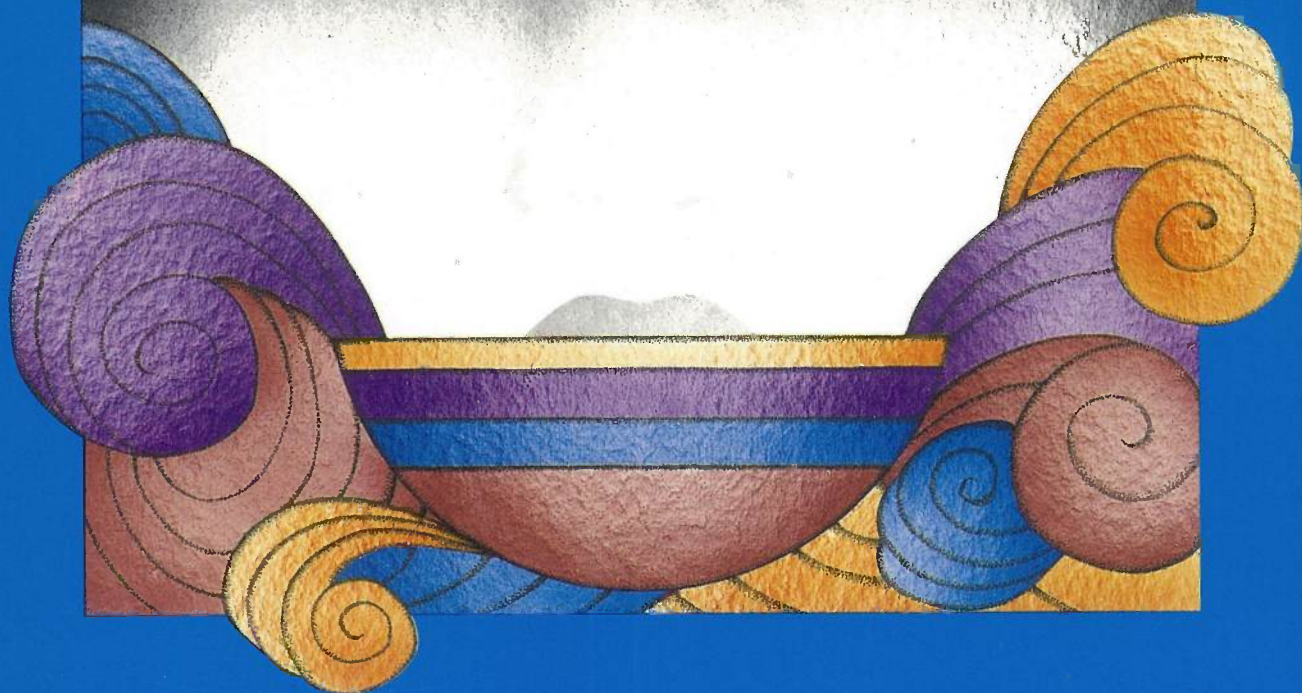




CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION



**Nutrition et développement
- une évaluation d'ensemble -**

1992



CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION

Nutrition et développement – une évaluation d'ensemble –

1992



ORGANISATION DES NATIONS UNIES
POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE



ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

Edition révisée, 1992

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La reproduction d'extraits de cette publication est autorisée, à condition d'en indiquer la source dans les termes suivants: "Extrait de *Conférence internationale sur la nutrition: Nutrition et développement – une évaluation d'ensemble – 1992*".

© FAO et OMS, 1992

Imprimé en Italie

Table des matières

RÉSUMÉ	v
Chapitre premier	
ETENDUE ET IMPORTANCE DES PROBLÈMES DE NUTRITION	1
Ampleur et évolution des problèmes de nutrition	3
Effets de la malnutrition	26
Bibliographie	28
Chapitre deux	
FACTEURS INFLUENÇANT L'ÉTAT NUTRITIONNEL	31
Alimentation et nutrition	34
Santé et nutrition	38
Soins et nutrition	43
Bibliographie	49
Chapitre trois	
POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT ET NUTRITION	51
Croissance économique, politiques macro-économiques et nutrition	54
Politiques agricoles et nutrition	56
Politiques sanitaires et nutrition	59
Politiques en matière d'environnement et nutrition	62
Politiques démographiques, urbanisation et nutrition	66
Environnement économique international et nutrition	70
Bibliographie	74
Chapitre quatre	
POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA NUTRITION	75
Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages	79
Protection du consommateur par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires	84
Prévention des carences spécifiques en micronutriments	87
Promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains	90
Prévention et traitement des maladies infectieuses	95
Prise en charge des groupes défavorisés sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel	98
Evaluation, analyse et surveillance nutritionnelles	103
Bibliographie	110
Chapitre cinq	
RELEVER LE DÉFI DE LA NUTRITION	111
Intégration des considérations nutritionnelles dans les programmes de développement	114
Stratégies d'action	119
Conclusions	131
Bibliographie	132

Tableaux

Tableau 1

Disponibilité énergétique alimentaire par habitant selon la région et la catégorie économique

5

Tableau 2

Estimation de la sous-alimentation chronique dans les pays en développement, par région, en 1969-71, 1979-81 et 1988-90

6

Tableau 3

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, par région

9

Tableau 4

Populations menacées ou affectées par des carences en oligo-éléments

15

Tableau 5

Variation moyenne de différents paramètres entre 1960 et 1965, dans des pays où la mortalité a soit diminué, soit augmenté pendant cette période

19

Tableau 6

Associations entre certaines composantes de l'alimentation, le poids corporel et certains cancers

25

Figures

Figure 1 Evolution de la disponibilité énergétique alimentaire, par région	4
Figure 2 Estimation de la sous-alimentation chronique dans les régions en développement, nombre de personnes sous-alimentées et pourcentage de la population totale	7
Figure 3 Evolution du nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale, par région	10
Figure 4 Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants, par région	10
Figure 5 Mortalité infantile	13
Figure 6 Mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans), en 1991	13
Figure 7 Evolution des taux de mortalité par maladies non transmissibles liées à l'alimentation	17
Figure 8 Mortalité moyenne par maladies non transmissibles liées à l'alimentation	18
Figure 9 Distribution estimative des causes de décès, 1990	20
Figure 10 Prévalence de l'obésité chez les enfants d'âge préscolaire	23

Résumé

1. Eradiquer la faim et la malnutrition – ainsi que les souffrances dont elles s'accompagnent – est à la portée de l'homme. Néanmoins, réaliser cet objectif représente aujourd'hui une tâche tout aussi formidable qu'auparavant. Relever ce défi planétaire exige une adhésion totale et une concertation de la part de toutes les parties concernées: gouvernements, organisations non gouvernementales, communautés locales, secteur privé et communauté internationale, cette dernière comprenant aussi les organisations internationales.

2. Le présent document, intitulé *"Nutrition et développement – une évaluation d'ensemble"*, analyse les dernières informations en date et tient compte de toute une série d'avis d'experts sur les problèmes nutritionnels existant dans le monde. Il s'appuie également sur les conclusions et retombées de l'intense processus de consultation lancé en prévision de la Conférence internationale sur la nutrition (CIN), qui a consisté notamment à réaliser, à l'échelle des pays, des activités axées sur la rédaction de documents de portée nationale et, à l'échelle régionale, une série de huit réunions régionales destinées à préparer la CIN.

3. Le document évalue la nature et l'ampleur des problèmes nutritionnels dans les pays en développement et dans les pays développés. Il analyse en outre les facteurs à l'origine de ces problèmes sous trois angles (alimentation, santé et soins) et examine les politiques et programmes de plus grande portée ayant une incidence sur le bien-être nutritionnel de la population. Enfin, le document envisage plusieurs orientations et stratégies alimentaires possibles à mettre en œuvre, à l'échelon des pays essentiellement, avec l'appui actif de toutes les parties concernées de manière à mettre la sécurité alimentaire et la santé à la portée de tous.

AMPLEUR ET DIMENSION DES PROBLÈMES NUTRITIONNELS

4. La faim et la malnutrition demeurent les principaux fléaux auxquels sont confrontés les pauvres du monde. En dépit de l'amélioration générale constatée en matière de disponibilités alimentaires, de santé et de services sociaux, la faim et la malnutrition subsistent sous une forme ou sous une autre dans presque tous les pays. On ne peut nier la gravité du problème, qui frappe des millions d'être humains. La malnutrition est le lot d'un habitant du monde en développement sur cinq de façon chronique; 192 millions d'enfants souffrent de malnutrition protéino-énergétique et plus de 2 milliards d'êtres humains de carences en oligo-éléments. De plus, des maladies non transmissibles, liées au régime alimentaire (obésité, maladies cardio-vasculaires, le diabète et certaines formes de cancers) sont en passe de devenir – s'ils ne le sont déjà – des problèmes de santé publique dans de nombreux pays.

5. Pour alarmants que soient les chiffres et les tendances, on est cependant parvenu à réduire la prévalence des problèmes nutritionnels et de nombreux pays ont obtenu des résultats remarquables en matière de lutte contre la faim et la malnutrition. Si l'on considère l'ensemble des pays en développement, le nombre et la proportion des personnes souffrant chroniquement de malnutrition ont diminué de façon constante ces vingt dernières années. Alors qu'elles étaient approximativement 941 millions en 1969-71, elles étaient, en 1988-90, 786 millions soit 20 pour cent de la population de ces pays contre 36 pour cent auparavant. Il s'agit maintenant – et cet objectif n'est pas irréaliste – de s'appuyer sur les progrès déjà accomplis pour les améliorer encore.

6. Dans les pays en développement, les apports énergétiques d'origine alimentaire ont continué de croître dans les années 80, moins vite cependant que dans les années 70. Selon les estimations de la FAO, il existait en 1988-90 dans le monde suffisamment de nourriture pour satisfaire les besoins énergétiques de la population mondiale, en supposant que cette nourriture soit répartie en fonction des besoins de chacun. A la fin des années

80, quelque 60 pour cent de la population mondiale vivaient dans des pays dont chaque habitant pouvait disposer de plus de 2 600 calories (Kcal.) par jour. Dans le même temps toutefois, on comptait 11 pays – situés pour la plupart dans l'Afrique subsaharienne et représentant 123 millions d'habitants au total – où les apports énergétiques alimentaires étaient largement insuffisants puisqu'ils se situaient au-dessous de 2000 Kcal. par personne et par jour.

7. La malnutrition protéino-énergétique, mesurée d'après des critères de croissance et d'anthropométrie, reste largement répandue dans le monde, notamment chez les enfants. Au total, quelque 192 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition protéino-énergétique aiguë ou chronique. Cet effectif – qui représente un chiffre moyen – s'est accru pendant les années de pénurie alimentaire qu'ont connues de nombreux pays en développement, de même que pendant les périodes de famine et de troubles civils.

8. Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans d'un poids insuffisant a diminué sur tous les continents au cours des 15 dernières années mais leur nombre reste relativement stable en raison de l'accroissement démographique. C'est en Asie qu'on enregistre le chiffre le plus élevé (155 millions) mais il est en diminution. En Afrique toutefois, le nombre d'enfants d'un poids insuffisant est passé de 20 millions en 1975 à 27 millions en 1990.

9. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a également diminué dans la quasi-totalité des pays en développement ces 15 dernières années. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est lié à leur manque de poids et il est beaucoup plus élevé dans les pays en développement (120 décès pour 1000 naissances d'enfants nés vivants), et notamment dans les pays les moins avancés (200 décès pour 1000 naissances d'enfants nés vivants), que dans les pays développés (20 décès pour 1000 naissances d'enfants nés vivants).

10. Le pourcentage de nourrissons d'un faible poids à la naissance ($\leq$ à 2,5 kg) est un indicateur de dénutrition fœtale due à des problèmes de dénutrition ou d'infection chez la mère. La proportion des naissances d'enfants d'un poids insuffisant à la naissance en 1991 a dépassé 6 pour cent dans les pays développés mais avoisiné 19 pour cent dans les pays en développement avec des maximums en Asie du Sud-Est et en Afrique.

11. Les carences en oligo-éléments les plus répandues sont les carences en fer (plus de 2 milliards de personnes touchées), en iode (plus d'un milliard de personnes exposées) et en vitamine A (40 millions de personnes touchées). Les carences en iode existent dans le monde entier et frappent les populations des régions montagneuses ou inondables, dont les sols en contiennent insuffisamment. On compte dans le monde plus de 200 millions de goitreux, 26 millions de handicapés mentaux et 6 millions de crétins. Les carences en vitamine A existent plus particulièrement dans les régions où la consommation de fruits et de légumes – et parfois l'apport lipidique – sont faibles. Les carences en fer sont répandues et affectent principalement les femmes en âge de procréer, et les jeunes enfants. Dans maints pays en développement, 50 pour cent de la population de ces groupes sont atteints par ces types de carence.

12. Dans certaines régions du monde, beaucoup de gens souffrent de carences en plusieurs autres oligo-éléments tels que zinc, sélénium et autres éléments en traces. Les camps de réfugiés sont encore le théâtre d'épidémies de maladies de carence classiques – béribéri, pellagre et scorbut – dont sont victimes d'autres populations défavorisées tandis qu'un nombre élevé d'enfants souffrent également de rachitisme.

13. La modification des régimes alimentaires et des modes de vie, conjuguée avec l'urbanisation, l'amélioration des revenus et l'allongement de la vie ont provoqué l'apparition de maladies non transmissibles liées aux régimes alimentaires, qui constituent aujourd'hui un grave problème. On peut citer à ce titre l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré (type 2; non insulino-dépendant); certains types de cancer et les caries dentaires. On a pu établir un lien entre ces maladies et certaines habitudes

alimentaires (caractérisées surtout par un apport excessif de nourriture énergétique et de matières grasses – corps gras saturés et cholestérol principalement) et mode de vie (tabagisme, stress et manque d'exercice physique particulièrement) et facteurs héréditaires.

