



联合国
粮食及
农业组织

Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Organisation des Nations
Unies pour l'alimentation
et l'agriculture

Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций

Organización de las
Naciones Unidas para la
Alimentación y la Agricultura

منظمة
الغذية والزراعة
للأمم المتحدة

F

COMMISSION EUROPÉENNE D'AGRICULTURE

TRENTE-NEUVIÈME SESSION

Budapest (Hongrie), 22 et 23 septembre 2015

Point 6 de l'ordre du jour

Combattre le fardeau social et économique de la malnutrition en Europe et en Asie centrale par des politiques agricoles et alimentaires tenant compte de la nutrition

Résumé

- Bien que les pays d'Europe et d'Asie centrale continuent de progresser sur la voie de la cible 1c (réduction de la faim) des objectifs du Millénaire pour le développement^{1,2}, la malnutrition subsiste encore sous diverses formes dans cette partie du monde. Dans 48 pays sur les 53 que compte la région Europe et Asie centrale, la prévalence cumulée de l'excès pondéral et de l'obésité au sein de la population adulte dépasse 55 pour cent, et les niveaux d'obésité passent la barre des 20 pour cent. La malnutrition infantile reste quant à elle un problème dans les pays tant riches que pauvres. C'est ainsi qu'à l'échelle de la région, entre 1,1 et 26,7 pour cent des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance, et que 0,2 à 10 pour cent d'entre eux souffrent d'émaciation.
- La prévalence de la malnutrition varie suivant les conditions socioéconomiques, le degré d'engagement politique et les capacités stratégiques et opérationnelles en matière de nutrition mobilisables dans les différents pays.
- De nombreux pays d'Europe et d'Asie centrale ont pris des mesures visant à améliorer la nutrition en combattant la mauvaise alimentation et ont réaffirmé leur détermination à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes en approuvant les deux documents finals de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2), à savoir i) la Déclaration de Rome sur la nutrition et ii) le Cadre d'action.
- La malnutrition étant un phénomène complexe aux causes multiples, l'amélioration de la nutrition passe nécessairement par une collaboration entre toute une série de secteurs, dont l'agriculture, la santé, l'éducation, le commerce, l'environnement et la protection sociale. Compte tenu, par ailleurs, de l'ampleur de la malnutrition à l'échelle mondiale, il est

Le code QR peut être utilisé pour télécharger le présent document. Cette initiative de la FAO vise à instaurer des méthodes de travail et des modes de communication plus respectueux de l'environnement.

Les autres documents de la FAO peuvent être consultés à l'adresse www.fao.org



mo398

indispensable que les mesures adoptées s'articulent sur des cadres internationaux comme la CIN2, le programme de développement pour l'après-2015 et le Mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN). Le Cadre d'action de la CIN2 propose une série d'options politiques et de programmes pour des systèmes alimentaires durables, que les pays pourraient mettre en œuvre pour promouvoir des régimes sains. Il s'agit notamment i) d'intégrer des objectifs nutritionnels dans les programmes alimentaires et agricoles, ii) de renforcer la production alimentaire et la transformation des aliments sur le plan local et iii) de favoriser la diversification de la production agricole. Les options politiques destinées à combattre la malnutrition par le biais de systèmes alimentaires tenant mieux compte de la nutrition devraient être évaluées globalement, c'est-à-dire en tenant compte des interactions et des effets des mesures appliquées aux différentes composantes des systèmes alimentaires, comme i) la production agricole, ii) le régime de marché et le système commercial, (iii) les processus de transformation et la demande et iv) le pouvoir d'achat des consommateurs.

- Le présent document fait le point sur le fardeau économique et social de la malnutrition dans les différents pays et sous-régions d'Europe et d'Asie centrale et énonce des recommandations quant aux axes de travail à privilégier aujourd'hui et dans le futur. Il vise également à proposer aux gouvernements des modes d'action grâce devant leur permettre de combattre efficacement la malnutrition, de se conformer aux engagements pris lors de la CIN2 et de mener à bien leurs programmes plus vastes en matière de nutrition.

Orientations demandées

- Les États membres sont invités à prendre note de l'ampleur du phénomène de malnutrition et des mesures à prendre pour combattre cette dernière efficacement en agissant sur les systèmes alimentaires et agricoles.
- La Commission européenne d'agriculture, à sa trente-neuvième session, souhaitera peut-être communiquer aux pays des recommandations de politique générale et une série de mesures à prendre d'urgence pour mettre sur pied des systèmes alimentaires porteurs pouvant contribuer à des régimes sains et durables susceptibles d'améliorer les résultats nutritionnels dans la région.

I. Introduction

1. La malnutrition sous toutes ses formes et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation nuisent à la santé et au bien-être des populations, compromettent le développement cognitif, réduisent la productivité et entraînent une hausse de la morbidité, des incapacités et de la mortalité, faisant peser un lourd fardeau sur les personnes, les familles, les communautés et les pays³. De plus, les données relatives à la malnutrition sont souvent mesurées et présentées de manière inadéquate.

2. La malnutrition remet en question le droit des individus à une alimentation suffisante et constitue une charge économique intolérable. En 2010, elle représentait pour l'économie mondiale un coût annuel cumulé de 3 500 milliards d'USD (soit 4 à 5 pour cent du PIB mondial, ou encore 400 à 500 USD par personne) correspondant à la somme des dépenses liées à la dénutrition (2 100 milliards d'USD environ) et aux maladies non transmissibles causées par la surnutrition (plus ou moins 1 400 milliards d'USD).

3. La CIN2 organisée conjointement par la FAO et par l'OMS a rassemblé un large éventail de participants venus du monde entier. Elle a permis de dégager un consensus mondial sur les mesures à prendre de toute urgence pour améliorer la nutrition, qui sont exposées dans la Déclaration de Rome sur la nutrition et le Cadre d'action. La CIN2 a fait ressortir la contribution déterminante que les systèmes alimentaires peuvent apporter à l'éradication de toutes les formes de malnutrition en intégrant mieux le facteur «nutrition» et en favorisant des régimes sains et durables⁴ pour tous.

ⁱ Un régime *sain* se compose d'aliments sains et variés répondant aux besoins nutritionnels spécifiques de différents sous-groupes de population (nourrissons, jeunes enfants, adolescent(e)s, femmes enceintes, hommes, personnes âgées, malades, etc.). SOFA, FAO 2013, Rome.

4. La vision de la Déclaration de Rome sur la nutrition est intégrée dans le programme de développement pour l'après-2015. On s'accorde à considérer que la malnutrition, si elle n'est pas combattue efficacement, constitue un obstacle à la réalisation des cibles des objectifs de développement durable (ODD).⁵

5. La région Europe et Asie centrale a, au cours des dernières décennies, enregistré des progrès considérables en matière de sécurité alimentaire. En 2015, la sous-alimentation n'avait franchi la barre des 5 pour cent que dans cinq pays, et restait inférieure à 10 pour cent dans trois de ces derniers². D'après les estimations, pas moins de 20 millions de personnes sont exposées à la dénutrition dans l'Union européenne et les coûts attachés à cette situation pourraient se chiffrer à 120 milliards d'EUR par an⁶.

6. Il est indispensable que les améliorations à apporter aux programmes nutritionnels à l'échelon local, national et régional s'inscrivent dans le cadre des programmes et cadres internationaux existants et de leurs cibles et donc, qu'elles s'alignent sur les conclusions de la CIN2 et les objectifs de développement durable pour l'après-2015.

7. Si la malnutrition infantile reste un problème dans différents pays, riches ou pauvres, d'Europe et d'Asie centrale (fig. A, annexe 1), la tendance générale va dans le sens d'une réduction rapide du fardeau de la dénutrition et d'une montée tout aussi nette des carences en micronutriments, de l'excès pondéral et de l'obésité ainsi que des maladies non transmissibles liées à l'alimentation, qui constituent aujourd'hui le premier défi à relever en matière de nutrition dans tous les pays d'Europe et d'Asie centrale⁷.

8. Ce document a pour objectif de faire le point sur la prévalence de la malnutrition et l'ampleur du fardeau social et économique que celle-ci fait peser sur l'ensemble de la région Europe et Asie centrale. Il évoque des mesures spécifiques prises dans différents pays pour mettre en place des politiques alimentaires tenant compte de la nutrition et énonce des recommandations sur l'orientation à donner aux travaux en cours et à venir dans la région ainsi sur le soutien à apporter aux gouvernements dans l'identification des domaines à privilégier pour une lutte efficace contre la malnutrition sous toutes ses formes. Les problèmes spécifiquement abordés dans ce document sont les carences en micronutriments, le surpoids et l'obésité ainsi que les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, qui représentent des défis pour la majorité des pays de la région.

II. Le fardeau social et économique de la malnutrition dans la région Europe et Asie centrale et les défis qui en résultent

2.1. Carences en micronutriments chez l'enfant et chez l'adulte

9. Les carences en micronutriments (« faim cachée ») sont associées à de nombreux problèmes de santé liés à la nutrition. La région Europe et Asie centrale est particulièrement concernée par des apports inadéquats en micronutriments comme les vitamines A et D, l'iode, le fer, le zinc, les folates et la thiamine⁸.

10. Les risques d'insuffisance les plus marqués concernent, pour toutes les tranches d'âge⁹, la vitamine A, la vitamine D, l'acide folique, l'iode et le calcium. Les adultes, et notamment les personnes âgées¹⁰ sont plus concernés par les carences en zinc, en fer, en sélénium, en cuivre, en vitamine B12 et en vitamine C. Les enfants sont quant à eux exposés à des apports en vitamine B6, en vitamine C, en sélénium, en magnésium et en phosphates supérieurs aux normes de référence. Ces apports inadéquats font particulièrement sentir leurs effets dans trois sous-régions, à savoir l'Europe centrale et orientale, les Balkans occidentaux et l'Asie centrale, et dans les groupes de population défavorisés et à faible revenu.

11. Les principaux facteurs de risque pouvant entraîner des carences en micronutriments sont à la fois d'ordre alimentaire et sanitaire: régimes alimentaires monotones, variations saisonnières de l'offre alimentaire, pénuries alimentaires, faible prévalence de l'allaitement maternel, faible niveau d'instruction, statut économique défavorisé et pauvreté¹¹, maladies et infections.

