x	60 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	93	76			
Équateur	Faible	–	Non	Oui	79 x	43	42	85	77	79	61	52	55	1	4	3	2	6	4	59	58	60	43			
Érythrée	–	–	Non	Non	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Espagne	Très faible	1,0	Oui	Oui	–	49	48	59	65	64	46	53	52	13	14	14	18	17	17	–	–	96	92			
Estonie	Très faible	–	Oui	Oui	–	84	90	67	74	71	55	59	57	5	6	5	5	5	5	–	–	98	98			
Eswatini	–	–	Non	Non	83	–	–	51	71	56	42	63	47	24	15	21	26	22	24	–	–	30	27			
État de Palestine	–	0,4	Non	Non	65	40	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	82	65	34	16			
États-Unis	Très faible	–	Non	Non	77	89	90	64	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	–	–	94	93			
Éthiopie	Faible	–	Non	Non	62	13	6	88	73	85	79	61	75	–	–	–	–	–	–	–	–	41	29			
Fédération de Russie	Faible	–	Oui	Non	72 x	86	83	67	73	71	50	58	56	7	4	5	7	4	5	–	–	75	76			

TABLEAU 16. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018	Prestations de congé de maternité 2018	Prestations de congé de paternité 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*	Achèvement de la scolarité 2010-2017*		Taux d'activité 2010-2018*						Taux de chômage 2010-2018*						Possession d'un téléphone portable 2014-2017*		Inclusion financière 2014-2017*	
						Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
						Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total				
Fidji	-	0,6	Non	Non	-	39 x	40 x	82	72	77	38	39	39	2	5	4	5	6	6	-	-	-	-
Finlande	Très faible	1,0	Oui	Oui	-	73	75	59	65	63	53	57	56	6	8	7	7	8	7	95	103	100	100
France	Très faible	0,9	Oui	Oui	96 x	73	67	59	61	60	52	51	52	7	10	9	8	10	9	-	-	97	91
Gabon	Élevé	-	Oui	Non	44 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	54
Gambie	-	-	Oui	Oui	27	-	-	67	70	69	52	49	50	4	9	7	11	14	13	-	-	-	-
Géorgie	Faible	-	Oui	Non	53 x	94	93	82	68	75	71	49	58	6	24	15	4	21	13	89	81	58	64
Ghana	Modéré	-	Non	Non	46	27	15	53	64	59	50	60	55	2	6	4	2	6	4	-	-	62	54
Grèce	Faible	1,0	Oui	Oui	-	57	52	59	61	60	41	46	44	13	16	15	20	26	24	-	-	86	85
Grenade	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	Faible	0,6	Non	Oui	66	26	27	89	81	85	30	47	39	1	3	2	3	4	4	-	-	46	42
Guinée	Très élevé	-	Oui	Non	22	-	-	73 x	55 x	66 x	70 x	45 x	63 x	2 x	15 x	6 x	2 x	11 x	4 x	-	-	27	20
Guinée-Bissau	-	-	Non	Non	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée équatoriale	-	-	Non	Oui	21 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	Non	Non	52	29 x	33 x	68	71	69	40	52	44	10	10	10	15	15	15	-	-	-	-
Haïti	Modéré	-	Non	Non	43	-	-	80	67	74	59	49	54	5	19	11	10	22	16	-	-	35	30
Honduras	Faible	-	Non	Non	76 x	23	26	92	77	84	37	52	46	1	5	3	3	7	6	-	-	50	41
Hongrie	Faible	-	Oui	Oui	-	81	72	67	65	66	49	49	49	4	3	3	4	4	4	-	-	78	72
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	Non	Non	81 x	72	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	Non	Non	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	Modéré	0,3	Oui	Non	67	34	19	80	76	79	26	18	23	2	3	2	3	7	4	-	-	83	77