14. Grâce aux efforts lancés en matière d'éducation pour réduire les facteurs de risque, et à l'amélioration des soins médicaux et des tests de dépistage, la prévalence de ces maladies a diminué ces quinze dernières années dans de nombreux pays européens, en Amérique du Nord, au Japon et en Australie. Les statistiques concernant 26 pays développés et 16 pays en développement (appartenant pour la plupart au groupe des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure) indiquent que pour les groupes d'âges 45-54 et 55-64 ans, les taux de mortalité sont quasiment identiques dans les pays développés et dans les pays en développement. S'agissant des plus de 65 ans, le taux de mortalité est plus élevé dans les pays développés mais l'écart se réduit. Dans les pays d'Europe de l'Est et dans plusieurs pays en développement, les taux de mortalité sont en hausse en raison de ces maladies. L'augmentation du taux de mortalité est liée à un degré d'urbanisation élevé et à une augmentation de la consommation d'aliments, en particulier de corps gras, notamment saturés. Selon des indications récentes, il semble qu'une modification des régimes alimentaires et des modes de vie puisse réduire les dommages causés par une occlusion partielle des artères coronaires.

15. L'obésité est étroitement liée aux maladies cardio-vasculaires, y compris l'hypertension et le diabète. L'augmentation de la consommation de sel accélère l'accroissement de la pression sanguine avec l'âge chez certaines populations. Le diabète peut avoir pour origine différents facteurs, parmi lesquels des régimes alimentaires et des modes de vie semblables à ceux qui sont associés à un risque élevé de maladies cardio-vasculaires. Il semble qu'il existe un lien entre le poids à la naissance et le diabète ou les maladies de cœur à un âge plus avancé. On associe la forte consommation de corps gras – notamment saturés – avec une incidence accrue des cancers du côlon, de la prostate et du sein. Les régimes alimentaires comportant d'importants apports d'aliments végétaux, d'amidon, de fibres et de (pro)vitamine A sont généralement associés avec une diminution du nombre des cancers de l'appareil digestif. Il n'a toutefois pas été établi qu'il existait une relation de cause à effet.

16. Les conséquences de la malnutrition sur le bien-être de l'homme et le développement socio-économique sont variées et de longue portée. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, la dénutrition et le ralentissement de la croissance sont associés avec une activité physique réduite, un manque de résistance aux infections, une altération du développement des capacités intellectuelles et cognitives ainsi qu'avec une morbidité et une mortalité accrues. Un faible poids à la naissance – généralement imputable à un problème de malnutrition chez la mère – est associé à une diminution ultérieure de la croissance et une mortalité néonatale et infantile élevée.

17. Une carence en iode, partielle ou grave, pendant la grossesse ou la petite enfance peut entraîner un crétinisme d'origine neurologique ou hypothyroïdienne se traduisant par une surdi-mutité, un défaut de coordination motrice, un ralentissement de la croissance ou de graves désordres mentaux ainsi que des taux accrus d'avortement et de morti-natalité. La carence en vitamine A est la cause la plus commune de cécité infantile évitable. Elle peut aussi entraîner une héméralopie, une perte de résistance aux infections et se traduire par des taux de morbidité et de mortalité accrus face à diverses infections – diarrhéiques et respiratoires notamment – ainsi qu'à la rougeole.

18. Chez la femme, un mauvais état nutritionnel est associé avec une prévalence accrue d'anémies, de problèmes de grossesse et d'accouchement ainsi qu'à une multiplication des cas de retard de la croissance intra-utérine, une insuffisance du poids à la naissance et une hausse de la mortalité périnatale. Chez l'adulte, la sous-alimentation et l'anémie peuvent entraîner des problèmes de santé et de productivité dus au ralentissement de

l'activité physique et intellectuelle qui peuvent peser sur la communauté et freiner le développement national.

FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL

19. L'état nutritionnel est conditionné par toute une série de facteurs, qui peuvent se traduire par des apports d'éléments nutritifs insuffisants ou excessifs ou en empêcher l'utilisation optimale. Les facteurs influant le plus directement sur la nutrition relèvent de trois catégories: alimentation, santé et soins. Chacun d'eux est indispensable à une bonne nutrition et il arrive souvent qu'ils influent les uns sur les autres. Les politiques de développement, bien qu'elles ne soient généralement pas englobées dans le domaine de la nutrition proprement dit, peuvent également affecter le bien-être nutritionnel.

20. Il faut rappeler que la pauvreté est la cause première de la malnutrition. La dénutrition aiguë et chronique et la plupart des carences en oligo-éléments touchent en premier lieu les pauvres et les populations défavorisées, qui ne disposent pas d'aliments adéquats, vivent dans des environnements malsains sans disposer d'eau propre et des services élémentaires et sont privés d'un enseignement et d'une information appropriés. Par ailleurs, la suralimentation et les régimes non équilibrés, qui peuvent conduire à des maladies non transmissibles d'origine alimentaire ne sont pas l'apanage de certains groupes socio-économiques même si, historiquement, elles découlent d'un relèvement du revenu et du niveau de vie.

21. **Alimentation et nutrition.** Le bien-être nutritionnel dépend des rapports entre la teneur en éléments nutritifs des aliments consommés et les besoins. Ces besoins sont déterminés par divers facteurs tels que l'âge, le sexe, la taille, l'activité physique, la croissance, la grossesse et la lactation, les infections et l'efficacité avec laquelle les éléments nutritifs sont utilisés.

22. La stabilité des approvisionnements alimentaires aux échelons national, régional et familial joue un rôle déterminant dans le bien-être nutritionnel. Pour disposer de la sécurité alimentaire, les ménages doivent avoir accès matériellement et économiquement à des aliments dont la quantité, la qualité et la salubrité doivent être satisfaisants. Ils doivent disposer de revenus et de biens suffisants, et de suffisamment de terres, de bonne qualité.

23. Dans les pays en développement, où les deux tiers environ de la population vivent dans des zones rurales, la culture et l'élevage, la pêche et la sylviculture sont des sources directes d'aliments et elles procurent des revenus qui permettent d'acheter de la nourriture. L'augmentation de la production alimentaire pour la consommation familiale ou comme source de revenu contribue à stabiliser les prix des aliments et à améliorer la nutrition. De meilleures structures de commercialisation peuvent aussi favoriser la sécurité alimentaire.

24. Dans les zones urbaines, la pauvreté et de chômage et la mauvaise qualité des logements, des services de santé et de l'enseignement sont autant de facteurs qui conditionnent la nutrition. La part du revenu additionnel consacrée à l'amélioration de la consommation alimentaire et de la protection familiale dépend aussi de facteurs éducatifs et socio-culturels. Lorsque la mère a son mot à dire dans les dépenses du ménage, les enfants sont généralement mieux nourris.

25. Le caractère saisonnier de la production dans les pays en développement influe sur l'accès à la nourriture. La période précédant les récoltes, souvent caractérisée par des pénuries alimentaires, intervient habituellement à un moment où la charge de travail sur les exploitations et l'incidence de maladies infectieuses – malaria et infections diarrhéiques notamment – sont les plus élevées. On constate que les cultures de rente ont plutôt tendance à défavoriser qu'à favoriser l'accès à la nourriture. Pratiques et techniques agricoles peuvent influencer fortement sur la nutrition à travers divers mécanismes tels que la création d'emplois et la formation de revenu, les dépenses d'énergie, l'utilisation du temps et les répercussions sur l'environnement et la santé.

26. L'innocuité et la qualité des aliments ont une grosse influence sur la nutrition. Pour garantir l'innocuité des aliments et le maintien de la qualité de la nourriture pendant les stades de production, de manutention, de transformation et de conditionnement, il faut pouvoir disposer d'un système efficace de contrôle de la qualité des aliments. La contamination microbienne et chimique, y compris par les résidus de pesticides, peut avoir des conséquences graves. Le respect des conditions d'hygiène dans la manutention des aliments – ceux destinés aux nourrissons particulièrement – peut améliorer grandement la salubrité des aliments et la nutrition.

27. **Santé et nutrition.** Diverses infections – en particulier les maladies diarrhéiques et respiratoires, la rougeole, la malaria, les parasitoses intestinales et le SIDA – jouent un grand rôle dans l'état nutritionnel. La double incidence des infections et d'une alimentation inadéquate sur le ralentissement de la croissance chez l'enfant aboutit à un cercle vicieux, à savoir le complexe malnutrition-infection. Les personnes mal nourries sont davantage sujettes à des infections multiples qui, chez elles, revêtent des formes plus graves et durent davantage. Les infections ont elles-mêmes un effet préjudiciable sur l'état nutritionnel dans la mesure où elles altèrent l'appétit et réduisent la consommation de nourriture tout en intensifiant le métabolisme et les pertes d'éléments nutritifs. Les maladies d'origine hydrique et alimentaire posent les problèmes les plus graves. Les carences en oligo-éléments – fer et vitamine A notamment – diminuent la résistance aux infections tandis que les infections et les infestations parasitaires déterminent des carences en oligo-éléments.

28. Il y a lieu d'améliorer les conditions d'hygiène du milieu pour briser le complexe malnutrition-infection. Pour cela, il convient de s'attaquer aux problèmes que posent l'eau contaminée, l'évacuation des déchets humains et ménagers dans des conditions anti-hygiéniques ainsi que les mauvaises conditions d'hygiène alimentaire et corporelle tant dans les foyers que sur les lieux de transformation et de commercialisation de la nourriture.

29. Les services de santé contribuent à l'amélioration du bien-être nutritionnel: la vaccination prévient les maladies; les services curatifs réduisent la durée des épisodes lors des maladies; la réhydratation orale atténue la gravité et les séquelles des maladies diarrhéiques. Des services de santé renforcés permettent de promouvoir plus efficacement l'allaitement au sein, les bonnes méthodes de sevrage et les soins à domicile ainsi que l'alimentation des enfants malades; ils dispensent des soins prénatals, des conseils en matière de nutrition et une assistance pendant l'accouchement; ils assurent une éducation en matière nutritionnelle et conçoivent et appuient des stratégies adaptées pour prévenir les carences en oligo-éléments.

30. Le manque de services de santé ou leur sous-utilisation – notamment au niveau primaire (local) – est une cause de malnutrition, en particulier chez les jeunes enfants. Faute de tels services, il est impossible de prévenir et de soigner efficacement les maladies infectieuses. Le lancement d'initiatives à l'échelon communautaire en matière de soins de santé primaires, par et pour les communautés, contribue à réduire au minimum les risques de dénutrition. La mise en place de services de soins de santé communautaires de ce type dépend du degré de développement des administrations locales, de la décentralisation et du degré d'autogestion des affaires communautaires.

31. Les excès de nourriture et les régimes alimentaires déséquilibrés, qui vont souvent de pair avec des modes de vie peu sains, caractérisés notamment par un manque d'exercice physique, des périodes de stress et un abus d'alcool et de tabac, contribuent également à la détérioration de la santé et favorisent l'apparition de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. On peut citer à ce titre: l'obésité, l'hypertension et les attaques, les troubles cardio-vasculaires, le diabète sucré et certains cancers. Bien qu'elles frappent souvent les populations aisées, ces maladies deviennent fréquentes, parmi tous les groupes de revenu dans les pays industrialisés et parmi les groupes à revenus élevés et moyen, dans les pays en développement.

32. **Soins et nutrition.** Soins constants et saines habitudes alimentaires sont indispensables à une nutrition satisfaisante et à une bonne santé. On constate des cas de malnutrition même dans des ménages qui disposent de quantités et de types de nourriture adéquats et qui ont accès à des services d'hygiène et de santé satisfaisants. S'il est vrai que l'existence de revenus suffisants, l'accroissement des disponibilités alimentaires et le développement des services de santé sont indispensables à l'amélioration de la nutrition, ils ne se traduiront par un mieux-être que si les ménages sont à même d'en bénéficier.

33. A cet égard, les soins revêtent une importance déterminante. Il s'agit de fournir aux foyers et à la communauté le temps, l'attention et l'aide nécessaires pour répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux de l'enfant qui grandit et des autres membres de la famille. Les soins permettent d'utiliser au mieux les ressources humaines, économiques et sociales. A ce titre, l'alimentation de l'enfant revêt une importance particulière. L'allaitement au sein et les bonnes méthodes de sevrage sont indispensables à une bonne nutrition et tout dépend dans ce domaine de la qualité de la nourriture et du soutien affectif fournis par ceux qui dispensent les soins et, en premier lieu, par la mère. L'éducation maternelle constitue en particulier un facteur important.

34. Toutefois, il ne faut pas considérer que les mères sont les seules à dispenser des soins. Les pères, et d'autres, ont aussi un rôle important à jouer et leur volonté ou leur capacité à assurer des soins suffisants à tous les membres de la famille sont indispensables au bien-être nutritionnel. Il faut cependant souligner que, dans de nombreux pays, les types d'aliments consommés, la façon dont ils sont préparés ainsi que la qualité du soutien affectif et de la disponibilité dont bénéficient les jeunes enfants dépendent pour beaucoup de la sérénité avec laquelle la mère peut vaquer à ses occupations et du temps dont elle dispose.

35. Renforcer la cellule familiale de manière à en faire l'unité socio-économique responsable au premier chef du bien-être nutritionnel est essentiel. Pour cela, il faut se demander quels sont les rôles, les connaissances et les motivations des membres de la famille, quel est leur emploi du temps et qui contrôle les revenus et les autres ressources au sein du ménage. Dans de nombreux cas, il y a lieu notamment de veiller à ce que les femmes aient accès aux ressources et à l'éducation dont elles ont besoin pour mieux prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille.