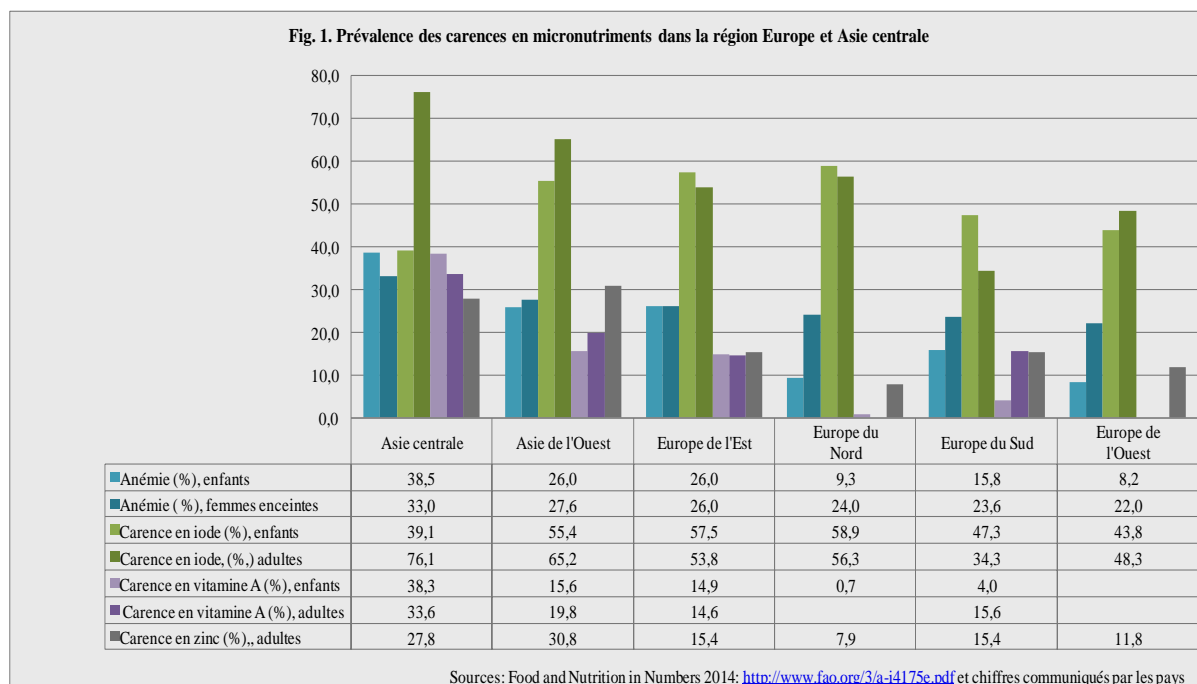
12. L'anémie chez les enfants de moins de cinq ans et chez les adultes constitue dans l'ensemble de la région un problème de santé publique (fig. 1) dont le niveau de gravité varie selon que l'on se trouve en Europe occidentale, septentrionale et méridionale, où l'anémie reste légère, ou en Europe orientale et en Asie centrale, où elle est modérée. Deux pays de la région Europe et Asie centrale sont confrontés à des taux d'anémie graves, à savoir le Kirghizistan (42,6 pour cent) et l'Ouzbékistan, où près de la moitié de tous les enfants de moins de cinq ans (49,4 pour cent) souffrent d'une carence en fer (tableau 1, annexe 1).

13. L'anémie modérée observée chez les femmes enceintes dans tous les pays de la région Europe et Asie centrale constitue un important problème de santé publique à mettre en rapport avec la nutrition¹² (tableau 2, annexe 1).

14. La prévalence de la carence en iode est élevée chez les enfants; 39,1 pour cent d'entre eux en sont atteints en Asie centrale, et 58,9 pour cent en Europe septentrionale, et la population adulte affiche des niveaux encore plus élevés dans trois sous-régions (figure 1). Les 15 pays de la région Europe et Asie centrale où les carences en iode sont les plus marquées sont énumérés dans les tableaux 3 (enfants) et 4 (adultes) de l'annexe 1. Les politiques d'enrichissement varient (obligatoires ou volontaires, doses variables), avec des effets différents sur les carences en iode, et les études en la matière doivent donc se poursuivre.

15. En Asie centrale, 38,3 pour cent de la population souffrent de carences graves en vitamine A. Des problèmes modérés de santé publique liés à cette carence sont également observés dans les Balkans occidentaux et en Europe orientale (figure 1). Les chiffres relatifs aux carences en vitamine A par pays sont présentés dans les tableaux 5 et 6 de l'annexe 1.

16. D'après les estimations, 16,5 pour cent en moyenne de la population de la région présentent une carence en zinc, la prévalence la plus élevée¹³ étant constatée chez les adultes d'Asie occidentale et centrale (figure 1). Les chiffres relatifs aux carences en zinc par pays sont présentés au tableau 7 de l'annexe 1.



17. Dans la plupart des pays de la région Europe et Asie centrale, les enquêtes nutritionnelles consistent surtout à mesurer les indicateurs anthropométriques et les apports alimentaires, et s'intéressent moins aux indicateurs relatifs à l'état micronutritionnel (ainsi, 2 à 9 pour cent seulement des enquêtes nutritionnelles mesurent les niveaux en acide folique, en vitamines A et D et en iode)¹⁴. L'élaboration de programmes alimentaires et nutritionnels de lutte contre la malnutrition se trouve ralentie par cette absence de données concrètes. De plus, les pays, lorsqu'ils formulent des

recommandations sur les apports en micronutriments, ne s'appuient pas sur les mêmes stratifications en tranches d'âge, n'utilisent pas les mêmes approches en matière d'échantillonnage et de collecte de données et ne se basent pas, pour calculer les apports adéquats en éléments nutritifs, sur des seuils et des références identiques¹⁵. L'absence de méthodologies harmonisées complique les comparaisons entre états nutritionnels de pays à pays.

18. Les stratégies et politiques de sécurité alimentaires reposent en général sur les denrées de base, avec pour résultat une concentration asymétrique de la production agricole sur un nombre limité de cultures essentielles, qui se traduit par des régimes monotones et des carences en micronutriments largement répandues¹⁶.

19. Les systèmes de production agricole peu diversifiés débouchent également sur une érosion de la biodiversité, alors que celle-ci est essentielle à des régimes alimentaires sains, nutritifs et variés. Le Cadre d'action de la CIN2 recommande, entre autres mesures destinées à promouvoir des systèmes alimentaires durables et des régimes sains, de diversifier les cultures et les produits d'origine animale (recommandation n° 10).

2.1.1. Options politiques susceptibles de remédier aux carences en micronutriments

20. Les stratégies fondées sur l'alimentation qui préconisent la production et la consommation d'aliments variés, sûrs et nutritifs d'origine tant végétale qu'animale – fruits, légumes, légumineuses, fruits à coque, graines, petit bétail, volaille, poisson, produits forestiers non ligneux, etc. – offrent des solutions viables permettant de combattre les carences en micronutriments sur le long terme¹⁷.

21. Pour être efficaces, les politiques destinées à pallier les carences en micronutriments doivent viser l'établissement de chaînes de valeur favorisant une alimentation optimale et équilibrée, une diversification de la production agricole et des mesures propres à combler le déficit en micronutriments.

22. Les gouvernements sont encouragés à utiliser les *Directives d'application volontaire pour la prise en compte systématique de la biodiversité dans les politiques, programmes et plans d'action nationaux et régionaux relatifs à la nutrition* (voir exemples dans le rapport 2015 de la CRGAA, appendice C).

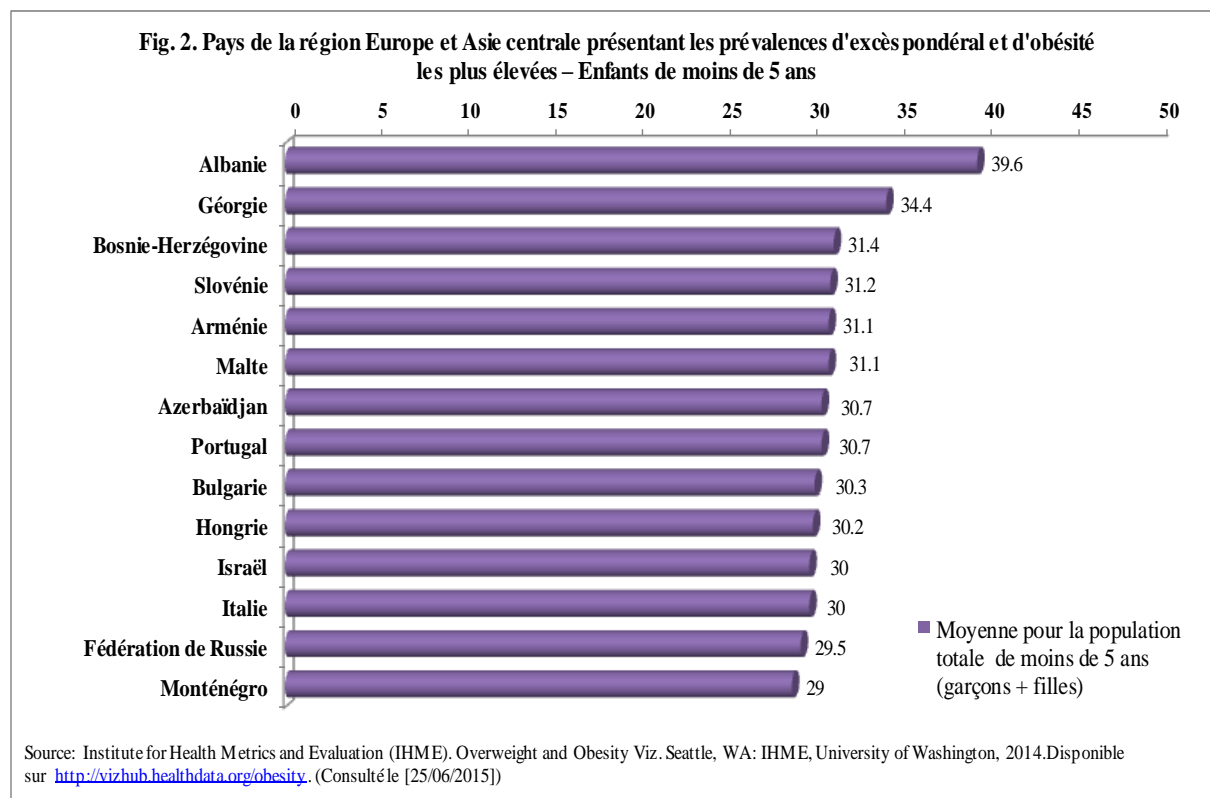
23. Des systèmes d'information robustes sur les nutriments sont absolument indispensables. Il est nécessaire, dans cette perspective, d'harmoniser les indicateurs et les méthodologies utilisés et de renforcer les moyens de suivi des micronutriments dans le but d'éviter des apports tant insuffisants qu'excédentaires dans tous les groupes de population. Il convient par ailleurs de mieux cibler les sujets vulnérables sur le plan nutritionnel et d'allouer des ressources adéquates aux projets consacrés à cette problématique.