Indonésie	Élevé	-	Non	Oui	78	38	30	85	79	82	55	50	52	3	6	4	3	5	4	65	54	46	51
Iran (République islamique d')	Très élevé	-	Oui	Oui	69 x	48	49	66	63	64	16	15	15	-	-	-	-	-	-	77	55	96	92
Iraq	Très élevé	0,6	Oui	Non	55	34	24	74	72	72	7	13	11	6	8	7	4	16	12	83	57	26	20
Irlande	Très faible	-	Oui	Oui	-	68	73	67	70	69	53	58	56	5	6	6	5	6	6	83	83	95	95
Islande	-	-	Oui	Oui	-	67 x	55 x	87	85	86	79	78	78	2	3	3	1	3	3	-	-	-	-
Israël	-	-	Oui	Non	-	82	81	70	68	68	64	59	60	-	-	-	-	-	-	-	-	92	94
Italie	Très faible	-	Oui	Oui	-	50	48	59	60	59	40	41	41	9	10	10	11	12	12	93	90	96	92
Jamaïque	Faible	-	Non	Non	79 x	-	-	76	71	73	59	62	61	-	-	-	-	-	-	96	97	79	78
Japon	Faible	-	Oui	Non	-	82	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	87	98	98
Jordanie	Très élevé	0,2	Non	Non	57	43	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	27
Kazakhstan	Faible	-	Oui	Non	79	86 x	85 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	87	57	60
Kenya	Modéré	0,9	Non	Oui	76	26	18	76	80	78	74	68	71	1	5	3	1	7	3	46	44	86	78
Kirghizistan	Faible	-	Oui	Non	66	90 x	87 x	75	75	75	50	43	46	2	9	4	3	8	4	-	-	41	39
Kiribati	-	-	Non	Non	36 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	Non	Non	-	26	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	73
Lesotho	Modéré	-	Non	Non	79	13 x	14 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	46
Lettonie	Très faible	-	Oui	Oui	-	87	91	65	70	68	52	58	56	9	8	8	8	6	6	-	-	94	93
Liban	Très élevé	0,5	Non	Non	-	33 x	33 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	33
Libéria	Élevé	-	Oui	Non	41	-	-	91	75	82	84	63	72	1	7	4	1	4	2	-	-	44	28
Libye	-	-	Oui	Non	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	60
Liechtenstein	-	-	-	-	-	81 x	63 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	Très faible	1,0	Oui	Oui	-	89	84	64	70	68	50	60	57	10	5	7	8	4	5	97	97	85	81
Luxembourg	-	-	Oui	Oui	-	83	76	61	66	64	54	57	56	4	6	5	5	7	6	-	-	99	98
Macédoine du Nord	-	-	Oui	Oui	22 x	-	-	72	66	67	45	42	43	17	23	21	18	21	20	-	-	80	73
Madagascar	Élevé	0,4	Oui	Non	61	-	-	92	80	89	87	72	84	1	5	2	1	7	2	-	-	20	16
Malaisie	-	0,3	Non	Non	-	58	59	83	79	80	49	56	54	-	-	-	-	-	-	97	94	88	82
Malawi	Élevé	-	Non	Non	74	-	-	56	75	60	47	65	50	24	13	21	37	36	37	52	33	38	30
Maldives	-	-	Non	Oui	43 x	6 x	4 x	77	80	78	46	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	Élevé	-	Oui	Oui	35	8	3	84	75	81	59	46	55	1	4	1	0	4	1	-	-	45	26
Malte	Faible	-	Oui	Oui	-	39	37	70	70	70	54	49	49	5	4	4	7	4	4	-	-	98	97
Maroc	Très élevé	-	Oui	Oui	69	-	-	80	70	74	36	18	25	-	-	-	-	-	-	92	92	41	17
Maurice	-	-	Oui	Oui	41	48	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	71	93	87
Mauritanie	-	-	Oui	Non	30	-	-	63	63	63	29	26	28	4	14	8	5	23	12	-	-	26	15
Mexique	Faible	0,8	Non	Oui	80	34	32	81	76	77	31	47	43	2	4	3	2	4	3	73	70	41	33
Micronésie (États fédérés de)	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	Faible	-	Oui	Non	65	64	71	76	60	66	67	48	54	4	9	7	4	7	6	-	-	91	95