36. A l'échelon communautaire, l'équilibre nutritionnel des groupes vulnérables dépend de la capacité d'organisation et de protection à la fois directe et indirecte de la communauté. Directe parce qu'elle doit évaluer ses propres besoins et décider des mesures à prendre – et indirecte parce qu'elle doit survivre dans un environnement écologiquement ou économiquement hostile. Dans les deux cas, les efforts que doit consentir la communauté pour résoudre ses propres difficultés doivent être encouragés et soutenus. Il faut aussi s'attacher davantage à mettre en place de nouvelles structures de soins communautaires dans la mesure où l'urbanisation et les autres phénomènes sociaux affaiblissent les moyens traditionnels par lesquels la famille ou la communauté dispensaient leur aide. Cette aide est accordée à travers différentes organisations bénévoles et services sociaux. Les autres systèmes consistent notamment en programmes d'alimentation, subventions alimentaires, systèmes de sécurité sociale, etc.

37. Par-delà la capacité des ménages à prendre en charge les membres de la famille, le bien-être nutritionnel des groupes défavorisés et vulnérables peut aussi dépendre de la capacité de la société à les aider et de sa volonté de le faire. Les pauvres, les réfugiés et les personnes déplacées sont des exemples de groupes qui sont tributaires d'une aide extérieure pour pouvoir satisfaire leurs besoins nutritionnels.

POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT ET NUTRITION

38. Les politiques et stratégies nationales de développement peuvent avoir une incidence importante sur l'état nutritionnel des populations. Etant donné que nombre de causes

fondamentales de la malnutrition ne relèvent pas de la nutrition proprement dite, les stratégies gouvernementales les plus efficaces pour la combattre à l'échelon national sont celles qui mettent l'accent sur une croissance équitablement répartie.

39. Les effets des politiques de développement sur la nutrition peuvent être bénéfiques ou préjudiciables. Maximiser les premiers, tant à l'échelon national que dans différents secteurs, peut largement contribuer à améliorer l'état nutritionnel. Par ailleurs, pour que des interventions spécifiques en matière de nutrition atteignent les objectifs voulus, il faut que le contexte des politiques générales de développement et des politiques sectorielles soit favorable. Les premières peuvent influencer sur la nutrition par l'intermédiaire de l'un ou de l'ensemble des différents types de facteurs, à savoir l'alimentation, la santé et les soins.

40. La croissance économique, en augmentant le revenu, peut présenter sur le plan nutrition divers avantages, à la fois directs et indirects. A quelques exceptions près, il existe un lien positif étroit entre le revenu par habitant et les indicateurs de bien-être. Toutefois, la croissance économique n'améliore pas forcément la nutrition. Tout porte à croire que la justice doit constituer, au même titre que la croissance, un élément intégral de toute stratégie du développement. Équité et croissance économique ne sont pas incompatibles; en fait, il est plus facile de réaliser ces deux objectifs lorsqu'on s'efforce de les atteindre parallèlement. Il est indispensable de veiller à ce que les revenus réels des pauvres et des groupes vulnérables augmentent sensiblement en suivant la courbe de la croissance.

41. Les politiques macro-économiques peuvent aussi avoir des effets positifs ou préjudiciables sur les différentes catégories de la population. Ainsi, si ces politiques pénalisent le secteur alimentaire et agricole ou qu'elles se traduisent par des réductions des dépenses de santé, elles peuvent avoir des conséquences sur la nutrition. Dans la plupart des cas, ce sont les pauvres et les personnes vulnérables sur le plan nutritionnel qui supportent de façon disproportionnée le poids des mesures d'ajustement.

42. Il ne s'agit pas de se demander si l'ajustement est nécessaire car, à terme ce sont les pauvres qui pâtiront le plus si les déséquilibres macro-économiques perdurent. Il faut concevoir des "filets de sécurité" procédant parallèlement à des ajustements économiques et sociaux et en ciblant davantage les interventions sur les pauvres. Par ailleurs, il peut être nécessaire de prévoir des programmes (alimentation complémentaire, développement des soins de santé, activités rémunératrices, etc.) pour atténuer les éventuels inconvénients des programmes d'ajustement pour les pauvres.

43. Les politiques agricoles peuvent avoir des effets positifs en matière nutritionnelle si elles se traduisent par une amélioration de la production, de la disponibilité, de la transformation et de la commercialisation des aliments et par des créations d'emplois. Elles peuvent également influencer sur l'utilisation du temps, du travail et de l'énergie, sur les conditions ambiantes et les conditions de vie, sur la valeur nutritive des aliments produits ainsi que sur les rôles des hommes et des femmes, qui, à leur tour, peuvent avoir des effets sur la nutrition. Il convient de bien peser les conséquences des choix entre cultures de rente ou cultures vivrières, et l'effet des nouvelles technologies agricoles.

44. L'utilisation et le développement des aliments traditionnels, l'amélioration de la gestion après la récolte et de l'entreposage des aliments ainsi que le développement des moyens de commercialisation peuvent également influencer favorablement sur la nutrition. Les choix en matière d'accès à la terre et de régime foncier sont d'une grande importance dans de nombreuses régions. Sur le plan de la nutrition, il s'agit de déterminer qui sera touché – et dans quelle mesure – par les différentes orientations prises en matière agricole puis de s'assurer que les pauvres et les mal nourris bénéficient également de ces orientations en en atténuant le plus possible les effets pervers.

45. Dans de nombreuses zones rurales, les principaux problèmes d'ordre nutritionnel sont davantage liés à un manque de travail qu'à une pénurie d'aliments. Il s'agit souvent avant

tout de créer des emplois, tant sur l'exploitation qu'en dehors, au moyen d'activités para-agricoles.

46. Les soins de santé primaires (SSP) sont un moyen universellement employé pour assurer à chacun la santé, bien-être nutritionnel compris. Dans la pratique toutefois, la composante alimentaire et nutritionnelle est souvent le parent pauvre des programmes SSP. Les autres grandes composantes des SSP contribuent elles aussi à améliorer sensiblement la nutrition, notamment par la prévention et la gestion des maladies, de nature infectieuse notamment.

47. Les politiques sanitaires peuvent influencer sur la nutrition de par leur incidence sur l'environnement socioculturel et physique et à travers la qualité et la portée des services de santé. Réduire les inégalités en matière de services de santé et de nutrition – en accordant une attention particulière aux catégories à risques – constitue un aspect important de la politique sanitaire. Mettre en place des programmes de santé à l'échelon des districts et des communautés et accroître le financement des services de santé au niveau local sont des moyens d'améliorer rapidement les conditions nutritionnelles à l'échelon local.

48. Valoriser les ressources humaines nécessaires à l'échelon national et local pour résoudre les problèmes nutritionnels de façon plus efficace est indispensable. Il convient de promouvoir les démarches intersectorielles et communautaires parallèlement tout en renforçant les capacités existantes dans les centres de santé et les hôpitaux. Accroître la capacité de gestion à tous les niveaux et introduire des objectifs en matière de nutrition dans les politiques sanitaires ainsi que des composantes nutritionnelles dans les programmes SSP et à l'échelon des districts constituent des stratégies indispensables.

49. Les politiques de l'environnement doivent concerner les principales sources de transformation du milieu ayant une incidence sur la santé, l'alimentation et la nutrition. Le cadre de vie et l'environnement biologique ont des effets notables sur la santé. La pression démographique dans les pays en développement et le combat quotidien des pauvres pour assurer leur subsistance pèsent très lourdement sur les ressources naturelles nécessaires à la survie de l'humanité.

50. En d'autres termes, les politiques de l'environnement doivent porter sur les aspects suivants: dégradation des sols, érosion, déboisement, surpâturage et autres pratiques condamnables d'utilisation des terres, sources de combustible et d'énergie, protection des habitats, urbanisation, pollution et qualité de l'air, de l'eau et des aliments. Les ressources halieutiques – qu'il s'agisse des mers ou des eaux intérieures – sont aussi menacées. Les problèmes de contamination des aliments et de pollution de l'eau résultant de méthodes de production agricole dangereuses et trop intensives suscitent également de plus en plus de préoccupations dans la plupart des pays.

51. Les mesures à prendre doivent consister notamment à envisager de façon écologiquement durable l'alimentation, la nutrition et la santé, à assurer l'accès des ménages pauvres à des ressources adéquates pour protéger au mieux le milieu ambiant, atténuer les problèmes sanitaires d'origine écologique – et notamment les maladies d'origine alimentaire ou hydrique – promouvoir des modes de vie écologiquement durables qui ne menacent pas la santé et l'environnement et entreprendre des recherches pour la mise au point de systèmes et techniques agricoles durables et écologiquement rationnels.

52. L'accroissement rapide de la population mondiale et l'urbanisation soulèvent de nombreux problèmes. L'accroissement démographique constitue un problème fondamental en ce qui concerne les disponibilités alimentaires dans de nombreux pays en développement, ceux notamment dont les populations sont appelées à doubler dans les 20 ou 25 prochaines années. Une population plus nombreuse signifie davantage de nourriture, de biens, de services et d'emplois. Une politique efficace pour résoudre les problèmes démographiques doit notamment consister à favoriser un développement

économique plus équitable et à assurer un meilleur accès aux systèmes d'enseignement, de santé et de planification familiale.

53. Nombre de politiques démographiques consistent à réduire l'excès de fertilité grâce à des programmes de planification familiale visant à réduire le nombre de naissances par femme ou à espacer les grossesses. L'allaitement au sein – notamment s'il s'agit du seul mode d'alimentation de l'enfant – retarde la reprise de l'ovulation, favorisant ainsi l'espacement des naissances tout en épargnant la santé de la mère. Les services de nutrition, de santé maternelle et infantile et de planification familiale seraient plus efficaces s'ils étaient coordonnés ou intégrés les uns avec les autres.

54. La proportion de la population mondiale vivant dans des zones urbaines est passée de 39 pour cent en 1975 à 43 pour cent en 1990 et devrait atteindre 51 pour cent d'ici l'an 2000. D'une manière générale, les citadins semblent avoir des régimes alimentaires plus variés et un meilleur accès aux services de santé et autres services sociaux et être mieux nourris que les populations rurales. Toutefois, dans de nombreux pays en développement, la rapidité de l'urbanisation a entraîné des difficultés graves sur les plans économique, social et nutritionnel.

55. Les populations urbaines ne sont cependant pas homogènes et beaucoup de groupes vivant dans les villes et à la périphérie sont plus mal nourris que bien des populations rurales. Ils doivent consacrer une part plus élevée de leurs revenus à l'achat d'aliments, souvent de mauvaise qualité. En outre, ils sont plus exposés au chômage.

56. Dans nombre de zones urbaines pauvres et surpeuplées, l'allaitement au sein est souvent pratiqué de moins en moins et surtout de moins en moins longtemps tandis que la généralisation de l'alimentation au biberon et les problèmes d'environnement, y compris les mauvaises conditions de logement, d'alimentation en eau, d'élimination des déchets et d'hygiène alimentaire entraînent une multiplication des maladies diarrhéiques. Il faut s'efforcer d'empêcher la progression des maladies non transmissibles nées de la modification des styles de vie et habitudes alimentaires liés à l'urbanisation.

57. Outre l'augmentation de la population et l'urbanisation, d'autres tendances démographiques ont elles aussi des incidences incontestables sur la nutrition. On constate en particulier une forte augmentation du nombre des personnes âgées (de plus de 65 ans) dans la plupart des pays. On prévoit que, d'ici l'an 2000, 60 pour cent environ des plus de 65 ans vivront dans les pays en développement. Cette évolution influera fortement sur la demande des différents types de services sanitaires et sociaux et le secteur de la santé devra faire face à une fréquence accrue des maladies non transmissibles qui vont de pair avec le vieillissement. Il va de soi qu'il faut promouvoir des régimes alimentaires équilibrés et des modes de vie sains pour prévenir ces maladies.

58. L'environnement économique international conditionne la nutrition à de nombreux titres, notamment parce qu'il influe sur les perspectives de développement et sur l'état des ressources disponibles dans tous les secteurs ayant une relation avec l'alimentation, la santé et les soins. Les obstacles au commerce international sont nombreux et leur élimination peut améliorer les rentrées de devises, la situation de l'emploi et le produit national brut. Toutefois, la levée de ces obstacles ne se traduira pas forcément par des avantages pour chacun et pourra même pénaliser certains secteurs des produits de base qui tirent parti des arrangements commerciaux préférentiels existants.

59. Les politiques agricoles des pays industrialisés – et notamment les mesures de soutien des prix – ont un impact notable sur les cours et les échanges mondiaux. Ils ont également un effet préjudiciable sur les secteurs agricoles des autres pays exportateurs de produits de la terre. Pour les pays à déficit vivrier, elles peuvent avoir des avantages dans l'immédiat mais des inconvénients à plus longue échéance. La libéralisation de ces

politiques peut exercer un rôle général favorable sur la sécurité alimentaire des pays en développement dans leur ensemble.

60. La dette extérieure des pays en développement reste excessivement élevée. En 1990, elle a été supérieure au PNB régional en Afrique subsaharienne. Le ratio service de la dette/exportations se situe toujours à des niveaux records pour les pays en développement considérés comme un ensemble. Il existe aujourd'hui un flux net de ressources, qui a représenté 242 milliards de dollars de 1983 à 1989, des pays en développement vers des pays créditeurs. Plusieurs obstacles extérieurs – pertes de débouchés, par exemple – ont empêché dans une large mesure maints pays en développement d'améliorer leur situation en ce qui concerne la dette. Un rééchelonnement partiel – voire un allègement – de la dette est intervenu récemment, mais son impact général a été limité.