24. Des mesures visant, notamment par la création de tables de composition des aliments ou leur amélioration, à informer le public sur les questions de nutrition et à le sensibiliser aux conséquences sanitaires, sociales et économiques d'apports insuffisants ou excessifs en micronutriments (notamment sous la forme de compléments alimentaires) sont également nécessaires, car elles permettent d'actualiser les directives diététiques alimentaires et ainsi, de mieux baliser la consommation régulière d'aliments riches en micronutriments.

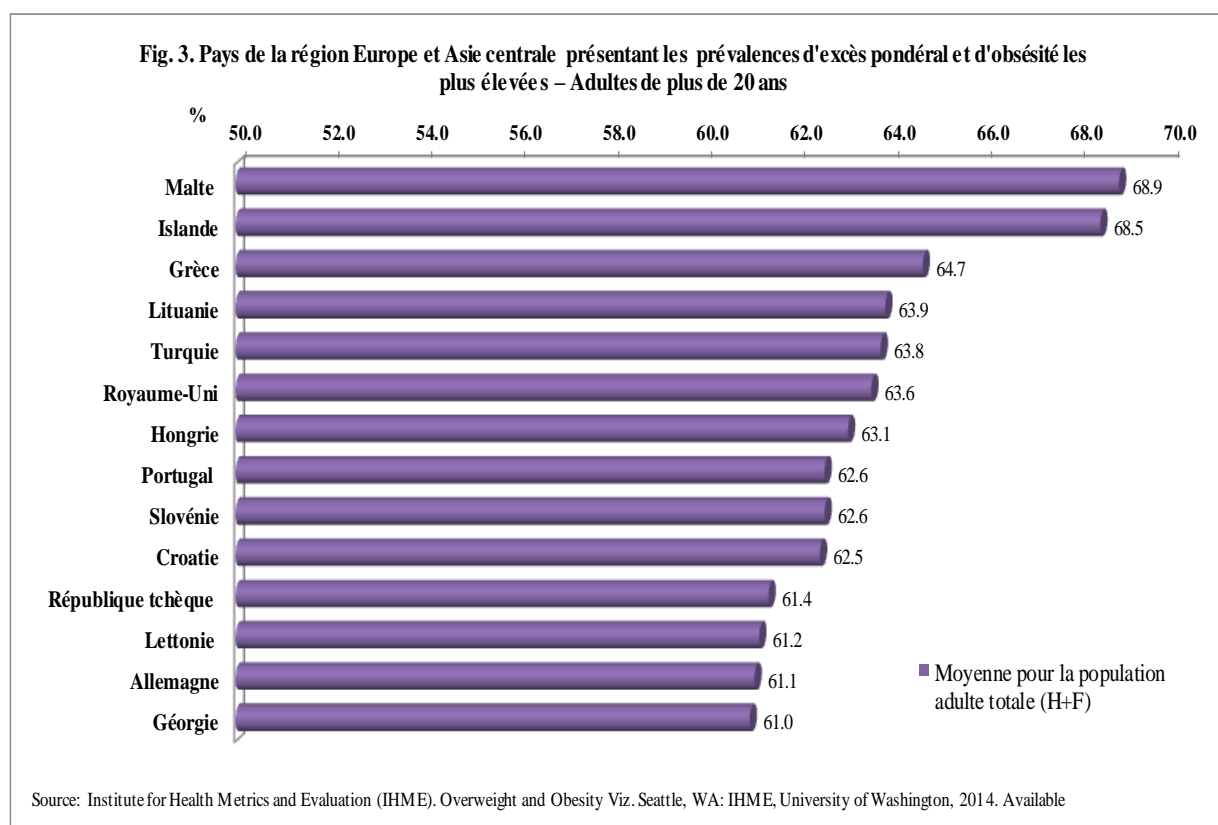
2.2. Excès pondéral et obésité dans la région Europe et Asie centrale

25. La proportion de personnes obèses ou présentant un excès pondéral dans la région Europe et Asie centrale est élevée et ne cesse d'augmenter. La prévalence de l'obésité a plus que triplé dans de nombreux pays européens depuis les années 1980, et toutes les tranches d'âge sont touchées. Le phénomène connaît également une accélération rapide dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La prévalence régionale moyenne¹⁸ du surpoids et de l'obésité cumulés chez les jeunes de moins de 20 ans atteint 21,6 pour cent. Cette prévalence est encore plus élevée¹⁹ chez les enfants de moins de cinq ans – de nombreux pays dépassent en effet la barre des 30 pour cent (figure 2). Une étude récente a fait ressortir une prévalence plus marquée de l'obésité chez les enfants de moins de 10 ans

appartenant à des familles présentant un niveau moins élevé d'éducation et de revenu²⁰. On trouvera au tableau 8 (annexe 1) des données ventilées sur la base du sexe, de l'excès pondéral et de l'obésité.



26. L'incidence¹⁸ de l'excès pondéral et de l'obésité cumulés ($IMC > 25$) dans la population adulte, hommes et femmes confondus, dépasse 55 pour cent dans 48 pays sur les 53 que compte la région Europe et Asie centrale, certains d'entre eux affichant même des taux supérieurs (figure 3).



27. La prévalence de l'obésité ($IMC > 30$) dans la population adulte atteint 23,3 pour cent en Europe du Nord, 23 pour cent en Asie occidentale et 20,9 pour cent en Europe occidentale. Le tableau 9 (annexe 1) présente ces données ventilées par pays.

28. Les niveaux élevés des carences en micronutriments, du surpoids et de l'obésité dans la région Europe et Asie centrale et, par ailleurs, la variabilité marquée entre pays, tranches d'âge et sexes indiquent qu'il est nécessaire, pour combattre la malnutrition, de recourir à des approches nationales spécifiques. Il faudra pour ce faire envisager les options politiques les mieux adaptées aux différentes situations, y compris celles recommandées par la CIN2, et se baser par ailleurs sur l'expérience des pays.

2.2.1. Options politiques susceptibles de remédier à l'excès pondéral et à l'obésité

29. Pour être efficace, la lutte contre l'excès pondéral et l'obésité doit envisager une approche misant sur une responsabilité conjointe des individus, des gouvernements nationaux et du secteur privé qui puisse déboucher sur des environnements alimentaires porteurs bien réglementés et correctement suivis. Les politiques en vigueur, fragmentées, ne reçoivent pas les moyens voulus pour combattre les problèmes d'excès pondéral et d'obésité et les maladies non transmissibles qui en découlent, d'où la nécessité de s'appuyer sur des approches intersectorielles axées sur les systèmes alimentaires, ainsi que sur des collaborations entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile et au sein de chacun de ces piliers.

30. Options politiques supplémentaires à envisager:

- œuvrer, au travers de dispositions constitutionnelles et législatives, pour la reconnaissance du droit à une alimentation adéquate, notamment en encourageant l'allaitement au sein (recommandations 29 à 33 du Cadre d'action);
- améliorer la disponibilité en aliments riches en micronutriments pour tous, et faire en sorte qu'ils soient plus abordables;
- promouvoir des choix alimentaires sains par le biais de l'étiquetage des produits, de l'éducation nutritionnelle et de l'information du consommateur;
- faire en sorte de modifier les systèmes, l'environnement et les comportements alimentaires²¹ de manière à combattre l'obésité et à réduire l'incidence des maladies non transmissibles.

2.3. Facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles

31. Le présent rapport mesure le fardeau économique et social de la malnutrition en utilisant la notion d'année de vie corrigée du facteur d'incapacité, ou AVCIⁱⁱ. Les mauvaises habitudes alimentaires constituent actuellement la première cause des maladies non transmissibles évitables dans les pays de la région Europe et Asie centrale, où elles se trouvent à l'origine de plus de 30 pour cent de l'ensemble des maladies et incapacités²², soit trois fois plus que la moyenne mondiale (figure 4). Viennent ensuite l'hypertension artérielle puis un IMC élevé, qui sont tous deux liés à la nutrition. C'est en Europe orientale que l'on relève, pour les maladies non transmissibles, l'indicateur AVCI imputable aux facteurs de risque liés à l'alimentation le plus élevé (près de 30 000 années perdues par population de 100 000 individus). L'indicateur le plus faible est observé en Europe occidentale (un peu plus de 10 000 années perdues).

32. Les risques alimentaires sont liés à des apports élevés en sodium, aux acides industriels gras de configuration trans et aux graisses saturées, au sucre et à l'absence ou l'insuffisance, dans le

ⁱⁱ Calculé à l'aide d'une méthode systématique et scientifique, l'indicateur AVCI est utilisé pour quantifier l'ampleur relative de la détérioration de la santé due aux maladies, aux blessures et aux facteurs de risque. Il comptabilise les années de vie saine perdues à la suite d'un décès prématuré, les années passées avec une incapacité ou le nombre total d'années de vie saine perdues. L'indicateur AVCI s'exprime en général en nombre d'années perdues par population de 100 000 individus.

régime, d'aliments riches en éléments nutritifs. D'après les estimations, le fardeau régional annuel imputable aux effets combinés des facteurs de risque de type alimentaire, des carences en micronutriments, de la sédentarité, de l'excès pondéral et de l'obésité dans la région Europe et Asie centrale atteignait pratiquement un million d'AVCI en 2010.

33. En 2013, les dépenses de santé (en pourcentage du PIB et en USD par habitant) étaient inégalement réparties d'un bout à l'autre de la région, depuis 6,8 pour cent dans les pays à faible revenu jusqu'à 9,4 pour cent dans les pays à revenu élevé (tableau 1). Les dépenses de santé étant proportionnelles à l'espérance de vie, celle-ci pourrait également constituer un indicateur des dépenses affectées par les gouvernements à la nutrition. Les niveaux des dépenses de santé et d'espérance de vie les plus bas, sous la moyenne mondiale, sont observés en Asie centrale.