TABLEAU 16. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018	Prestations de congé de maternité 2018	Prestations de congé de paternité 2018	Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes (%) 2013-2018*	Achèvement de la scolarité 2010-2017*		Taux d'activité 2010-2018*						Taux de chômage 2010-2018*						Possession d'un téléphone portable 2014-2017*		Inclusion financière 2014-2017*	
						Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
						Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total				
Suisse	Très faible	-	Oui	Non	-	89	81	75	74	74	67	62	63	3	5	4	3	6	5	-	-	98	99
Suriname	-	-	Non	Non	73 x	23	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tadjikistan	Modéré	-	Oui	Non	45	85	76	57 x	54 x	56 x	29 x	28 x	29 x	6 x	8 x	7 x	3 x	7 x	4 x	-	-	52	42
Tchad	Élevé	-	Oui	Oui	20	10 x	2 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	15
Tchéquie	Très faible	-	Oui	Non	86 x	94	86	68	69	69	52	53	53	2	2	2	3	3	3	97	97	84	79
Thaïlande	Modéré	-	Non	Non	89	34	32	77	76	77	59	61	60	1	1	1	1	1	1	82	81	84	80
Timor-Leste	-	-	Non	Oui	37	-	-	75	65	73	65	50	61	2	9	3	4	18	6	-	-	-	-
Togo	Élevé	-	Oui	Oui	37	17	3	53	45	49	69	53	61	1	5	3	2	4	2	49	39	53	38
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	Non	Non	48 x	53	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	Faible	0,8	Oui	Non	58 x	57 x	57 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	74
Tunisie	Élevé	-	Non	Oui	73 x	50	39	73	69	70	18	29	26	14	13	13	22	23	23	-	-	46	28
Turkménistan	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	36
Turquie	Faible	-	Oui	Oui	60	40	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	54
Tuvalu	-	-	-	-	41 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	Faible	0,5	Oui	Non	68 x	78 x	71 x	67	70	69	54	58	57	-	-	-	-	-	-	-	-	65	61
Uruguay	Faible	-	Oui	Oui	-	26	33	77	72	72	51	56	56	2	7	7	7	10	10	78	80	68	61
Vanuatu	-	-	Non	Non	51	-	-	82 x	68 x	78 x	63 x	51 x	60 x	2 x	10 x	4 x	2 x	15 x	5 x	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	59	65	76	69	69	32	46	45	-	-	-	-	-	-	-	-	77	70
Viet Nam	Faible	0,7	Oui	Oui	70	30 x	21 x	85	74	81	77	63	72	2	3	2	1	3	2	-	-	31	30
Yémen	Très élevé	-	-	-	38	-	-	65	66	65	5	8	6	13	10	12	25	29	26	-	-	11	2
Zambie	Modéré	-	Non	Non	62	-	-	34	59	45	20	36	28	12	10	11	10	15	13	-	-	52	40
Zimbabwe	Modéré	-	Oui	Non	85	19	12	90	70	82	95	87	92	1	12	5	1	19	6	-	-	59	52

DONNÉES CONSOLIDÉES

Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	86	35	29	-	-	78 **	-	-	55 **	-	-	3 **	-	-	3 **	-	-	75	71
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	77	74	69	-	-	66	-	-	53	-	-	6	-	-	7	-	-	84	79
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	69	76	71	-	-	69	-	-	53	-	-	6	-	-	6	-	-	68	62
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	83	72	68	-	-	65	-	-	53	-	-	7	-	-	7	-	-	95	93
Amérique latine et Caraïbes	-	-	-	-	83	42	44	-	-	78	-	-	52	-	-	5	-	-	8	-	-	59	52
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-	-	-	68	43	40	-	-	68	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	59	43
Amérique du Nord	-	-	-	-	83	88	89	-	-	69	-	-	58	-	-	4	-	-	4	-	-	94	93
Asie du Sud	-	-	-	-	67	34	20	-	-	79	-	-	25	-	-	3	-	-	4	-	-	75	64
Afrique subsaharienne	-	-	-	-	53	30	20	-	-	70	-	-	59	-	-	6	-	-	8	-	-	47	35
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	62	24	18	-	-	75	-	-	63	-	-	7	-	-	10	-	-	49	41
Afrique de l'Ouest et centrale	-	-	-	-	41	35	22	-	-	64	-	-	54	-	-	5	-	-	5	-	-	44	28
Pays les moins avancés	-	-	-	-	58	23	13	-	-	75	-	-	52	-	-	4	-	-	7	-	-	41	28
Monde	-	-	-	-	76	44	38	-	-	74	-	-	44	-	-	4	-	-	5	-	-	72	65