61. L'aide extérieure au développement pourrait avoir des effets bénéfiques sur le plan tant nutritionnel qu'économique. Toutefois, elle est actuellement très faible aujourd'hui par rapport aux besoins de développement et il arrive souvent qu'elle ne soit pas dirigée vers les pays – ou, à l'intérieur de ces pays, aux populations – qui en ont le plus besoin.

POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA NUTRITION

62. Il convient de mettre au point des stratégies et des mesures spécifiques pour améliorer l'état nutritionnel en fonction des besoins et des conditions propres à chaque pays, ainsi que des ressources disponibles. Toutefois, on peut définir des domaines d'action communs en ce qui concerne la protection ou la promotion du bien-être nutritionnel. On peut citer à ce titre les mesures suivantes:

63. **Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages.** L'insécurité des ménages en matière alimentaire a pour cause première la pauvreté. Elle tient en premier lieu à leur incapacité de se procurer suffisamment de nourriture pour toujours assurer à chacun de leurs membres un régime alimentaire adéquat. Elle peut être de nature chronique, saisonnière ou temporaire. Les groupes vulnérables sont notamment les agriculteurs vivant sur des terres marginales, les travailleurs agricoles sans terre ou à temps partiel, les éleveurs de bétail, les petits artisans-pêcheurs et les travailleurs forestiers, ainsi que les pauvres des villes.

64. Pour accéder à la sécurité alimentaire, il faut assurer des approvisionnements vivriers suffisants tant à l'échelon national qu'au niveau des ménages; parvenir à les stabiliser sur l'année et d'une année sur l'autre; et s'assurer que chaque ménage a accès à la nourriture en produisant ou en achetant les aliments dont il a besoin.

65. Il faut choisir les mesures destinées à assurer la sécurité alimentaire en fonction des problèmes particuliers du pays considéré, de la nature des groupes vulnérables, des ressources disponibles et de ses capacités en ce qui concerne les infrastructures et les institutions.

66. Néanmoins, les stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire des ménages consistent en général à adopter des stratégies globales de développement et des politiques macro-économiques capables de créer les conditions d'une croissance équitable; accélérer la croissance du secteur vivrier et agricole et promouvoir le développement rural en privilégiant la satisfaction des besoins des pauvres; améliorer l'accès à la terre et aux autres ressources naturelles; fournir du crédit aux ménages défavorisés; créer des emplois; améliorer les mécanismes de transfert des revenus; stabiliser les approvisionnements vivriers; améliorer la planification des moyens d'intervention en cas d'urgence; accroître l'aide alimentaire et renforcer les mécanismes de protection des ménages.

67. **Protection du consommateur par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires.** Pour assurer une bonne nutrition, il est indispensable de renforcer les systèmes permettant de contrôler l'innocuité et la qualité des aliments,

promouvoir de bonnes méthodes de fabrication et apprendre à ceux qui vendent ou consomment des aliments les méthodes appropriées de manutention. Outre qu'elles protègent les consommateurs, des mesures adéquates de contrôle des aliments réduisent les pertes de nourriture et peuvent stimuler des échanges mondiaux de produits alimentaires et, partant, favoriser la création d'emplois, l'amélioration des revenus et le bien-être nutritionnel.

68. Assurer la qualité et l'innocuité des aliments de sorte que la population puisse choisir un régime alimentaire sain suppose que l'on se dote d'une législation, d'une réglementation et d'un ensemble de normes; que l'on organise un système d'inspection efficace; et que ceux qui fabriquent et transforment les aliments jouent le jeu. Il convient de mettre en place un système national de surveillance des maladies d'origine alimentaire et de contrôle des agents de contamination.

69. Les gouvernements peuvent recommander aux consommateurs et à l'industrie alimentaire des méthodes de production agricole, de fabrication et de manutention appropriées ainsi que des mesures visant à réduire les gaspillages et à éviter la contamination. Il faut éduquer l'industrie et les consommateurs pour les informer des textes et des normes en vigueur. Il convient d'adopter une réglementation en matière d'étiquetage sur les plans alimentaire et nutritionnel ainsi que des directives en matière de publicité pour aider le consommateur à décider en meilleure connaissance de cause. Il faut introduire des notions de qualité et d'innocuité dans les autres programmes publics en matière de nutrition.

70. Les pays à faible revenu devraient commencer à se doter de la capacité institutionnelle nécessaire pour mettre en œuvre des programmes généraux concernant la qualité des aliments. Il faut souligner le rôle important que la qualité et l'innocuité des aliments peuvent jouer pour améliorer l'accès à la nourriture. Organisations internationales et pays disposant déjà de moyens dans ce domaine peuvent aider les autres pays à mettre en place des infrastructures visant à assurer un contrôle adéquat des aliments et à concevoir une législation et des mécanismes d'application. Dans les zones urbaines, il faut renforcer les procédures de contrôle des aliments pour faire respecter les règles élémentaires d'hygiène lors de la préparation des aliments. Les infrastructures sont nécessaires pour fournir de l'eau de bonne qualité et assurer un minimum d'assainissement tant aux particuliers qu'aux commerçants et aux industriels.

71. Le rôle de l'industrie en ce qui concerne la qualité et l'innocuité des aliments couvre tous les secteurs: depuis la production agricole jusqu'aux points de consommation. Les pratiques agricoles judicieuses consistent notamment à utiliser à bon escient, avant la récolte, des pesticides, des engrais et des médicaments pour animaux et à contrôler, après la récolte, le stockage, l'utilisation des produits chimiques, les méthodes de manutention ainsi qu'à prévoir de bons moyens de transport.

72. Les organisations internationales peuvent fournir des conseils et une assistance technique spécialisée pour le renforcement des programmes concernant la qualité et l'innocuité des aliments, y compris l'utilisation à bon escient d'additifs alimentaires et le contrôle des différents agents de contamination. Les pays membres bénéficient de conseils pour la mise au point d'une législation et d'une réglementation, du type de celles conçues par la Commission du Codex Alimentarius (Codex), organe subsidiaire FAO/OMS. Les normes internationales protègent la santé des consommateurs et garantissent des pratiques commerciales loyales. Normes et codes d'usages devraient s'inscrire dans des systèmes nationaux et internationaux de sécurité alimentaire destinés à garantir l'innocuité des aliments.

73. **Prévention des carences spécifiques en micronutriments.** La quasi-élimination des carences en iode et vitamine A et la diminution sensible des carences en fer au cours des années 90 sont des objectifs réalisables si des efforts concertés sont entrepris très rapidement. Il convient de formuler et de mettre en œuvre dans le cadre de plans

nationaux d'amélioration de la nutrition des stratégies et des activités pour tenter d'éliminer des carences spécifiques en micronutriments.

74. Il s'agit à la base d'améliorer la diversité des régimes alimentaires en encourageant la production et la consommation d'aliments riches en oligo-éléments. Dans les zones rurales et urbaines, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'approvisionnement direct des ménages en aliments de ce type. En planifiant la production alimentaire et agricole, on peut rendre plus disponibles les aliments riches en oligo-éléments et en mettant en place des programmes ciblés d'éducation en matière de nutrition, encourager la consommation de ces aliments.

75. On peut doubler cette démarche par une politique d'enrichissement des produits alimentaires consistant à ajouter dans les aliments ordinaires des oligo-éléments, notamment de l'iode, de la vitamine A et du fer. Dans les pays en développement, les principaux problèmes que pose l'enrichissement des produits alimentaires sont le coût de l'opération et les moyens de mise en œuvre. En effet, il est difficile d'enrichir des produits alimentaires quand la structure de production est caractérisée par un nombre élevé de petits producteurs. D'autre part, il faut adopter une législation appropriée et la faire respecter.

76. Une troisième démarche consiste à compléter l'alimentation au moyen d'huile iodée (absorbée oralement ou par injection), de vitamine A (absorbée en capsules fortement dosées ou à l'aide d'appareils pour ingestion par voie orale) et de fer médicinal. La formule peut être efficace à court terme lorsqu'elle permet d'atteindre les groupes cibles mais sa mise en œuvre est rarement systématique et le taux de couverture peut être limité. Fréquemment, les groupes cibles (femmes enceintes et enfants, par exemple) diffèrent en fonction des oligo-éléments et il peut exister des obstacles de type opérationnel. L'alimentation complémentaire ne doit être considérée que comme une mesure temporaire, une solution d'attente avant l'application de solutions à plus longue échéance.

77. Une quatrième démarche, qui consiste à adopter des mesures et une législation en matière de santé publique, s'impose lorsqu'il faut résoudre des problèmes essentiels de la qualité de l'eau, d'assainissement ou d'hygiène alimentaire et favoriser la mise en place de moyens élémentaires: programmes de vaccination, lutte contre les maladies endémiques, santé maternelle et infantile (SMI), soins de santé primaires (SSP) et éducation et information en matière de santé.

78. **Promotion de régimes alimentaires adaptés et de modes de vie sains.** Le public doit disposer d'informations précises sur la façon de satisfaire ses besoins en matière nutritionnelle. Les stratégies visant à promouvoir des régimes sains motivent la population et lui offre la possibilité de changer de comportement tout en tenant compte des préférences, des modes de vie et des emplois du temps de chacun. Promouvoir les régimes alimentaires et les modes de vie sains supposent que l'on éduque le public et qu'on lui prodigue des conseils diététiques; que l'on forme des spécialistes dans les secteurs de la santé et de l'agriculture; que l'on émette des directives à l'intention des points de consommation; et que l'on obtienne la participation des groupes de consommateurs et de l'industrie alimentaire. On a pu constater que ces efforts de promotion s'accompagnaient d'un recul des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire. Promouvoir des régimes alimentaires sains peut également influencer sur l'agriculture, les orientations industrielles et sociales et les échanges internationaux.

79. Certains pays ont émis des directives en matière diététique et recommandé des allocations alimentaires à l'intention de la population. Les directives à l'adresse du public contiennent des conseils concernant la sélection de régimes alimentaires équilibrés et encouragent certains comportements propres à promouvoir la santé, en tenant compte des caractéristiques des différents groupes en ce qui concerne l'approvisionnement alimentaire, l'environnement et les caractéristiques économiques et socio-culturelles. Un Groupe de travail de l'OMS (1990) a recommandé que des objectifs de nutrition de la population

soient adoptés en tant qu'instruments généraux de planification. La Commission du Codex Alimentarius FAO/OMS a mis au point, à l'intention des gouvernements, des directives concernant l'indication des étiquettes de la valeur nutritive des produits.

80. D'une manière générale, l'éducation nutritionnelle se révèle plus efficace lorsqu'elle a pour objectif de modifier les comportements que quand elle vise à diffuser des informations. Les stratégies d'apprentissage social, de marketing social et d'éducation par le jeu destinées à renforcer le public ont permis d'améliorer l'état nutritionnel des groupes à faible revenu notamment. Les messages varient en fonction des différences de modes de vie et de cultures, et selon que les intéressés ont accès à des aliments naturels ou transformés. La communication sur la nutrition tient bien la comparaison avec les autres types d'interventions nutritionnelles pour ce qui est du rapport coût-efficacité. Il est indispensable de poursuivre des programmes de communication dans le domaine de la nutrition pour favoriser des changements d'attitude bénéfiques.

81. Dispenser une formation théorique en cours d'emploi aux professionnels de la santé, enseignants, vulgarisateurs et autres agents des communautés pour en faire de bons communicateurs constitue une composante essentielle des stratégies générales visant à améliorer la promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains. L'éducation sanitaire à l'école peut avoir des effets bénéfiques sur l'ensemble de la famille. Programmes scolaires et matériel didactique, préparation des enseignants, modification de l'environnement scolaire et coopération entre établissements, parents et services sanitaires et sociaux locaux sont autant d'éléments indispensables qui conditionnent l'éducation en matière nutritionnelle.

82. **Prévention et traitement des maladies infectieuses.** Prévenir les infections et gérer les maladies infectieuses suppose qu'on en limite la fréquence, la durée et la gravité. Les domaines prioritaires d'intervention sont notamment: l'éducation sanitaire, l'hygiène du milieu, la vaccination, les soins curatifs, le contrôle et la promotion de la croissance, ainsi que les soins de santé primaires.

83. Un traitement curatif précoce et adéquat des maladies infectieuses peut avoir un important effet sur l'état nutritionnel. On peut citer à ce titre l'exemple d'une expérience très réussie: le traitement de la diarrhée par réhydratation orale, aujourd'hui largement accepté et pratiqué. Une nourriture adéquate pendant et après les épisodes diarrhéiques limite l'impact de la diarrhée sur l'état nutritionnel et favorise un prompt rétablissement. Le traitement curatif, à domicile ou dans des dispensaires, d'infections respiratoires aiguës, de la diarrhée, de la malaria et des maladies infantiles et parasitaires aident à prévenir la malnutrition. La disponibilité de médicaments indispensables conditionne l'utilisation des services sanitaires et leur aptitude à abréger les épisodes des maladies et améliorer l'état nutritionnel.

84. Les programmes portant sur des aspects de l'hygiène du milieu tels que la salubrité de l'eau, l'élimination des déchets humains et urbains et l'accès au logement peuvent réduire sensiblement la morbidité imputable à des maladies infectieuses transmises par l'eau ou les matières fécales. Les maladies transmises par les aliments sont répandues et doivent être enrayerées car elles sont souvent à l'origine de diarrhées, de même que de nombreuses autres infections dues à des bactéries, des virus, des mycotoxines et des parasites.