34. Les populations des pays d'Europe et d'Asie centrale sont vieillissantes. Alors que moins de 5 pour cent de la population globale de l'Union européenne sont concernés par la sous-alimentation, ce chiffre atteint 10 pour cent pour les plus de 65 ans, et culmine à 20 pour cent pour les personnes âgées de 75 à 80 ans vivant chez elles. La consommation alimentaire de ces individus, qui présentent souvent une activité physique réduite et cuisinent assez peu, se réduit dans bien des cas à des plats préparés. Plus exposés aux maladies non transmissibles chroniques et dégénératives, ils forment un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel et leur alimentation, pour être adéquate et équilibrée, doit s'appuyer sur des normes nutritionnelles particulières. La solution à ce problème – offre en aliments à la fois nutritifs, variés et sains, planification des repas puis livraison aux personnes âgées – passe notamment par une collaboration entre le secteur des soins de santé et le monde de l'agriculture.

35. La prévalence des maladies non transmissibles consécutives à des régimes alimentaires de mauvaise qualité montre combien il est urgent, afin de combattre la nutrition et de prévenir les maladies en question, de donner la priorité à une alimentation de meilleure qualité. Des stratégies et des mesures préventives devraient dès lors s'exercer dès avant la conception (fenêtre d'opportunité des 1 000 premiers jours), durant la petite enfance et tout au long de la vie.

Fig. 4 – Années de vie corrigées du facteur d'incapacité imputables aux facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles

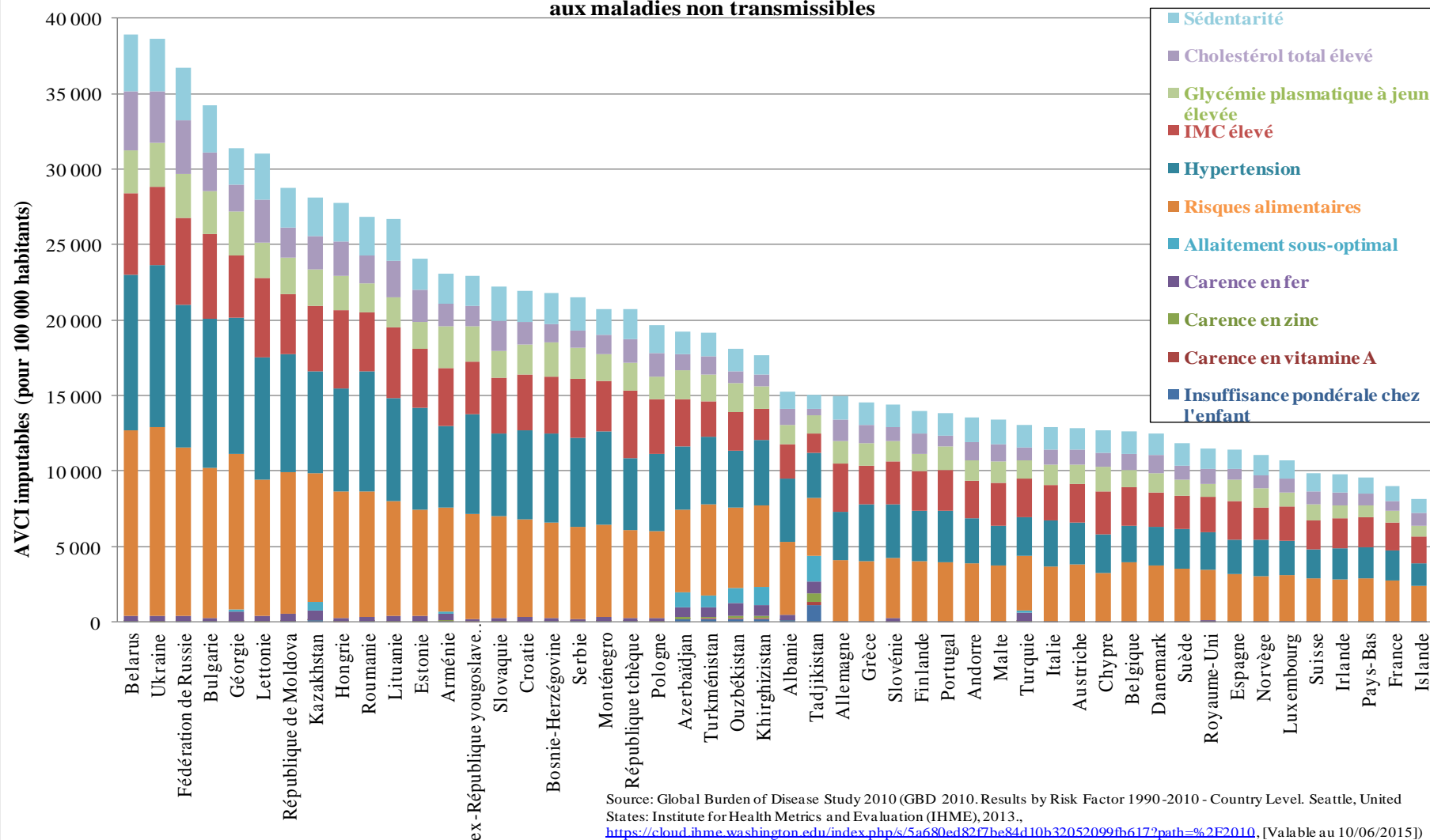


Tableau 1 – Dépenses de santé et espérance de vie ventilées par sous-régions d'Europe et d'Asie centraleⁱⁱⁱ (2013)

Région/Groupe de revenu	Dépenses de santé, total (en % du PIB) 2013	Dépenses de santé par habitant, PPA (dollars internationaux constants de 2011) 2013	Espérance de vie à la naissance, total (années) 2013
Monde	6,8	1247,4	70,8
Région REU	7,7	2283,4	75,6
Asie centrale	5,2	404,1	68,3
Asie occidentale	6,6	1265,2	76,1
Europe orientale	7,5	1204,0	73,9
Europe méridionale	8,3	2066,8	78,6
Europe septentrionale	8,4	3387,2	75,2
Europe occidentale	10,1	5373,0	81,4
Faible revenu	6,8	169,6	67,4
Revenu intermédiaire (tranche inférieure)	7,7	473,3	71,2
Revenu moyen supérieur	6,4	967	73,6
Revenu élevé, non membre de l'OCDE	6,7	2799,3	76,1
Revenu élevé, membre de l'OCDE	9,4	3727,3	80,6
Source: base de données de la Banque mondiale: http://donnees.banquemondiale.org/indicateur			

2.3.1. Options politiques pour la lutte contre les maladies non transmissibles et leur prévention

36. Différentes options politiques ont été mises en œuvre dans la région Europe et Asie centrale pour combattre l'obésité et les maladies non transmissibles. Les mesures appliquées ont permis de dégager des enseignements et d'identifier des pratiques utiles et susceptibles d'être transférées. Voici quelques exemples d'initiatives menées à l'échelle de la région et des pays:

- UE: étiquetage nutritionnel obligatoire et campagne visant à promouvoir la consommation de fruits à l'école;
- développement, dans la plupart des pays de la région Europe et Asie centrale, de plans nationaux pour l'alimentation et la nutrition;
- promotion de l'allaitement au sein exclusif, de l'iodisation du sel et de l'enrichissement de la farine;

ⁱⁱⁱ La composition des sous-régions s'appuie sur le système ONU de classement des pays. (M49)

- Royaume-Uni: normes globales pour l'alimentation scolaire et cibles volontaires en matière de réduction de la consommation de sel;
- Slovénie: loi sur la nutrition en milieu scolaire;
- Pays-Bas et Norvège: campagnes visant à promouvoir la consommation de fruits et de légumes dans les établissements scolaires;
- lancement, dans cinq pays nordiques, d'un système conjoint d'étiquetage nutritionnel («trou de serrure») destiné à aider le public à poser des choix plus sains;
- Hongrie: instauration d'une taxe de santé publique sur les teneurs en sel, en sucre et en caféine et lancement d'un programme encourageant la consommation d'eau dans les écoles;
- France: Programme national nutrition santé;
- Danemark et Autriche: législations réglementant les acides gras trans;
- dans de nombreux pays, adoption de mesures destinées à combattre la publicité et la commercialisation des aliments et boissons à haute teneur en sel, à densité énergétique élevée et pauvres en micronutriments destinés aux enfants;
- Irlande: campagne des «1 000 prochains jours».

37. La Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) a fait ressortir le rôle prioritaire que la lutte contre les maladies non transmissibles doit jouer dans le développement et les investissements sociaux. Tous les secteurs d'activité – et plus particulièrement l'alimentation et l'agriculture – pouvant contribuer concrètement à la modification des régimes alimentaires et faire en sorte que des aliments nutritifs soient plus largement disponibles, abordables, acceptables et de meilleure qualité doivent envisager la fixation d'objectifs en matière de réduction des maladies non transmissibles.

38. Les normes et les mesures réglementaires et de contrôle doivent viser à promouvoir activement des habitudes alimentaires saines et faire en sorte que les pratiques de production et de consommation ne soient pas préjudiciables à la santé des consommateurs.

39. Les gouvernements, le secteur privé et la société civile doivent unir leurs forces pour concevoir et mettre en œuvre des campagnes de santé publique et de nutrition ayant pour objectif de prévenir les maladies non transmissibles.

2.4. Qualité du régime alimentaire et statut socioéconomique

40. La pauvreté débouche sur la malnutrition et les maladies non transmissibles, et la malnutrition fait progresser la pauvreté, en particulier dans les groupes de population à faible revenu. L'accès des groupes défavorisés à l'alimentation est essentiellement fonction du revenu, des prix des produits alimentaires et de l'accès à l'aide sociale. Une série d'instruments de protection sociale doivent être mobilisés pour faire en sorte que les politiques intègrent des objectifs tenant compte de la nutrition^{iv}.