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 182 ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Cet indice mesure le niveau de discrimination liée au genre dans les institutions sociales d'après cinq dimensions : le code de la famille discriminatoire, l'intégrité physique restreinte, la préférence pour les fils, les ressources et droits restreints, et les libertés civiles restreintes.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – Mesure les efforts déployés par les gouvernements pour mettre en place des cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans le domaine de l'emploi et des avantages économiques, exprimé en pourcentage de réussite allant de 0 à 100 (100 correspondant aux meilleures pratiques).

Prestations de congé de maternité – Présence ou non d'un congé de maternité rémunéré prévu par la loi d'au moins 14 semaines, conformément aux normes de l'Organisation mondiale du Travail.

Prestations de congé de paternité – Présence ou non d'un congé de paternité rémunéré prévu par la loi (de quelque longueur que ce soit).

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait à l'aide de méthodes modernes.

Achèvement de la scolarité – Pourcentage de la population âgée de plus de 24 ans ayant achevé au moins le deuxième cycle du secondaire (niveau CITE 3).

Taux d'activité – Proportion de la population en âge de travailler d'un pays qui participe activement au marché du travail, que ce soit en travaillant ou en recherchant un emploi.

Taux de chômage – Pourcentage de personnes sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Possession d'un téléphone portable – Proportion de personnes possédant un téléphone portable.

Inclusion financière – Pourcentage d'adultes (personnes âgées de plus de 15 ans) rapportant avoir un compte (personnel ou joint) dans une banque ou dans un autre type d'institution financière ou avoir utilisé des services bancaires par téléphonie mobile au cours des 12 derniers mois.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dernière mise à jour : mars 2019.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – ONU-Femmes, Groupe de la Banque mondiale, Centre de développement de l'OCDE. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Prestations de congé de maternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2019.

Prestations de congé de paternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2019.

Demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), basé sur des EDS, des MICS, des enquêtes sur la santé reproductive, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information

sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : mars 2019.

Achèvement de la scolarité – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : juin 2019.

Taux d'activité – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : août 2019.

Taux de chômage – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : août 2019.

Possession d'un téléphone portable – Union internationale des télécommunications (UIT). Dernière mise à jour : mars 2019.

Inclusion financière – Banque mondiale. Dernière mise à jour : juillet 2019.

Les données nationales sur les indicateurs des ODD comprises dans ce tableau (cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi, demande de planification familiale satisfaite à l'aide de méthodes modernes, possession d'un téléphone portable et inclusion financière) se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données dans l'édition 2019 de la base de données mondiale des ODD.

NOTES
– Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exclusion de la Chine

Pour la première fois en 20 ans, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* de l'UNICEF examine le problème des **enfants, de la nourriture et de la nutrition**, fournissant une perspective actuelle sur un problème en rapide mutation. Malgré les progrès accomplis au cours des deux dernières décennies, un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition, sous la forme d'un retard de croissance, d'une émaciation ou d'un surpoids, tandis que deux tiers sont exposés à un risque de malnutrition ou de faim insoupçonnée en raison de la piètre qualité de leur alimentation. Ces schémas reflètent le triple fardeau de la malnutrition, à savoir la dénutrition, la faim insoupçonnée et le surpoids, qui menace la survie, la croissance et le développement des enfants et des nations. Un système alimentaire dysfonctionnel, qui ne donne pas aux enfants l'alimentation dont ils ont besoin pour grandir en bonne santé, se trouve au cœur de ce problème. Ce rapport fournit des données et des analyses uniques sur la malnutrition au XXI^e siècle et met en avant des recommandations pour placer les enfants au centre des systèmes alimentaires.



pour chaque enfant

ISBN : 978-92-806-5004-4



© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Octobre 2019.

POUR CHAQUE ENFANT, LA NUTRITION