85. La proportion des populations vaccinées a augmenté régulièrement dans la plupart des pays en développement ces dix dernières années et on estime qu'elle augmentera encore, dépassant 70 pour cent, dans les années 90. La possibilité de peser et de vacciner au cours de la même visite les enfants présentés dans les dispensaires limiterait d'autant les risques en cas de perte de contact.

86. Détecter très tôt les problèmes de croissance chez les nourrissons et les jeunes enfants et promouvoir leur croissance, sont des moyens importants de briser le cercle

malnutrition-infection. Nombre de pays ont conçu des programmes de contrôle de la croissance sur des bases communautaires ainsi que des programmes de promotion, souvent dans le cadre d'une intervention menée en coopération par les communautés, les services de santé publics et les organisations non gouvernementales.

87. L'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé conditionnent dans une large mesure leur utilisation à bon escient par les populations et détermine la capacité de celles-ci à changer de comportement pour améliorer leur état de santé. L'extension des services de SMI, notamment dans les zones reculées ou sous-équipées, peut largement contribuer à atténuer les cas d'infection et de malnutrition. Soins de santé primaires ou soins de santé dispensés par les collectivités sont un moyen essentiel de répondre aux besoins de la communauté dans ce domaine et d'assurer la participation active de ses membres à la planification et à la mise en œuvre de leurs propres soins, en suscitant une prise de conscience des problèmes de santé, en mobilisant la communauté et en prévenant les infections grâce à une modification de l'environnement et des habitudes sanitaires néfastes.

88. Les programmes sanitaires destinés à prévenir les infections tropicales et les infestations par la vaccination et le contrôle des vecteurs peuvent influencer positivement sur la nutrition. En outre, il y a lieu de prendre des précautions pour veiller à ce que les activités menées ou prévues en matière de développement ne créent pas de nouveaux problèmes nutritionnels ou sanitaires.

89. ***Prise en charge des personnes défavorisées sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel.*** Il faut concevoir des mesures pour améliorer la protection des personnes vulnérables sur le plan nutritionnel: nourrissons, jeunes enfants, mères, handicapés et personnes âgées. Ces mesures doivent renforcer les capacités de la famille en tant qu'unité socio-économique dispensatrice de soins. Prodiger à ces catégories, ainsi qu'aux réfugiés et aux personnes déplacées, les soins nécessaires suppose souvent un renforcement des moyens et des institutions communautaires aux niveaux national et international.

90. Le premier type de soins requis concerne les soins donnés aux enfants et porte avant tout sur l'allaitement au sein, dont les avantages sur les plans psychologique, social et biologique sont certains. Il convient de concevoir et d'appliquer des programmes nationaux de protection et promotion de l'allaitement au sein. Ayant constaté les inconvénients possibles des maternités, on a lancé des projets pour concevoir des méthodes et programmes de formation hospitaliers respectueux de l'enfant.

91. Le sevrage commence avec l'introduction graduelle d'une alimentation de complément adaptée à la capacité digestive du nourrisson ainsi qu'aux habitudes alimentaires et aux traditions culturelles locales. Il faut alimenter fréquemment l'enfant avec de la nourriture très énergétique correspondant à ses besoins. Il faut souligner combien il importe que la mère ou l'autre personne prodiguant les soins continuent de protéger et de nourrir l'enfant, notamment pendant les épisodes d'infection et tout au long de la deuxième année en général.

92. Dans de nombreux foyers, ce sont les femmes qui sont les principales dispensatrices de soins et leurs capacités dans ce domaine dépendent en grande partie de leur santé, de leur degré d'éducation, du temps dont elles disposent, de leur énergie, ainsi que de la mesure dans laquelle elles peuvent contrôler les ressources du foyer et les utiliser efficacement. En leur permettant d'avoir accès à des services sanitaires et autres, on améliore la santé physique et mentale des mères. Il faut diffuser à grande échelle des conseils diététiques à l'intention des femmes enceintes ou allaitantes. Encourager les parents à espacer les grossesses est bénéfique tant pour la mère que pour les enfants. A cet égard, on peut souligner les avantages de l'allaitement au sein.

93. Eduquer et alphabétiser les mères permet d'améliorer les compétences et connaissances nécessaires pour protéger l'enfant comme il se doit et aider les parents à mieux organiser l'utilisation de leur temps et de leurs ressources. Il faut contribuer à un meilleur équilibre entre le temps passé à prodiguer les soins à la famille et le temps consacré à travailler en dehors de la maison, en favorisant par exemple un partage des responsabilités entre les membres de la famille concernant ces deux types d'activités. Mieux alphabétiser et éduquer les pères peut aussi permettre d'améliorer leur contribution au bien-être nutritionnel des enfants.
94. Les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population de nombreux pays et leur appauvrissement progressif dans certains d'entre eux accroît les risques de carences nutritionnelles. D'une manière générale, elles pensent s'appuyer sur les structures familiales de type traditionnel existant dans nombre de sociétés mais celles-ci se fragilisent. Il peut être nécessaire de concevoir des programmes spécifiques pour résoudre les problèmes nutritionnels des personnes âgées, comportant par exemple la fourniture de denrées alimentaires ou de plats tout préparés. L'objectif des stratégies concernant la protection des handicapés doit être de supprimer la dépendance en mettant l'accent sur la formation professionnelle et l'acquisition de compétences. Il faut promouvoir les organisations familiales et communautaires qui aident les handicapés à assumer leur handicap.
95. Les systèmes traditionnels de protection peuvent être très efficaces dans la mesure où ils réduisent la charge de travail, assurent une assistance sur le plan économique, améliorent les connaissances et fournissent un appui psychologique. L'appui de la communauté à travers la création de centres de soins pour enfants, groupes de travail, coopératives ou réseaux spontanés joue un rôle essentiel en ce qui concerne la répartition des tâches.
96. A l'échelon national, il faut concevoir des techniques appropriées et de meilleures infrastructures pour alléger l'emploi du temps et les efforts exigés des femmes. Il faut renforcer les droits de la femme en matière de propriété et de revenu grâce à une législation appropriée et faire bénéficier les femmes de la sécurité sociale dans toute la mesure possible.
97. Des stratégies internationales d'assistance sont appliquées quand des réfugiés traversent des frontières et que des organisations internationales interviennent pour les protéger. Réfugiés et personnes déplacées ont besoin de ressources pour faire face au dénuement, satisfaire leurs besoins élémentaires et accéder à l'autosuffisance.
98. ***Evaluation, analyse et surveillance nutritionnelles.*** L'état nutritionnel dépend de tout un ensemble de conditions socio-économiques et il est un indicateur précis du degré général de développement du groupe considéré. Des informations sur la nutrition sont indispensables pour choisir et mettre en œuvre des orientations et des programmes efficaces visant à améliorer le bien-être nutritionnel des populations. Pour être utiles, ces informations doivent être fournies aux responsables concernés en temps opportun et sous une forme claire.
99. Il faut disposer d'informations sur la nutrition pour plusieurs raisons: identifier les problèmes nutritionnels chroniques et en déterminer les causes; prévoir et détecter les problèmes nutritionnels immédiats ou aigus; cibler les groupes pour lesquels il faut entreprendre une intervention d'urgence immédiate ou concevoir une politique et un programme s'inscrivant davantage dans la durée; suivre l'évolution et évaluer l'impact des interventions et des programmes de développement.
100. Les efforts pour apprécier et suivre l'état nutritionnel et autres éléments connexes utiles doivent présenter un rapport coût-efficacité acceptable, être entrepris en temps opportun et viser des objectifs spécifiques comme l'établissement de plans de développement et de choix budgétaires. Lorsqu'on conçoit des mécanismes de collecte,

d'analyse et de notification des données, il convient de respecter deux principes simples mais fondamentaux: i) l'information n'est utile que si elle est utilisée et ii) les ressources consacrées à la collecte et à l'analyse des données doivent être comparées aux ressources plus élevées encore nécessaires en cas d'intervention.

101. D'une manière générale, le moyen le plus pratique de contrôler l'état nutritionnel consiste à ne retenir qu'un nombre minimum d'indicateurs se prêtant à une évaluation régulière. Le nombre d'enfants d'âge préscolaire présentant une insuffisance pondérale est le critère de sous-alimentation le plus couramment retenu. Il est utile de procéder à une analyse par circonscription administrative, type de zone (urbaine ou rurale), ou zone écologique et, éventuellement, en fonction de certains critères socio-économiques tels que les sources de revenu et l'accès aux services et programmes.

102. En cas de crises alimentaires, les ressources nécessaires aux travaux publics et à la distribution de vivres doivent être engagées dans les délais voulus. Souvent, les principaux indicateurs d'alerte rapide sont fondés sur des prévisions en matière de disponibilités alimentaires et de prix des aliments. Ce qui s'est passé dans plusieurs pays, dont le Botswana, l'Inde et l'Indonésie, montre qu'on peut surmonter les crises alimentaires si l'on dispose des informations appropriées en temps utiles.

103. S'il peut être difficile d'apprécier le degré de sécurité alimentaire de certains ménages, suivre l'évolution des prix des vivres est relativement simple et peut être un indicateur utile dans de nombreux systèmes nationaux d'alerte rapide.

104. Le contrôle des maladies infectieuses peut être assuré à l'échelon communautaire par l'intermédiaire du système de santé ou des services de SSP. Il faut aussi évaluer les habitudes en matière d'allaitement au sein, d'alimentation des nourrissons et de sevrage.

105. Suivre les modes d'alimentation et l'évolution des maladies peut être un bon moyen de contrôler les maladies chroniques liées au régime alimentaire. Les tendances souvent évaluées à l'échelon national à partir des données des bilans alimentaires portent sur l'apport énergétique total et le pourcentage d'énergie obtenu avec des matières grasses et avec des corps gras d'origine animale.

106. Il faut aussi disposer d'informations sur la mise en œuvre et le rapport coût/efficacité des programmes axés sur des problèmes nutritionnels particuliers ou ciblés sur un groupe ou une aire géographique spécifiques. Pour suivre l'état nutritionnel, il est indispensable de disposer de moyens institutionnels adéquats. Beaucoup de pays n'en sont encore qu'à mettre en place des systèmes d'information sur la nutrition, généralement à partir de données sur la sous-alimentation des enfants. En faisant appel à des sources et à des systèmes d'information déjà bien établis, il est souvent possible de mettre en place un mécanisme polyvalent en fonction des priorités et ressources du pays considéré.

107. L'évaluation de la sécurité alimentaire à l'échelle mondiale comporte un double objectif: préconiser l'allocation de ressources à la lutte contre la faim et la malnutrition et alerter les donateurs en cas de crise alimentaire imminente. Ce type d'évaluation s'appuie sur diverses sources dont les bilans alimentaires et le Système mondial d'information et d'alerte rapide (SMIAR) de la FAO. Des projets internationaux de suivi de la situation sanitaire auxquels participent différents pays sont actuellement réalisés par l'intermédiaire de l'OMS. L'un de ces projets – le Réseau mondial de contrôle et de prévention des maladies cardio-vasculaires – est actuellement étendu à plusieurs pays en développement. L'OMS a également mis en place la Banque de données mondiale sur l'anthropométrie nutritionnelle et la Banque de données mondiale sur l'analyse des tendances en matière nutritionnelle.

RELEVER LE DÉFI DE LA NUTRITION

108. La formulation de stratégies en vue de relever le défi de la nutrition passe en premier lieu par une perception claire de la nature et de l'ampleur des problèmes nutritionnels ainsi que des facteurs et orientations qui les déterminent. Il faut en outre garder à l'esprit les principes fondamentaux des politiques visant à améliorer le bien-être nutritionnel et le rôle que peuvent jouer gouvernements, organisations gouvernementales et communautés locales, secteur privé et communauté internationale – organisations internationales comprises.

109. On peut définir un ensemble de principes concernant la prise en compte de la nutrition dans les plans de développement nationaux. Ces principes sont notamment les suivants: adopter des politiques de développement économique et social durables en mettant l'accent sur la croissance dans la justice; favoriser la participation des communautés locales; renforcer les capacités techniques et administratives tant à l'échelon des collectivités qu'aux échelons intermédiaires de l'administration; privilégier la valorisation et la formation des ressources humaines; améliorer la situation des femmes; encourager les liens intersectoriels et le partenariat entre les organisations; introduire des objectifs en matière nutritionnelle dans les orientations et les programmes sectoriels; renforcer le rôle et l'éducation des consommateurs; obtenir l'adhésion des gouvernements et de la communauté internationale.

110. L'objectif doit consister à agir dans trois grandes directions:

- introduire des objectifs et des mesures en matière de nutrition dans les plans de développement nationaux sectoriels et intégrés et prévoir les ressources humaines et financières nécessaires de façon à réaliser ces objectifs;
- réaliser des interventions spécifiques axées sur des problèmes ou des groupes particuliers;
- lancer des activités de type communautaire ayant pour objet l'évaluation des problèmes nutritionnels et l'adoption de mesures appropriées.

111. Pour relever le défi de la nutrition, des entités publiques et privées diverses doivent assumer les rôles et responsabilités complémentaires, décrits brièvement ci-après.

112. Les gouvernements doivent intervenir au premier chef dans le règlement des problèmes nutritionnels. Toutefois, tout en assumant une responsabilité directe sur certains plans, ils doivent encourager les entités concernées à agir dans les autres domaines en leur facilitant la tâche. L'Etat doit surtout intervenir dans les activités sectorielles – notamment dans les domaines de l'agriculture, de la santé, de l'éducation et de la protection sociale. Les ministères pourraient procéder à une analyse des incidences sur la nutrition de leurs politiques, programmes et projets. La coopération intersectorielle – en particulier entre la santé et l'agriculture – est importante dans certains domaines et il y a encore beaucoup à faire pour la renforcer. Chaque pays doit évaluer son expérience et ses mécanismes en matière de coopération intersectorielle et les renforcer si nécessaire en fonction de ses besoins et ressources.