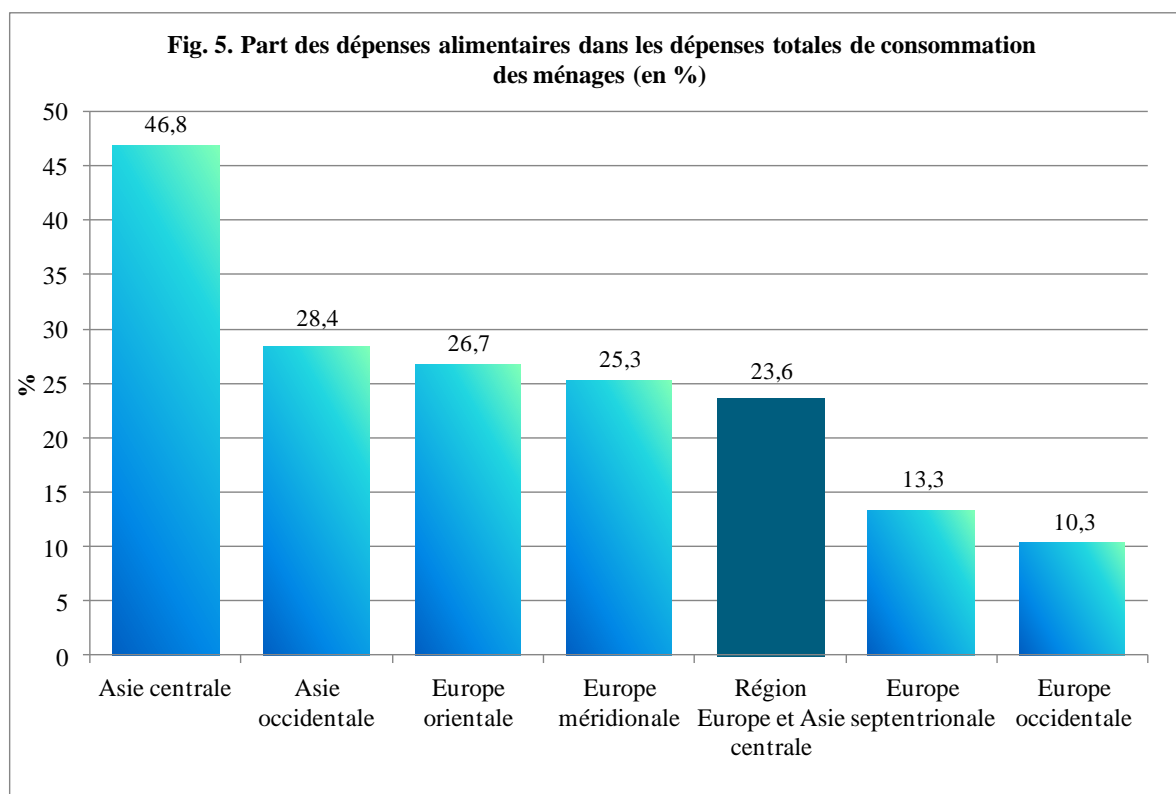
41. Il existe un lien entre, d'une part, les indicateurs du statut socioéconomique (éducation, profession, revenu) et, d'autre part, la qualité du régime alimentaire et les apports en micronutriments²³. Bien que l'insécurité alimentaire ne pose pas de véritable problème en Europe, un risque persiste pour certains groupes vulnérables et pour les populations défavorisées. En 2010, la pauvreté menaçait 116 millions de personnes environ dans l'Union européenne, rendant difficile leur accès à une alimentation quantitativement et qualitativement satisfaisante. Trois ans plus tard, ce chiffre dépassait les 120 millions²⁴.

42. Il existe un lien étroit entre statut socioéconomique et qualité du régime alimentaire. Le statut socioéconomique intervient dans le pouvoir d'achat, les schémas et les choix de consommation alimentaire. Les données recueillies sur la qualité des régimes alimentaires dans les pays de la région Europe et Asie centrale montrent que les aliments riches en éléments nutritifs (fruits et légumes,

^{iv} Nutrition et protection sociale. FAO, Rome, 2015.

céréales entières et produits animaux à faible teneur en matières grasses, fruits à coque et poisson) sont souvent trop chers pour les familles à faible revenu et se trouvent dès lors sous-représentés dans leurs régimes alimentaires. Les groupes à faible revenu sont plus exposés à des régimes alimentaires de mauvaise qualité – pain blanc, féculents, viande transformée riche en sodium – et courent dès lors un risque d'obésité et de malnutrition par carence en micronutriments²⁵.

43. Compte tenu de la diversité marquée des profils socioéconomiques au sein de la population, l'alimentation représente entre 7 et 66 pour cent du budget des ménages, tous pays de la région Europe et Asie centrale confondus. Des dépenses plus conséquentes au titre de l'alimentation peuvent se répercuter négativement sur les montants que les familles sont en mesure de consacrer à d'autres postes essentiels, comme l'éducation et la santé, ce qui accroît leur vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle (figure 5).



Source: EUROSTAT: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Household_consumption_expenditure_-_national_accounts

2.4.1. Options politiques pour une amélioration de la nutrition des populations défavorisées

44. Il est essentiel, pour éradiquer la malnutrition sous toutes ses formes, de renforcer la disponibilité en aliments sains et nutritifs pour les populations défavorisées vivant en zones tant rurales qu'urbaines, et de faire en sorte que ces produits soient plus abordables. Il faut dès lors s'intéresser de près aux contextes dans lesquels peuvent s'implanter des environnements alimentaires sains. Pour ces raisons, plusieurs options politiques concerneront les quatre grands domaines d'action ci-après.

- Les politiques applicables aux prix alimentaires et aux autres instruments basés sur le marché peuvent influencer de manière significative sur les régimes alimentaires et donc, constituer un moyen de réglementer la disponibilité alimentaire et d'imposer des prix abordables. Des collaborations et des partenariats intersectoriels conjoints entre différents secteurs d'activité –

agriculture, commerce, santé, protection social et milieux financiers – sont nécessaires si l'on veut pouvoir mobiliser la combinaison voulue de politiques aptes à protéger les populations vulnérables face à l'insécurité alimentaire.

- Des marchés locaux permettant de relier les petits exploitants/agriculteurs familiaux aux consommateurs doivent être créés dans les zones mal desservies, avec construction de routes, aménagement d'infrastructures de transport appropriées et mise en place d'une chaîne du froid²⁶. Les marchés locaux peuvent également participer à des programmes institutionnels – alimentation scolaire, éducation nutritionnelle et autres marchés publics.
- L'agriculture urbaine et périurbaine doit être encouragée. Les autorités locales peuvent favoriser la petite agriculture en ouvrant l'accès à la terre et à ses moyens d'exploitation et, par ailleurs, en optimisant la planification foncière à des fins agricoles. Elles pourraient notamment s'inspirer, à cette fin, d'une initiative globale comme le Pacte alimentaire urbain de la ville de Milan^v. Les coopératives agricoles pourraient jouer un rôle de premier plan dans ce contexte²⁷.
- L'intégration d'aspects tenant compte de la nutrition dans la conception de systèmes de protection sociale plus résilients et s'inscrivant dans une perspective à plus long terme peut également aider à améliorer la nutrition des personnes et des ménages vulnérables²⁸.

III. Des systèmes alimentaires plus sensibles à la nutrition: une manière innovante de combattre la malnutrition

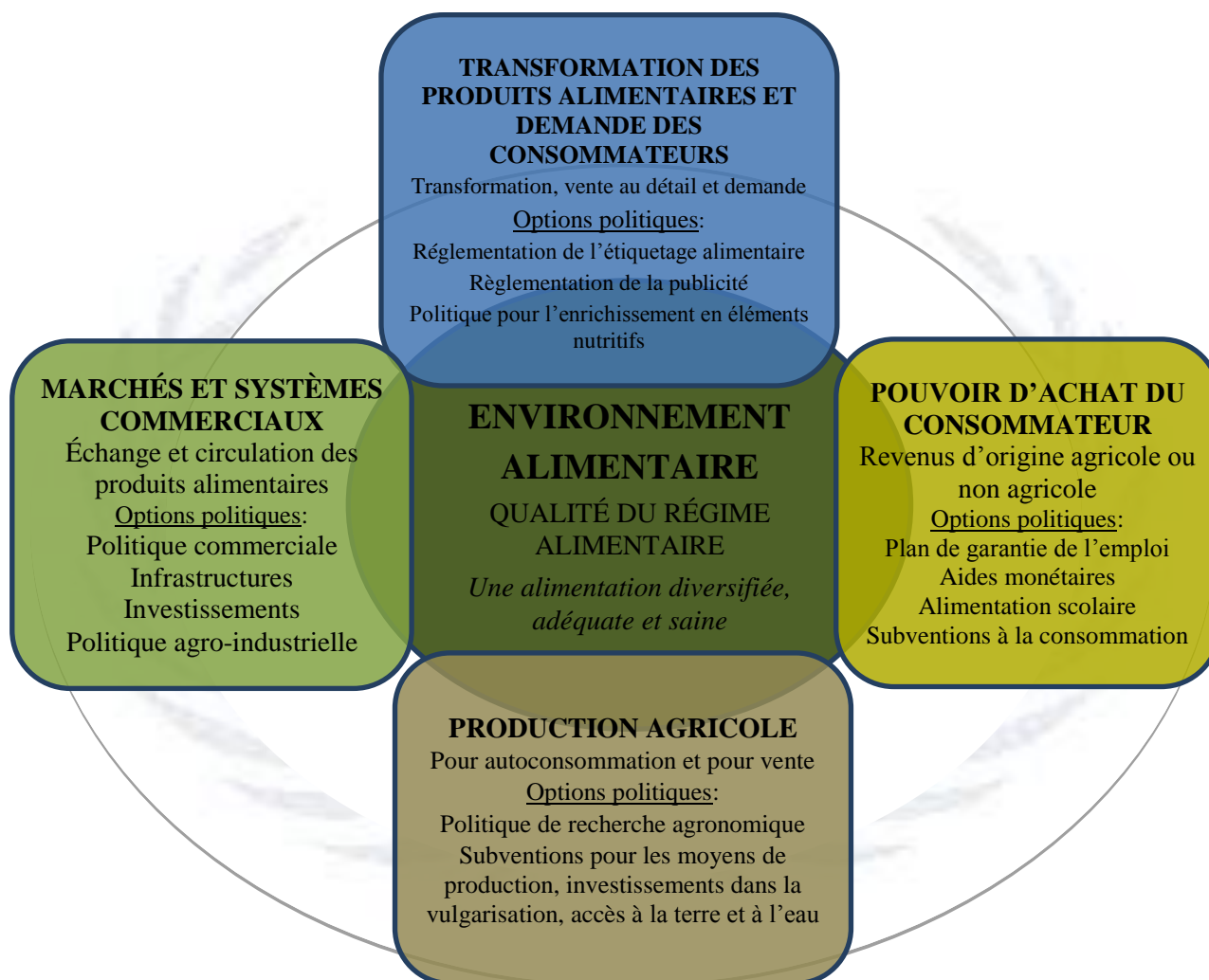
45. Les projets de réforme visant à conférer aux systèmes alimentaires une durabilité ainsi qu'une sensibilité accrues à la nutrition doivent viser la mise en place de schémas de production et de consommation durables. Le développement de chaînes de valeur sensibles à la nutrition est une question qui doit être portée à l'attention des décideurs. Il s'agit notamment de relier les petits agriculteurs et les exploitants familiaux aux chaînes de valeur alimentaire, d'intensifier la recherche et la vulgarisation et de sensibiliser le public au coût environnemental des différents types d'alimentation de manière à promouvoir, entre autres objectifs, une demande alimentaire et des comportements d'achat éclairés.

46. Les gouvernements sont encouragés, pour améliorer durablement la nutrition, à s'aider des *Directives sur le droit à l'alimentation* et des *Principes pour un investissement responsable dans l'agriculture et les systèmes alimentaires*.

47. Les points d'entrée possibles pour les options, les analyses et les mesures de politique générale peuvent être identifiés à l'aide d'un cadre conceptuel²⁹ mettant en évidence les quatre grandes composantes des systèmes alimentaires influant sur l'environnement alimentaire et la qualité des régimes (figure 6). Les options et mesures de politique générales propices à des systèmes alimentaires plus sensibles à la nutrition visent chacun de ces quatre domaines et seront donc évaluées globalement. Cette approche montre la voie d'une qualité alimentaire optimale, laquelle est la garantie d'un régime diversifié, adéquat et sain.

^v Le Pacte alimentaire urbain de la ville de Milan.

Fig. 6 – Options de politique générale pour des régimes alimentaire de meilleure qualité et des systèmes alimentaires tenant mieux compte de la nutrition



Source: www.glopan.org/sites/default/files/Global%20Panel%20Summary%20Brief%20web.pdf

3.1. Considérations d'ordre stratégique

48. La Déclaration de Rome sur la nutrition et le Cadre d'action issus de la CIN2 reflètent le consensus mondial qui s'est dégagé sur un certain nombre de politiques d'ensemble, à savoir:

- **Renforcer la gouvernance de la nutrition et, par ailleurs, améliorer la cohérence, la coordination, la compatibilité des politiques ainsi que la collaboration multidisciplinaire, intersectorielle et entre parties prenantes** (recommandation n° 3 du cadre d'action). Les obstacles rencontrés sur la voie d'une meilleure nutrition sont la conséquence d'une fragmentation des programmes entre secteurs et d'une obligation redditionnelle insuffisante ou incohérente. Il est dès lors indispensable de définir clairement les mandats, rôles et responsabilités des différents secteurs.
- De nombreux pays de la région Europe et Asie centrale doivent entreprendre en priorité une réflexion sur les **capacités stratégiques opérationnelles à mobiliser aux fins de la nutrition, de même que sur la question de l'engagement politique et sur la participation du secteur de l'alimentation et de l'agriculture**.
- L'amélioration de la nutrition passe de plus en plus par des **innovations agricoles** devant permettre de surmonter les défis liés à la démographie et à l'urbanisation croissantes, au changement climatique et à une base de ressources naturelles qui va s'amenuisant. Les gouvernements sont encouragés à jouer un rôle plus actif dans la création d'opportunités devant permettre à des partenariats public-privé de traduire rapidement la recherche en actes et en produits commercialisables, et d'obtenir des résultats grâce à des capacités renforcées.³⁰
- **Des allocations budgétaires responsables et suffisantes**^{vi} à la mesure du problème sont essentielles pour combattre la malnutrition.
- **Suivi de l'état nutritionnel et de la mise en œuvre des politiques**. Des systèmes robustes de mesure des progrès réalisés sur la voie des objectifs de nutrition aux niveaux local, national et régional sont indispensables, car ils permettent de recueillir des informations concrètes et des données de surveillance pour le suivi des carences en micronutriments, de l'excès pondéral, de l'obésité et des maladies non transmissibles. Il faut également établir une cartographie géographique de la malnutrition, de manière à mieux cibler les interventions et les investissements. Le suivi et l'évaluation de l'ensemble des programmes sur la nutrition devraient également porter sur l'efficacité d'exécution des politiques.

IV. Recommandations aux gouvernements sur les questions à traiter en priorité

49. La Commission européenne d'agriculture, à sa trente-neuvième session, souhaitera peut-être recommander les politiques et mesures ci-après:

- 1) Renforcer la gouvernance et l'obligation redditionnelle en matière de nutrition tout en promouvant la coordination, la collaboration, la création de réseaux et les partenariats entre secteurs concernés:
 - mettre en place des mécanismes nationaux de collaboration intersectorielle pour l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, ou renforcer ceux qui existent déjà;
 - lancer des actions et des partenariats multisectoriels avec le secteur privé et la société civile;
 - améliorer l'alphabétisme alimentaire et nutritionnel des personnes employées dans le secteur agro-industriel, en particulier dans les services de vulgarisation spécialisés dans la nutrition et les systèmes alimentaires.

^{vi} Il est proposé d'utiliser le pourcentage du budget d'un pays alloué à la nutrition en guise d'indicateur «nutrition» pour le SDG 2.

- revoir les priorités de la recherche et promouvoir les innovations pouvant trouver une application dans l'agriculture tenant compte de la nutrition et intelligente face au climat, ainsi que dans les chaînes de valeur pour les préparations nutritionnelles et alimentaires;
 - intégrer des objectifs à caractère nutritionnel dans les stratégies de sécurité alimentaire et de développement agricole et rural;
 - associer les secteurs concernés (santé, protection sociale, éducation, environnement et commerce) au processus CPN de la FAO chargé d'assurer la cohérence des politiques et des actions pour la nutrition;
 - réexaminer les allocations budgétaires affectées à la nutrition et attirer les investissements de manière à pouvoir combattre la malnutrition sous toutes ses formes de manière appropriée.
- 2) Promouvoir des régimes variés, sains et de qualité, de même que des habitudes alimentaires saines qui tiennent compte des traditions locales, de la biodiversité indispensable à la nutrition et de l'impact sur l'environnement:
- renforcer les capacités en matière de sécurité sanitaire des aliments, améliorer les meilleures pratiques d'un bout à l'autre de la chaîne alimentaire et assurer un suivi de tous les éléments composant le régime alimentaire ainsi que des maladies non transmissibles;
 - développer, à l'échelon local, des bases de données sur la composition des régimes alimentaires ainsi que des directives alimentaires pour une nutrition intelligente face au climat et pour une consommation alimentaire durable;
 - favoriser et appliquer, dans les services de restauration des institutions publiques, des normes nutritionnelles fondées sur des éléments scientifiques ainsi qu'une consommation durable;
 - soutenir les programmes d'éducation nutritionnelle et de cantines scolaires dans les écoles, en particulier au travers de la Coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire.
- 3) Soutenir les petites exploitations et les exploitations familiales^{vii} de manière à renforcer la diversité et la résilience alimentaires:
- appuyer la production et l'emploi nutritionnel d'aliments locaux riches micronutriments et continuer parallèlement à alimenter la base de données Hortivar de la FAO^{viii};
 - soutenir le renforcement des capacités de production et de protection des produits traditionnels à valeur élevée, les systèmes d'indications géographiques et d'autres programmes valorisant la qualité;
 - donner aux petits exploitants plus de moyens leur permettant de s'aligner sur les normes, les exigences et les réglementations en matière de sécurité alimentaire.
- 4) Mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs nutritionnels et de la mise en œuvre des engagements de la CIN2 aux plans local, national et régional:
- adopter les indicateurs et objectifs nutritionnels de l'Assemblée mondiale de la santé et des SDG, et créer des systèmes de suivi et d'évaluation robustes fondés sur des indicateurs harmonisés permettant de mesurer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs nutritionnels et de la mise en œuvre des engagements de la CIN2;
 - renforcer les moyens de génération de données, d'analyse et d'exploitation des informations relatives à tous les types de malnutrition et de maladies non transmissibles;
 - développer des systèmes intégrés de surveillance alimentaire, nutritionnelle et sanitaire de manière à pouvoir réagir rapidement face à des situations ou à des risques particuliers de malnutrition.

^{vii} Initiative régionale 1 sur l'autonomisation des petits agriculteurs et le renforcement des exploitations familiales en vue de renforcer les moyens d'existence et de réduire la pauvreté.

^{viii} Base de données de la FAO et plate-forme pour l'échange de savoir-faire sur les cultivars horticoles (www.fao.org/hortivar).