113. Les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle important à l'échelon local en lançant des activités novatrices. Elles doivent s'efforcer de parvenir à une intégration complète dans le système national et envisager de répéter les activités et d'en élargir l'impact. Les organisations de consommateurs peuvent établir un dialogue avec les représentants de l'industrie alimentaire et des réseaux de distribution.

114. L'entreprise privée peut jouer un rôle important en matière de nutrition, surtout si l'on considère que l'essentiel de la production vivrière et agricole est le fait de petits exploitants

privés. La petite industrie, rurale entre autres, joue aussi un rôle important, notamment en assurant une transformation des aliments dans de bonnes conditions, en garantissant la qualité et l'innocuité des denrées et en produisant des aliments nutritifs. La contribution de l'industrie privée à la recherche sur la nutrition est également substantielle.

115. La législation sur la qualité et la sécurité des produits alimentaires ainsi que sur l'étiquetage, la commercialisation et la promotion des aliments relève de l'Etat mais son application et son contrôle sont avant tout du ressort du secteur privé et du consommateur. Un dialogue entre tous les partenaires – notamment le gouvernement, les consommateurs et l'industrie privée – est indispensable et des améliorations durables ne seront possibles que si ces partenaires coopèrent.

116. La communauté internationale peut soutenir les efforts menés à l'échelon national par l'intermédiaire des organisations internationales et bilatérales. Nombre d'organismes des Nations Unies traitent des problèmes de nutrition, soit directement, soit dans le cadre de leurs activités générales. On peut citer à ce titre la FAO, le FISE, l'OMS et la Banque mondiale, qui comptent toutes des divisions ou des services s'occupant de nutrition. Dans nombre d'autres organisations, il existe au moins un conseiller à temps complet. Les institutions des Nations Unies concernées font partie du Sous-Comité de la nutrition du Comité administratif de coordination (CAC/SCN). Les contributions financières et techniques globales des organisations bilatérales sont substantielles et plusieurs d'entre elles disposent de conseillers en nutrition, dont certains participent activement au CAC/SCN.

117. Un appui à la recherche internationale sur la nutrition est assuré dans les domaines de l'agriculture et de la santé. Le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI) apporte son soutien à 18 centres internationaux répartis à travers le monde, qui ont largement contribué au développement de la recherche agronomique au moyen d'activités comportant souvent une composante nutrition non négligeable. Même si l'appui à la recherche sur la nutrition est relativement moindre dans le secteur de la santé, un réseau actif d'instituts de recherche existe dans toutes les régions.

118. Pour relever le défi de la nutrition, il faut valoriser les ressources humaines. A l'échelon national, il faut disposer de spécialistes qui puissent apporter leurs conseils en ce qui concerne la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes nationaux. La formation doit être axée sur les problèmes et tournée vers l'action. Il y a lieu de renforcer les institutions nationales de formation dans tous les pays. Il est impératif de mettre en place des moyens d'analyse et d'action en matière nutritionnelle à l'échelon des districts, qui ne disposent généralement d'aucun personnel spécialisé dans la nutrition. Il convient en outre de renforcer la capacité des responsables des communautés à évaluer l'état nutritionnel et à concevoir des mesures pour l'améliorer.

119. Il existe aujourd'hui, en profitant d'un climat favorable à la démocratie directe, une occasion unique de développer les initiatives à l'échelon communautaire avec soutien sectoriel et intersectoriel, à l'échelle du district et au-dessus. Le défi est de taille mais il peut être relevé si les communautés locales, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et le secteur privé s'engagent ensemble et concertent leur action à l'échelle mondiale. Il est impératif d'attirer l'attention des planificateurs et des responsables sur l'état nutritionnel, qui est l'un des principaux indicateurs du développement, de sorte que l'amélioration du bien-être de l'homme figure parmi les objectifs principaux du processus de développement. Il est indispensable de lancer des initiatives à l'échelon national et d'engager des ressources pour formuler et mettre en œuvre des politiques et des programmes dans les pays. La communauté internationale peut apporter à ce titre une contribution essentielle en appliquant des mesures cohérentes correspondant aux besoins et priorités des pays. En coopération avec les Etats, les organisations internationales devront jouer un rôle de catalyseur, de promotion et de soutien afin d'encourager les efforts entrepris à l'échelon national pour permettre aux populations d'accéder au bien-être sur le plan nutritionnel.

Chapitre premier

Etendue et importance des problèmes de nutrition

Ampleur et évolution des problèmes de nutrition

1. La faim et la malnutrition sont toujours les plus graves des fléaux que subissent la majorité des pauvres du monde. Malgré l'amélioration générale de l'approvisionnement alimentaire, de l'état de santé et de la disponibilité des services éducatifs et sociaux partout dans le monde, la malnutrition, sous ses diverses formes, existe encore dans presque tous les pays. Il est impossible de mesurer exactement le nombre total de personnes souffrant de malnutrition, mais d'après les dernières données disponibles, quelque 20 pour cent de la population des pays en développement, soit plus de 780 millions de personnes, sont sous-alimentés et plus de 192 millions d'enfants souffrent de carences protéino-énergétiques. Une population bien plus grande encore, estimée à quelque 2 milliards de personnes, est affectée ou menacée par diverses carences en oligo-éléments. En outre, des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation, comme l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers, commencent à constituer un problème de santé publique dans la majorité des pays.

2. L'insuffisance de l'apport alimentaire est une des principales causes de la malnutrition, mais ce n'est pas la seule. Des maladies infectieuses, des parasitoses et des facteurs liés au mode de vie se combinent souvent avec un apport alimentaire insuffisant ou déséquilibré pour produire divers syndromes: perte de poids ou déficit pondéral, retard de croissance, anémie, difficultés d'apprentissage, niveaux d'activité et capacité de travail réduits, vulnérabilité accrue à d'autres maladies, cécité et autres maladies chroniques. Pour les individus et les ménages affectés, les conséquences de cette malnutrition sont graves. Outre les souffrances humaines, elle implique une perte de potentiel humain qui a un prix social et économique qu'aucun pays ne peut se permettre de payer. Nous reviendrons plus loin dans ce chapitre sur les conséquences et les coûts de la malnutrition.

3. On dispose de divers indicateurs pour évaluer les situations alimentaires et nutritionnelles: indicateurs de la disponibilité, de l'accessibilité et de la consommation d'aliments, indicateurs de l'état nutritionnel, comme les mesures anthropométriques, le taux de mortalité et divers signes cliniques et biochimiques.

ESTIMATION DE LA POPULATION SOUFFRANT DE SOUS-ALIMENTATION CHRONIQUE

4. La **disponibilité énergétique alimentaire (DEA)** est un indicateur couramment employé pour évaluer la situation alimentaire et nutritionnelle globale. Il s'agit d'une estimation de la quantité moyenne d'énergie disponible pour la consommation humaine dans l'approvisionnement alimentaire total pendant une période donnée, par personne et par jour. La FAO établit ce chiffre sur la base du bilan des disponibilités alimentaires, qui indique la situation de l'offre et de l'utilisation des produits alimentaires dans différents pays. La DEA doit être employée avec prudence lorsqu'on cherche à savoir dans quelle mesure les besoins sont satisfaits par l'approvisionnement alimentaire global. Elle n'indique ni la consommation effective, ni la manière dont les approvisionnements disponibles sont répartis. En raison des inégalités de répartition et des pertes et gaspillages dans le commerce de détail et dans les ménages, les disponibilités alimentaires par habitant doivent être beaucoup plus élevées que les besoins physiologiques. Néanmoins, les bilans alimentaires sont très utiles par les indications qu'ils fournissent sur l'évolution des disponibilités alimentaires et énergétiques aux niveaux national et régional.

5. D'après les estimations de la FAO, les disponibilités alimentaires moyennes par habitant dans les pays en développement ont augmenté dans les années 80, bien qu'à un rythme plus lent que dans les années 70 (voir tableau 1 et figure 1). Cela vaut pour les pays à faible revenu en général, à l'exception de la Chine où les disponibilités

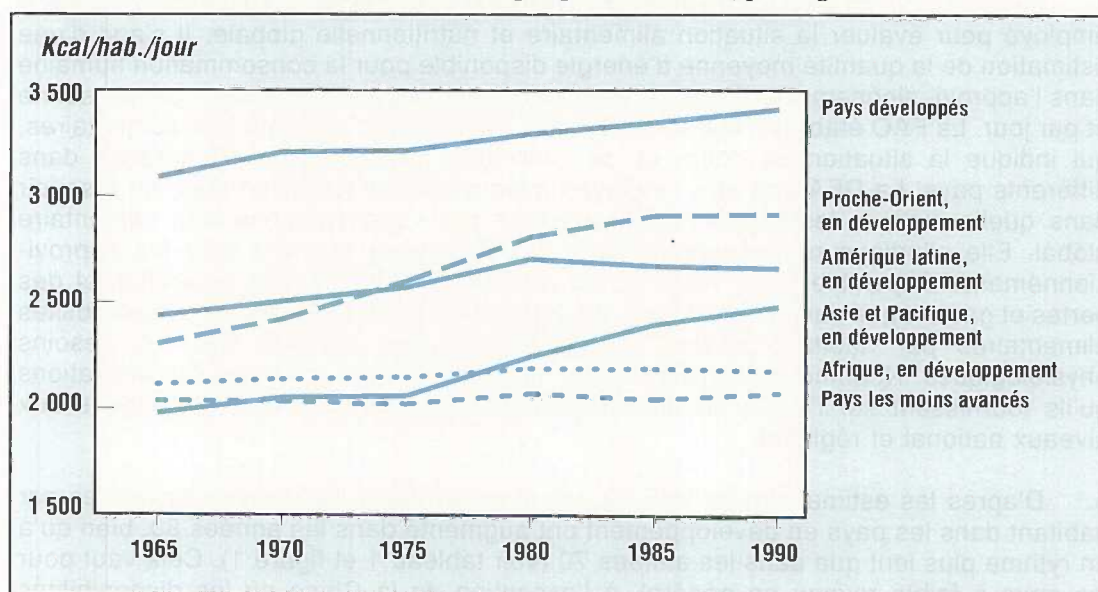
alimentaires ont considérablement augmenté dans les années 80. Par contre, pendant cette période, la situation globale des pays les moins avancés (PMA) ne s'est guère améliorée.

6. Le problème est particulièrement grave en Afrique subsaharienne, où les difficultés de ravitaillement sont aiguës et incessantes. En 1992, la sécheresse et des troubles civils prolongés ont entraîné une crise alimentaire grave en Afrique australe et orientale, où les disponibilités alimentaires – déjà tout à fait insuffisantes – ont encore diminué. La sécheresse a provoqué une chute brutale de la production vivrière, qui s'est traduite par des pénuries alimentaires aiguës dans plusieurs zones. Une famine généralisée sévit actuellement en Somalie. L'Éthiopie, le Kenya et le Soudan ont également souffert d'une pluviosité insuffisante, et des secours importants sont nécessaires pour empêcher que la situation ne se détériore davantage dans la Corne de l'Afrique. Qui plus est, les conflits intérieurs qui s'éternisent en Somalie et au sud du Soudan ont considérablement endommagé l'agriculture, poussant une grande partie de la population à chercher refuge ailleurs – dans le pays ou à l'étranger – et entravant les efforts visant à secourir les personnes les plus vulnérables. En Afrique orientale et australe, la sécheresse a aussi touché l'élevage, dont dépend pour vivre une grande partie de la population. En outre, l'Afrique australe est normalement tributaire des exportations de produits alimentaires du Zimbabwe et de la République d'Afrique du Sud. Or, ces pays ont dû eux-mêmes importer cette année des quantités considérables de produits vivriers, ce qui les a empêché d'approvisionner les pays frontaliers. Au total, 40 millions de personnes sont affectées et dépendent, pour leur survie même, d'une aide d'urgence ininterrompue.

7. Bien que dans les années 80 les disponibilités alimentaires aient diminué dans plusieurs pays, à la fin de la décennie, 60 pour cent environ de la population mondiale vivaient dans des pays où la DEA dépassait 2 600 calories (kcal) par personne et par jour. Ce seuil de 2 600 kcal permet de mettre en évidence la disparité des disponibilités alimentaires selon les pays: en 1989-1990, 41 pays en développement (de plus d'un million d'habitants) disposaient de plus de 2 600 kcal par personne, tandis que 15 d'entre eux disposaient de plus de 3 000 kcal par personne. A l'opposé, seuls 3 pays développés avaient une disponibilité alimentaire inférieure à 3 000 kcal par habitant.

8. S'il existe encore des cas de malnutrition même dans des pays où les disponibilités alimentaires globales sont suffisantes, la situation est évidemment bien plus grave dans les autres pays. En 1988-90, il y avait environ 11 pays dans lesquels

Figure 1. Evolution de la disponibilité énergétique alimentaire, par région



Source: FAO.