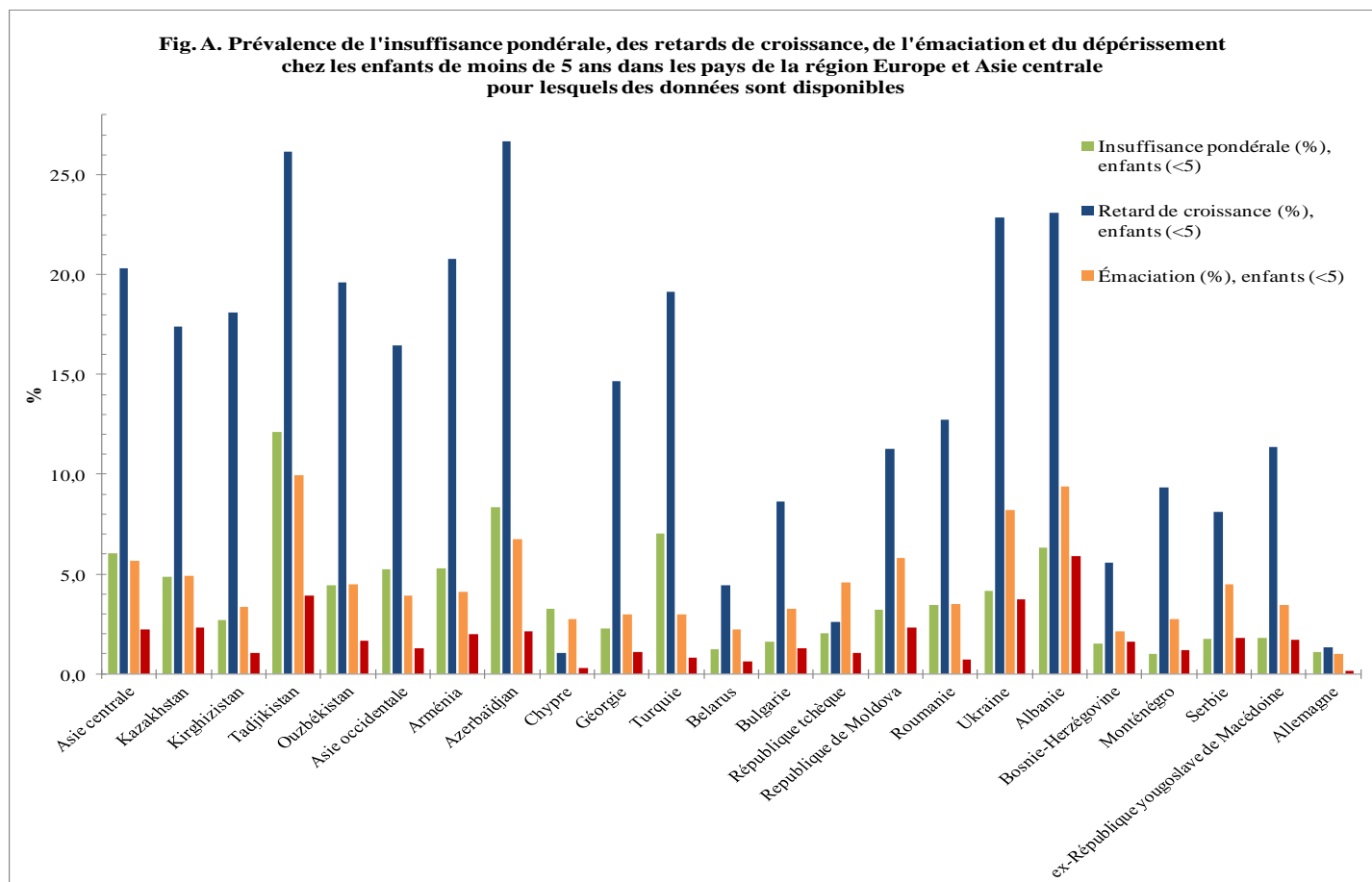
V. Le rôle de la FAO

50. Conformément à son mandat, forte de son avantage comparatif technique et en collaboration, en synergie et en complémentarité étroites avec les autres partenaires de développement, la FAO est déterminée à soutenir les gouvernements dans la réalisation de leurs objectifs. À cette fin:

- elle met en œuvre des stratégies fondées sur l'alimentation et tire parti de toutes les possibilités offertes par les systèmes alimentaires et agricoles pour améliorer les régimes alimentaires et relever les niveaux nutritionnels, tel qu'indiqué dans la «Stratégie et vision de la FAO pour ses activités en matière de nutrition» (novembre 2012)³¹;
- elle intervient en tant que partenaire clé dans la lutte contre le fardeau des maladies transmissibles en jouant un rôle unique de mobilisation d'approches basées sur l'alimentation et l'agriculture destinées à fonctionner en complémentarité avec d'autres démarches axées sur la santé, les soins, l'éducation, l'aide alimentaire et les questions de parité;
- elle aide les États Membres à améliorer la nutrition i) en fournissant des biens publics mondiaux, régionaux et nationaux, notamment des données et des analyses sur l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, l'agriculture, la sylviculture, les pêches^{1, 32, 33} ainsi que des informations sur les normes et meilleures pratiques mondiales et régionales; ii) en offrant un forum neutre de discussion; iii) en apportant une assistance technique et aux politiques en vue de développer les moyens dont disposent les gouvernements, le secteur privé et la société civile pour combattre les déficits stratégiques, techniques et en rapport avec la nutrition, et iv) en mobilisant son expérience du terrain pour présenter des solutions techniques efficaces aux problèmes et susciter l'attention des décideurs et responsables de programmes.

Annexe 1

Situation nutritionnelle actuelle dans la Région Europe et Asie centrale



Note: Insuffisance pondérale: pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts-types au moins au poids médian de la population internationale de référence dont l'âge est compris entre 0 et 59 mois. Retard de croissance: pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts-types au moins à la taille pour l'âge médiane de la population internationale de référence dont l'âge est compris entre 0 et 59 mois. Émaciation: pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au moins au poids pour la taille médiane de la population internationale de référence dont l'âge est compris entre 0 et 59 mois. Les données sont basées sur les normes de croissance de l'enfant diffusées par l'OMS en 2006. Sources: Food and Nutrition in Numbers 2014: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf>; Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), 2014, "2014 Global Nutrition Report Dataset": <https://dataverse.harvard.edu/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.7910/DVN/27857>

Anémie dans les pays de la région Europe et Asie centrale

Tableau 1 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences d'anémie les plus élevées chez les **enfants de moins de cinq ans**

Pays	Prévalence de l'anémie (en %) (dernières données disponibles)	Degré de gravité du problème de santé publique
Ouzbékistan	49,4	Grave
Kirghizistan	42,6	Grave
Azerbaïdjan	35,2	Modéré
Tadjikistan	34,5	Modéré
Turkménistan	33,1	Modéré
République de Moldova	31,2	Modéré
Arménie	31,0	Modéré
Kazakhstan	30,0	Modéré
Turquie	30,0	Modéré
Monténégro	29,4	Modéré
Bulgarie	27,5	Modéré
Slovénie	27,3	Modéré
Slovaquie	27,1	Modéré
Ukraine	27,1	Modéré
Roumanie	26,9	Modéré

Note: * Proportion des enfants de moins de cinq ans présentant une concentration en hémoglobine inférieure à 110 g/l au niveau de la mer; ** Les seuils d'hémoglobine signalant une anémie ont été définis pour différents groupes de population par l'OMS. On considère que l'anémie pose un problème de santé publique lorsque la prévalence des faibles taux d'hémoglobine dépasse 5 pour cent dans la population. Selon la prévalence, le problème de santé publique posé par l'anémie sera qualifié de léger (de 5,0 à 19,9 pour cent), de modéré (de 20,0 à 39,9 pour cent) ou de grave (> 40 pour cent). (Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments, OMS/FAO 2006).

Tableau 2 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences d'anémie les plus élevées chez les **femmes enceintes**

Pays	Prévalence de l'anémie (en %) (dernières données disponibles)	Degré de gravité du problème de santé publique
Ouzbékistan	38,4	Modéré
Kirghizistan	37,8	Modéré
Tadjikistan	31,3	Modéré
Chypre	30,9	Modéré
Azerbaïdjan	30,7	Modéré
Turkménistan	30,5	Modéré
République de Moldova	29,0	Modéré
Turquie	28,1	Modéré
Monténégro	27,9	Modéré
Bulgarie	27,3	Modéré
Kazakhstan	27,0	Modéré
Estonie	26,8	Modéré
Grèce	26,8	Modéré
Serbie	26,8	Modéré
Roumanie	26,7	Modéré

Note: Pourcentage des femmes enceintes présentant une concentration en hémoglobine inférieure à 110 g/l au niveau de la mer; Sources pour les tableaux 1 et 2: Food and Nutrition in Numbers 2014: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf> et données communiquées par les pays.

Carence en iode dans les pays de la région Europe et Asie centrale

Tableau 3 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences de carence en iode les plus élevées chez les **enfants de moins de cinq ans**

Pays	Prévalence de la carence en iode (%) (dernières données disponibles)
Albanie	91,0
Belarus	80,9
Géorgie	80,0
Lettonie	76,8
Azerbaïdjan	74,4
Danemark	70,8
Ukraine	70,1
Estonie	67,0
Belgique	66,9
Hongrie	65,2
Pologne	64,0
Tadjikistan	63,9
République de Moldova	62,0
Lituanie	62,0
Turquie	60,9

Note – On considère qu’une population souffre d’une carence en iode lorsqu’elle présente une concentration urinaire médiane inférieure à 100 µg/L. Sources: Food and Nutrition in Numbers 2014: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf> et données communiquées par les pays, Base de données de l’OMS sur les troubles dus à une carence en iode

Tableau 4 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences de carence en iode les plus élevées chez les **adultes**

Pays	Prévalence de la carence en iode (%) (dernières données disponibles)	Classification du bilan iodé (degré de gravité du problème de santé publique)
Ouzbékistan	97,4	Modéré
Kirghizistan	88,1	Modéré
Belarus	80,9	Modéré
Géorgie	80,0	Léger
Lettonie	76,8	Léger
Turquie	74,6	Modéré
Azerbaïdjan	74,4	Léger
Danemark	70,8	Léger
Ukraine	70,1	Léger
Estonie	67,0	Léger
Belgique	66,9	Léger
Turkménistan	65,6	Léger
Hongrie	65,2	Léger
Roumanie	64,2	Léger
Pologne	64,0	Léger

Note – On considère qu’une population souffre d’une carence en iode lorsqu’elle présente une concentration urinaire médiane inférieure à 100 µg/L. Source: Bilan iodé dans le monde.

Carence en vitamine A dans les pays de la région Europe et Asie centrale

Tableau 5 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences de carence en vitamine A les plus élevées chez les **enfants**

Pays	Prévalence de la carence en vitamine A (%), (dernières données disponibles)	Degré de gravité du problème de santé publique
Ouzbékistan	53,1	Grave
Azerbaïdjan	32,1	Grave
Géorgie	30,9	Grave
ex-République yougoslave de Macédoine	29,7	Grave
Turkménistan	28,0	Grave
Kazakhstan	27,1	Grave
Tadjikistan	26,8	Grave
Kirghizistan	26,3	Grave
République de Moldova	25,6	Grave
Ukraine	23,8	Grave
Albanie	18,6	Modéré
Bulgarie	18,3	Modéré
Belarus	17,4	Modéré
Monténégro	17,2	Modéré
Serbie	17,2	Modéré

Note – Estimations de la prévalence, dans les pays concernés, des concentrations sériques en rétinol inférieures à $< 0,70 \mu\text{mol/l}$ parmi les enfants d'âge préscolaire. Les seuils de concentration sérique (plasmatique) en rétinol recommandés par l'OMS sont utilisés pour le classement des personnes exposées à une carence en vitamine A ($< 0,70 \mu\text{mol/l}$ ($< 20 \mu\text{g/dl}$)).
 Source: Prévalence mondiale de la carence en vitamine A dans la population à risque:1995-2005

Tableau 6 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences de carence en vitamine A les plus élevées chez les **adultes**

Pays	Prévalence de la carence en vitamine A (%), (dernières données disponibles)
Ouzbékistan	53,1
Kirghizistan	32,9
Azerbaïdjan	32,1
Géorgie	30,9
ex-République yougoslave de Macédoine	29,7
Turkménistan	28,0
Kazakhstan	27,1
République de Moldova	25,6
Ukraine	23,8
Bulgarie	18,3
Belarus	17,4
Monténégro	17,2
Serbie	17,2
Roumanie	16,3
Turquie	15,6

Note – Proportion de la population totale présentant une concentration sérique en rétinol égale ou inférieure à $0,70 \mu\text{mol/L}$.
 Sources: Food and Nutrition in Numbers 2014: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf>, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI), 2014, «2014 Global Nutrition Report Dataset».

Carence en zinc dans les pays de la région Europe et Asie centrale

Tableau 7 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences de carence en zinc les plus élevées chez les **adultes**

Pays	Prévalence de la carence en zinc (%), (dernières données disponibles)
Tadjikistan	66,8
Arménie	49,4
Azerbaïdjan	47,5
Géorgie	47,3
Croatie	37,0
Luxembourg	31,5
République de Moldova	30,8
Bosnie-Herzégovine	30,4
Ouzbékistan	24,4
Turkménistan	24,2
Turquie	22,2
Bulgarie	18,6
Roumanie	18,3
Slovaquie	16,4
Ukraine	15,8

Note:

* Les indicateurs recommandés pour identifier les populations exposées au risque de carence en zinc sont i) le pourcentage de la population présentant des concentrations plasmatiques (sériques) en zinc inférieures à un seuil déterminé, ii) une prévalence des apports alimentaires habituels en zinc inférieure au besoin moyen estimatif (EAR) et iii) le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont les valeurs de z score de la taille pour l'âge sont inférieures de 2 écarts-types aux normes OMS de croissance de l'enfant.

** Proportion de la population exposée à un risque d'apport en zinc insuffisant, c'est-à-dire inférieur au besoin physiologique en zinc absorbé (2,69 mg/jour pour l'homme et 1,86 mg/jour pour la femme). La prévalence de la carence en zinc a été estimée (Hotz et Brown, 2004) sur la base des bilans alimentaires disponibles de la FAO et de la teneur estimée en zinc pour chaque aliment.

Source: Mario Mazzocchi, Sara Capacci, Bhavani Shankar, Bruce Traill, Agri-Food Systems for Better Nutrition in Europe and Central Asia, FAO REU 2014

Excès pondéral et obésité dans les pays de la région Europe et Asie centrale

Tableau 8 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences d'excès pondéral ($IMC \geq 25$) et d'obésité ($IMC \geq 30$) les plus élevées chez les **enfants de moins de 5 ans**

Pays	Excès pondéral et obésité cumulés (%)		Excès pondéral (%)		Obésité (%)	
	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Albanie	39,6	39,5	16,6	14,8	23	24,7
Géorgie	33,9	35,1	17,9	17,4	16	17,7
Bosnie-Herzégovine	30,9	31,9	17,3	17,4	13,6	14,5
Slovénie	38,8	23,3	29,7	16,8	9,1	6,5
Arménie	33,6	28,1	19,9	17,1	13,7	11
Malte	35,1	26,9	24	17,6	11,1	9,3
Azerbaïdjan	32,7	28,4	14,9	14,1	17,8	14,3
Portugal	34,5	26,6	22,8	13,9	11,7	12,7
Bulgarie	32,6	27,8	24,2	19,1	8,4	8,7
Hongrie	35,7	24,3	26,1	17,1	9,6	7,2
Israël	34,9	24,8	19,3	12,7	15,6	12,1
Italie	34,2	25,6	24,8	18,5	9,4	7,1
Fédération de Russie	32,2	26,6	15,6	12,1	16,6	14,5
Monténégro	30,9	27	19,6	17,3	11,3	9,7

Note – Pour l'excès pondéral: proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le poids pour la taille dépasse de plus de 2 écarts-types la médiane des normes internationales de croissance de l'enfant de l'OMS. Pour l'obésité: pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids pour la taille dépasse de plus de 3 écarts-types la médiane des normes internationales de croissance de l'enfant de l'OMS.

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). OW and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Adresse: <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> (consulté le 25 juin 2015)

Tableau 9 – Pays de la région Europe et Asie centrale présentant les prévalences d'excès pondéral (IMC ≥ 25) et d'obésité (IMC ≥ 30) les plus élevées chez les **adultes**

Pays	Excès pondéral et obésité cumulés (%)		Excès pondéral (%)		Obésité (%)	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
Malte	75,9	59,6	46,4	29,9	29,5	29,7
Islande	74,9	62,4	47,5	33	27,4	29,4
Grèce	73,8	55,9	53,9	34,6	19,9	21,3
Lituanie	65,4	62,8	46,2	33,5	19,2	29,3
Turquie	62,7	64,9	43,3	31,7	19,4	33,2
Royaume-Uni	68,4	59,2	42,9	33	25,5	26,2
Hongrie	67,3	59,4	44,8	32,6	22,5	26,8
Portugal	66,4	59,2	44,5	33,7	21,9	25,5
Slovénie	67,8	57,6	46,9	33,3	20,9	24,3
Croatie	68,1	57,4	47,2	35,1	20,9	22,3
République tchèque	67,7	55,3	48,9	32,3	18,8	23
Lettonie	58,1	63,7	40	34,4	18,1	29,3
Allemagne	68	54,5	44,5	29,4	23,5	25,1
Géorgie	59,3	62,5	37,9	33,6	21,4	28,9

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). OW and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Adresse: <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> (consulté le 25 juin 2015).

Bibliographie

- 1 FAO, FIDA et WFP. 2015. L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde, 2015. Objectifs internationaux 2015 de réduction de la faim: des progrès inégaux. Rome, FAO.
- 2 FAO REU. 2015. Regional Overview of Food Security in Europe and Central Asia: Focus on healthy and balanced nutrition.
- 3 FAO, OMS. 2014. Déclaration de Rome sur la nutrition: <http://www.fao.org/3/a-ml542f.pdf>.
- 4 Burlingame, B.A. & Dernini, S. 2012. Sustainable Diets and Biodiversity: Directions and Solutions for Policy, Research and Action. FAO. Rome.
- 5 Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies, 2014. La nutrition et les objectifs de développement durable de l'après-2015. Note d'orientation.
- 6 Ljungqvist O, The European fight against malnutrition, *Clinical Nutrition* (2009), doi:10.1016/j.clnu.2009.10.004.
- 7 FAO. 2014. Agri-Food Systems for Better Nutrition in Europe and Central Asia.
- 8 Mensink, G.B., Fletcher, R., Gurinovic, M., Huybrechts, I., Lafay, L., Serra-Majem, L., Szponar, L., Tetens, I., Verkaik-Kloosterman, J., Baka, A., Stephen, A.M. 2013. Mapping low intake of micronutrients across Europe. *British Journal of Nutrition*. 2013; 110(4):755-73.
- 9 Novaković, R., Cavelaars, A.E.J.M., Bekkering, G.E., Gurinovic, M., Glibetic M. 2013. Micronutrient intake and status in Central and Eastern Europe compared with other European countries, results from the EURRECA network. *Public Health Nutr*, 2013; 16: 824-840.
- 10 L. Pijls, M. Ashwell, J. Lambert. 2006. EURRECA – a network of excellence to align European micronutrient recommendations. *Food Chemistry*, 113 (2006), pp. 748-753 (www.eurreca.org).
- 11 FAO, OMS. 2006. Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments.
- 12 FAO. 2014. Food and Nutrition in Numbers.
- 13 Wessells, K.R., Brown, K.H. 2012. Estimating the Global Prevalence of Zinc Deficiency: Results Based on Zinc Availability in National Food Supplies and the Prevalence of Stunting. *PLoS ONE* 7(11): e50568. doi:10.1371/journal.pone.0050568.
- 14 OMS. 2013. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?
- 15 Kaganov, B., Caroli, M., Mazur, A., Singhal, A., Vania, A. 2015. Suboptimal Micronutrient Intake among Children in Europe. *Nutrients* 2015, 7, 3524-3535.
- 16 Burchi, F., Fanzo, J., Frison, E. 2011. The role of food and nutrition system approaches in tackling hidden hunger. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8(2), 358-373; doi:10.3390/ijerph8020358
- 17 FAO, CAB Int. 2011. Combating Micronutrient Deficiencies: Food-based Approaches.
- 18 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. *Lancet* 2014; 384: 766-81.
- 19 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Overweight and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. (consulté le 25 juin 2015).
- 20 Ahrens, W., Pigeot, I., Pohlmann, H. et al. 2014. Prevalence of Overweight and obesity in European children below the age of 10. *Int.J.Obesity*, 2014. 38, S99-S107.
- 21 Hawkes, C., Smith, T.G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R.A., Friel, S., Thow, A.M., Kain, J. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet* 2015; 385: 2410-21.

-
- 22 Lim et al. 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 380(9859): 2224-2260.
- 23 Novaković R. Et a. Socio-economic determinants of micronutrient intake and status in Europe: a systematic review. Public Health Nutrition. 2014; 17(5):1031-45.
- 24 Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>).
- 25 Nikolić, M., Glibetić, M., Gurinović, M., Milešević, J., Khokhar, S., Chillo, S., Abaravicius, J. A., Bordoni, A. and Capozzi, F. 2014. Identifying Critical Nutrient Intake in Groups at Risk of Poverty in Europe: The CHANCE Project Approach. Nutrients. 2014 Apr; 6(4): 1374-1393.
- 26 Processor driven integration of small-scale farmers into value chains in Eastern Europe and Central Asia: A synthesis paper
(http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/Europe/documents/Publications/PDI/EECA_en.pdf).
- 27 Agricultural cooperatives in Eurasia
(http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/Europe/documents/Events_2014/ECA2014/ECA_38_14_2_1_en.pdf).
- 28 Document introductif de la Commission européenne d'agriculture sur la protection sociale et la sécurité alimentaire, 2015.
- 29 Panel Mondial sur l'agriculture et les systèmes alimentaires pour la nutrition, 2014.
- 30 Document de la Commission européenne d'agriculture: Ouvrir l'agriculture familiale à l'innovation en Europe et en Asie centrale, 2015.
- 31 FAO. 2012. Stratégie et vision de la FAO pour ses activités en matière de nutrition.
- 32 FAO. 2011. L'état des ressources en terres et en eau pour l'alimentation et l'agriculture dans le monde (SOLAW) – Gérer les systèmes en danger. Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation, Rome et Earthscan, London.
- 33 FAO. 2007. L'état des ressources zoogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture dans le monde, par Barbara Rischkowsky et Dafydd Pilling. Rome.