TABLEAU 1. **DEA par habitant¹ selon la région et la catégorie économique**

Région ou catégorie économique	1969-71	1979-81	1988-90
	<i>kcal/personne/jour</i>		
Ensemble du monde	2 430	2 580	2 700
Pays développés	3 190	3 290	2 700
Amérique du Nord	3 230	3 330	3 600
Europe	3 240	3 370	3 450
Océanie	3 290	3 160	3 330
Ex-URSS ²	3 320	3 370	3 380
Pays en développement²	2 120	2 330	2 470
Afrique	2 140	2 180	2 200
Asie et Pacifique	2 040	2 250	2 450
Amérique latine et Caraïbes	2 500	2 690	2 690
Proche-Orient	2 420	2 810	2 920
Pays les moins avancés	2 030	2 060	2 070

Source: FAO

¹ Disponibilité énergétique alimentaire.² Y compris les pays les moins avancés.

la DEA était inférieure à 2 000 kcal par personne. Dans une telle situation, il n'est pas possible de répondre aux besoins énergétiques de la population. La faim et la malnutrition sont inévitables pour une grande partie des 123 millions de personnes qui vivent dans ces pays.

9. Les estimations globales des disponibilités alimentaires au niveau mondial, régional ou national ne peuvent pas donner une idée précise de la consommation alimentaire des ménages ou des individus. Au niveau des ménages, elle dépend de la capacité de produire ou de se procurer des aliments, qui varie en fonction du niveau et de la distribution des revenus, des disponibilités alimentaires et du gaspillage, des prix et des préférences des consommateurs. Au niveau individuel, les préférences et les modalités de la prise en charge et de l'alimentation en matière de soin et d'alimentation ont aussi une grande influence sur l'apport alimentaire.

10. **Carence calorique chronique.** Comme l'estimation des disponibilités globales n'est que d'une utilité limitée pour l'évaluation du bien-être nutritionnel, la FAO a mis au point une méthode permettant d'estimer quelle est, en valeur absolue et en pourcentage, la population qui, sur une période d'une année, n'a pas accès à une quantité d'aliments suffisante pour satisfaire ses besoins caloriques. Cette partie de la population peut être considérée comme souffrant de sous-alimentation chronique. Cependant, comme ce chiffre ne tient pas compte de la répartition des aliments à l'intérieur des ménages, des cas de malnutrition saisonnière ou aiguë, ni de la prévalence et des effets des maladies infectieuses, il est probable que le nombre réel de personnes sous-alimentées est plus élevé. Cette méthode a été élaborée dans le cadre des enquêtes mondiales sur l'alimentation de la FAO et se fonde sur une estimation de la distribution des disponibilités alimentaires par ménage et l'application d'un seuil critique des besoins énergétiques.

TABLEAU 2. Estimation de la sous-alimentation chronique¹ dans les pays en développement, par région, en 1969-71, 1979-81 et 1988-90

Région	Période	Population totale (millions)	Proportion (pourcentage)	Population sous-alimentée (millions)
Afrique	1969-71	288	35	101
	1979-81	384	33	128
	1988-90	505	33	168
Asie et Pacifique	1969-71	1 880	40	751
	1979-81	2 311	28	645
	1988-90	2 731	19	528
Amérique latine et Caraïbes	1969-71	281	19	54
	1979-81	357	13	47
	1988-90	433	13	59
Proche-Orient	1969-71	160	22	35
	1979-81	210	12	24
	1988-90	269	12	31
Ensemble des pays en développement	1969-71	2 609	36	941
	1979-81	3 262	26	844
	1988-90	3 938	20	786

Source: FAO

¹ Au sens de "carence calorique chronique".

11. En 1988-1990, la production alimentaire mondiale, si elle avait été répartie en fonction des besoins individuels, aurait largement fourni l'apport calorique nécessaire à l'humanité. Cependant, la FAO estime qu'à cette époque, plus de 780 millions d'habitants de pays en développement n'avaient, de façon chronique, pas accès à une quantité suffisante de nourriture pour obtenir l'apport calorique nécessaire pour mener une vie active et saine. Malgré des progrès considérables, ce chiffre reste beaucoup trop élevé. (voir tableau 2).

12. Dans les pays en développement considérés globalement, le nombre des sous-alimentés chroniques a régulièrement diminué au cours des vingt dernières années, proportionnellement comme en chiffres absolus. En 1969-71, quelque 941 millions de personnes souffraient de sous-alimentation chronique, contre 786 millions en 1988-90. Cela signifie que, dans ces pays, la proportion des sous-alimentés chroniques a baissé de 36 à 20 pour cent.

13. Cependant, cette amélioration globale recouvre des disparités régionales. En Afrique, la proportion de la population souffrant de sous-alimentation chronique est restée quasiment inchangée depuis les années 70 mais, en raison de la forte croissance démographique de la région (3 pour cent par an environ), le nombre de personnes sous-alimentées a très fortement augmenté, passant de 101 millions en 1969-71 à 128 millions en 1979-81 et à 168 millions en 1988-90.

14. Les progrès se sont ralentis dans les années 80 en Amérique latine/Caraïbes et au Proche-Orient. Si dans ces régions la proportion des personnes souffrant de sous-alimentation chronique était déjà faible (12 à 13 pour cent), on estime qu'en raison de la croissance démographique leur nombre a augmenté. Par contre, dans la région Asie et Pacifique, l'amélioration a été continue et la sous-alimentation ne touche plus que 19 pour cent de la population, contre 40 pour cent il y a 20 ans.

15. L'Afrique est la région dans laquelle la sous-alimentation est la plus grave en termes relatifs (33 pour cent de la population), mais en valeur absolue, la région de l'Asie et du Pacifique et en particulier l'Asie du Sud est la plus touchée (528 millions de personnes, voir figure 2).

MALNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE

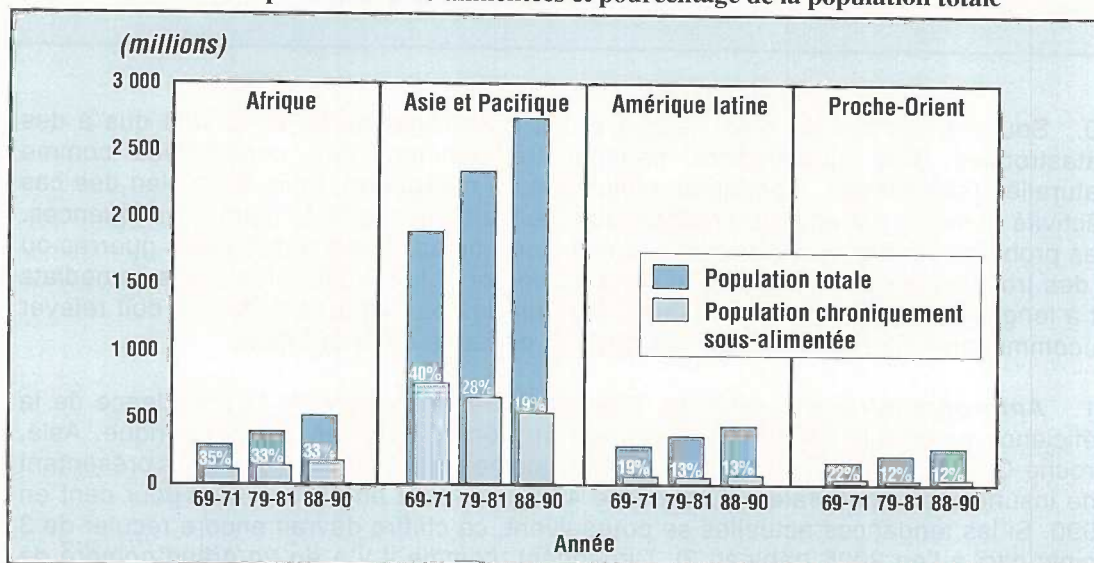
16. L'expression "malnutrition protéino-énergétique" (MPE) désigne divers syndromes caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance chez les enfants, qu'on appelle aussi de syndrome polycarentiel et, dans les formes extrêmes, marasme ou kwashiorkor. Les causes immédiates de la MPE, qui sont fréquemment combinées, sont notamment l'insuffisance des apports alimentaires et les maladies infectieuses. Les premières victimes en sont les nourrissons et les enfants en bas âge, car leurs besoins protéino-énergétiques sont élevés par rapport à leur masse corporelle et ils sont particulièrement exposés aux maladies infectieuses.

17. Les mesures anthropométriques employées pour estimer la masse corporelle et détecter les problèmes de croissance, souvent en combinaison avec l'âge, permettent d'élaborer certains indices pour décrire l'état des individus ou des populations. Des expressions comme "dépérissement" ou "maigreur", "retard de la croissance" et "obésité" décrivent l'état nutritionnel d'un individu et correspondent à certaines valeurs de divers indices anthropométriques.

18. Les estimations de la prévalence du dépérissement et du retard de croissance au niveau mondial ou national doivent être interprétées avec prudence car elles ne constituent pas une base appropriée pour l'évaluation et l'intervention au niveau local. Les moyennes ne font pas ressortir les disparités géographiques ou socio-économiques dans la situation nutritionnelle. En outre, elles ne disent rien sur les causes de la MPE et les mesures nécessaires pour y remédier. Néanmoins, les données globales peuvent indiquer des tendances générales qui sont utiles pour planifier et évaluer les grands programmes nationaux.

19. De nombreuses indications attestent une détérioration de l'état nutritionnel pendant la saison de soudure et autres périodes de disette. Les femmes enceintes perdent du

Figure 2. Estimation de la sous-alimentation chronique¹ dans les régions en développement
nombre de personnes sous-alimentées et pourcentage de la population totale



Source: FAO.

¹ Apport énergétique alimentaire insuffisant, en moyenne annuelle, pour maintenir le poids corporel et permettre une activité légère.

poids et les enfants naissent avec un poids insuffisant, la morbidité et la mortalité infantiles atteignent leur maximum, les travailleurs sont moins productifs et d'autres signes de mauvaise santé se manifestent. Dans les climats tropicaux, c'est souvent pendant la saison des pluies que l'incidence des maladies infectieuses est la plus forte et cette saison est généralement celle qui précède immédiatement celle de la récolte.

ÉVALUATION DES SITUATIONS NUTRITIONNELLES À PARTIR DU BILAN DES DISPONIBILITÉS ALIMENTAIRES

Il est difficile d'évaluer avec précision les niveaux nutritionnels nationaux. Les enquêtes nationales sur l'état nutritionnel et la consommation effective d'aliments sont probablement les sources d'information les plus précises, mais elles sont coûteuses, prennent beaucoup de temps et sont souvent difficiles à réaliser, en particulier dans les pays à faible revenu. Une autre méthode, souvent plus appropriée, se fonde sur les bilans des disponibilités alimentaires établis par la FAO, qui analysent la situation alimentaire de chaque pays. Ces bilans indiquent notamment la disponibilité énergétique alimentaire (DEA) moyenne par habitant, c'est-à-dire la quantité d'aliments disponible pour la consommation humaine dans chaque pays.

La DEA n'est pas un instrument parfait. Elle mesure la disponibilité et non la consommation et peut donc donner des indications trompeuses: par exemple, les gens peuvent être trop pauvres pour acheter les aliments qui sont disponibles. C'est pourquoi l'évaluation de l'état nutritionnel fondée sur une comparaison entre la DEA et les besoins n'est pas toujours fiable, d'autant plus que le niveau des besoins n'est pas une donnée absolue et varie selon le niveau d'activité envisagé.

Malgré ces limites, cet instrument, complété par des données sur la répartition des aliments disponibles, permet d'estimer combien de personnes souffrent de carence énergétique. En outre, la DEA est fortement corrélée avec d'autres indicateurs de santé et de développement socio-économique.

Depuis peu, dans le cadre des enquêtes mondiales sur l'alimentation de la FAO, on a affiné les concepts employés pour estimer le nombre d'habitants des pays en développement qui, en moyenne sur une année, n'ont pas accès à une quantité de nourriture suffisante pour satisfaire leurs besoins caloriques. Au sens strict, cette population souffre d'une carence énergétique chronique, ce qui correspond – en gros – à la malnutrition chronique. Ce cadre conceptuel a été modifié notamment par la prise en considération de l'inégalité de la répartition et des différences entre les ménages en ce qui concerne l'estimation des besoins énergétiques.

Plusieurs autres modifications ont été apportées à cette méthode depuis la cinquième Enquête mondiale sur l'alimentation (1986). En particulier, les anciens seuils critiques (1,2 et 1,4 fois le métabolisme basal) ont été changés. Le métabolisme basal est la dépense énergétique de l'individu non alimenté au repos complet. On a maintenant adopté un niveau plus élevé et plus réaliste (1,54 fois le métabolisme basal), qui correspond à la dépense énergétique nécessaire pour maintenir le poids corporel et fournir une activité légère. Le nombre estimatif de personnes dont l'apport calorique est insuffisant a augmenté en raison de cette modification. L'inclusion de la République populaire de Chine et de quelques autres pays d'Asie, précédemment exclus faute d'information, augmente encore, au niveau mondial, le nombre des personnes touchées.

20. Souvent, les cas les plus visibles et les plus tragiques de MPE sont dus à des catastrophes. Ces catastrophes peuvent fréquemment être considérées comme naturelles (sécheresse, inondation, pullulation de ravageurs), mais dans bien des cas l'activité humaine est en partie responsable de leurs causes et de leurs conséquences. Les problèmes nutritionnels les plus graves sont, hélas, souvent dus à des guerres ou à des troubles civils. La prévention de la famine et la lutte contre les effets immédiats et à long terme des crises alimentaires sont un des plus grands défis que doit relever la communauté mondiale aujourd'hui dans le domaine de la nutrition.

21. **Anthropométrie des enfants.** D'après de récentes études, la prévalence de la déficience pondérale chez les enfants est en déclin. Pour les régions Afrique, Asie, Proche-Orient et Amériques considérées globalement, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale est passé de 47,5 pour cent en 1975 à 40,8 pour cent en 1990. Si les tendances actuelles se poursuivent, ce chiffre devrait encore reculer de 3 points d'ici à l'an 2005 (tableau 3). Cependant, comme il y a eu un grand nombre de naissances pendant cette période, le nombre estimatif d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale est restée à peu près constant (environ 192 millions). En raison de l'absence

TABLEAU 3. Prévalence de l'insuffisance pondérale¹ chez les enfants de moins de 5 ans, par région

Région	Pourcentage			Nombre		
	1975	1990	2005	1975	1990	2005
	<i>en millions²</i>					
Afrique continentale	26	24	22	19,7	27,4	36,5
Afrique du Nord	20	13	11	3,1	3,0	2,7
Afrique de l'Est	25	24	22	5,7	8,7	12,4
Afrique centrale	24	22	19	1,8	2,7	3,6
Afrique australe	16	13	10	0,7	0,7	0,7
Afrique de l'Ouest	35	32	29	8,3	12,2	17,0
Afrique subsaharienne ³	28	26	24	17,4	25,4	34,9
Amériques	12	9	8	7,8	6,8	6,2
Amérique du Nord	4	2	1	0,7	0,3	0,2
Caraïbes	18	15	14	0,6	0,5	0,5
Amérique centrale	14	12	8	2,0	1,6	1,5
Amérique du Sud	15	11	10	4,4	4,3	3,9
Asie⁴	49	44	41	163,1	154,7	149,3
Asie de l'Est	33	21	17	47,4	25,4	18,5
Asie du Sud-Est ⁵	48	38	32	24,6	21,6	18,4
Asie du Sud	68	62	57	91,0	107,6	112,3
Proche-Orient⁶ (Asie occidentale)	22	15	12	2,9	2,9	3,1
Pourcentage moyen/Nombre total	47,5	40,8	37,8	193,6	191,9	195,2

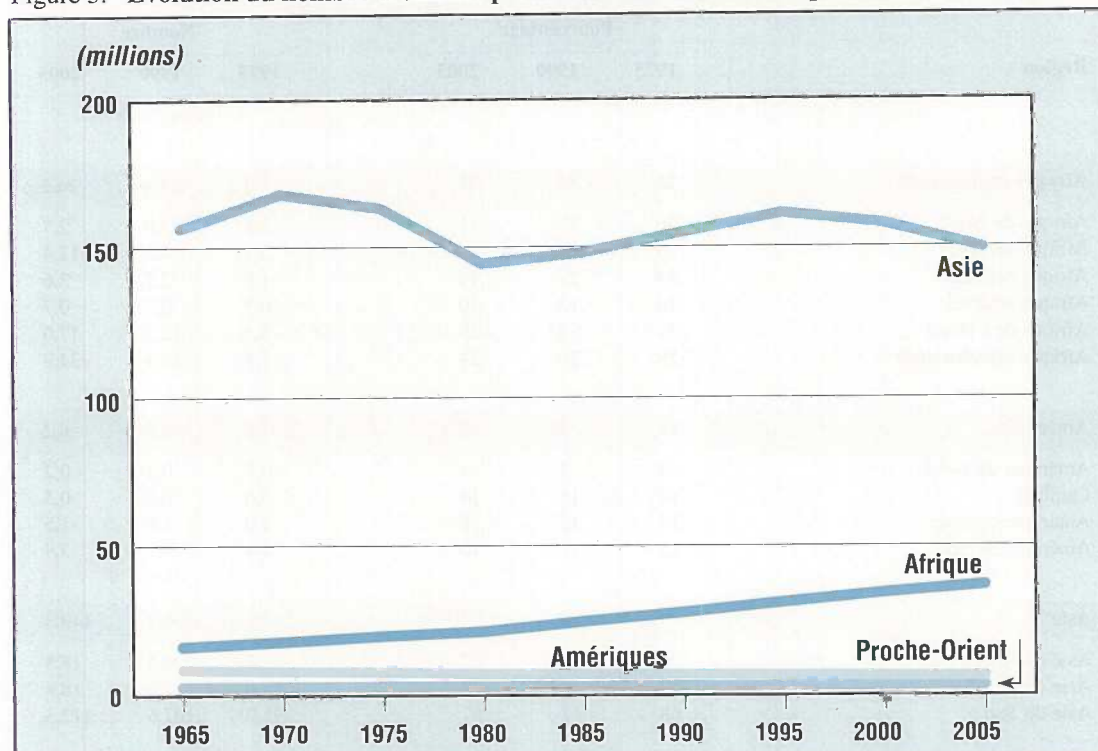
Source: FAO/OMS, 1992

¹ On considère qu'il y a insuffisance pondérale lorsque le poids/âge est inférieur à la valeur de référence OMS moins 2 écarts types.² Les projections pour 1990 et 2005 sont fondées sur la variante médiane des Nations Unies.³ Afrique de l'Est, Afrique centrale, Afrique australe et Afrique de l'Ouest ainsi que Soudan (qui fait partie de l'Afrique du Nord).⁴ A l'exclusion des pays de l'ex-URSS et du Proche-Orient (ou Asie occidentale), pour lesquels les données sont indiquées séparément.⁵ Y compris Papouasie-Nouvelle-Guinée.⁶ Sauf Gaza et Chypre.

de données pour certains pays, cette estimation est très probablement inférieure à la réalité. Il faut noter que ces chiffres correspondent à une situation "normale". Dans certaines régions, notamment en Afrique, de graves catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme ont provoqué des disettes et même des famines de grande ampleur¹.

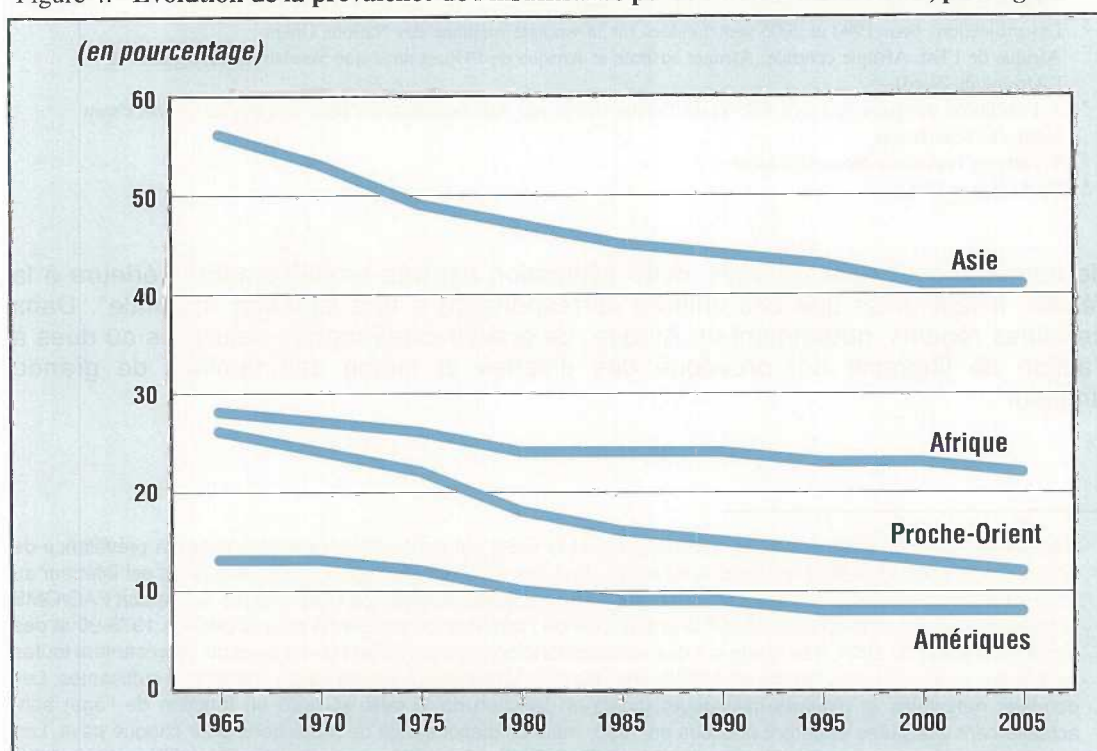
Récemment, la FAO avec l'OMS, le SCN du CAC et le FISE ont analysé des statistiques sur la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde (enfants dont le poids est inférieur au poids médian moins deux fois l'écart type par rapport aux valeurs de référence OMS/NCHS). Le rapport FAO/OMS présente une analyse des données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale pour la période 1975-90 et des projections jusqu'en 2005. Il se fonde sur des séries chronologiques provenant de 60 pays qui représentent toutes les régions du monde sauf l'ancienne URSS, pour laquelle les données disponibles n'étaient pas suffisantes. Les données nationales et d'autres indicateurs (poids en fonction de la taille et taille en fonction de l'âge) sont actuellement analysées et seront publiées en 1993, mais on dispose déjà de projections pour chaque pays. Les observations ci-dessus se fondent sur le rapport FAO/OMS (mai 1992), mais les données diffèrent de celles fournies par d'autres institutions.

Figure 3. Evolution du nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale, par région



Source: FAO/OMS.

Figure 4. Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants, par région



Source: FAO/OMS.

INDICATEURS ANTHROPOMÉTRIQUES

Les indicateurs anthropométriques donnent une idée approximative de l'état nutritionnel. Les indicateurs le plus fréquemment utilisés sont le poids corporel et la taille, par rapport à l'âge et au sexe de l'individu. D'autres incluent la circonférence du bras, de la tête et de la cuisse et l'épaisseur du pli cutané. Les principaux indicateurs anthropométriques utilisés sont: les rapports poids/taille, taille/âge, poids/âge et l'indice de masse corporelle (IMC = $\text{rapport poids/taille}^2$, c'est-à-dire le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres). L'OMS prend pour référence les données du National Centre for Health Statistics (NCHS) des Etats-Unis, car de nombreuses études montrent que les données relatives à la croissance d'enfants normaux, sains et correctement nourris correspondent presque toujours à ces valeurs de référence. Les données anthropométriques pour les enfants sont fondées sur le nombre d'écarts types en dessus ou au dessous de la valeur de référence médiane pour une personne d'un âge donné. La valeur médiane moins 2 écarts types est en général considérée comme le seuil en dessous duquel l'état nutritionnel est jugé insatisfaisant, c'est-à-dire correspond à un état de sous-nutrition.

Rapport poids/taille

Cet indicateur est utilisé tant pour les adultes que pour les enfants par rapport à des valeurs de référence acceptées. Dans une population souffrant de sous-nutrition aiguë (c'est-à-dire dont la ration alimentaire est insuffisante ou qui souffre d'une infection aiguë depuis plusieurs semaines), le poids corporel diminue relativement vite; la taille demeure inchangée chez les adultes et se modifie très lentement chez les enfants. Le rapport poids/taille sert à détecter les états de "sous-nutrition aiguë" ou de "déperissement" et est l'indice le plus utilisé lors des urgences nutritionnelles ainsi que dans les situations de sous-nutrition prolongée comme la famine. Le rapport poids/taille est utile pour évaluer l'état nutritionnel des enfants et des adultes: chez les enfants, le rapport poids/taille peut être utilisé sans connaître l'âge de l'individu. Dans la plupart des circonstances, moins de 2 pour cent des enfants de moins de 5 ans se situent en dessous de la valeur médiane moins 2 écarts types. Si 5 à 10 pour cent du groupe de population se situe en dessous de ce niveau, le degré de sous-nutrition aigu peut être décrit comme modéré; si la proportion dépasse 10 pour cent, on considère généralement qu'il s'agit d'une situation grave.

Rapport taille/âge

Ce paramètre est utilisé pour évaluer la "sous-nutrition chronique" chez les enfants. La sous-nutrition prolongée entraîne un retard de croissance de la taille et du poids à des degrés assez comparables. Mais on ne parle couramment de "retard de croissance" que dans le cas d'un enfant qui ne grandit pas suffisamment. Le gain de taille est fonction essentiellement de facteurs écologiques et socio-économiques considérés sur une longue durée et reflète par conséquent les conditions économiques générales. Dans les pays en développement, la sous-nutrition chronique généralisée est fréquente et la proportion d'individus se situant en dessous de la valeur médiane moins 2 écarts types est souvent de 20 à 60 pour cent, la moyenne étant proche de 40 pour cent. Les populations chez lesquelles 25 à 50 pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans ont un rapport taille/âge inférieur à la valeur médiane moins 2 écarts types sont souvent considérées modérément affectées, tandis que celles où plus de 50 pour cent des enfants sont dans cette situation sont considérées comme gravement touchées.

Rapport poids/âge

Dans nombre de pays en développement, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui se situent en dessous de la valeur médiane moins 2 écarts types est de 10 à 50 pour cent, la moyenne tournant autour de 20 à 30 pour cent. Les populations dont 20 à 40 pour cent des enfants présentent une insuffisance pondérale peuvent être considérées comme modérément affectées, tandis que celles dont plus de 40 pour cent des enfants sont dans cet état sont gravement touchées. L'indicateur poids/âge est plus souvent disponible que le rapport poids/taille ou taille/âge, mais il est plus difficile à interpréter parce qu'il peut traduire une sous-nutrition soit aiguë, soit chronique. Des pesées successives indiquant la progression du poids sur une période donnée donnent une image plus dynamique de la croissance et de l'état nutritionnel. C'est donc une bien meilleure façon d'évaluer la nutrition, mais elle est plus difficile à réaliser.

Indication de masse corporelle (IMC)

Cet indicateur, défini comme le rapport poids/taille², mesure la minceur du corps au rapport entre le poids corporel et la superficie du corps plutôt que sa taille. Théoriquement, on constate que la plupart des individus ont un IMC allant de 18,5 à 25,0. Les individus ayant un IMC supérieur à 30 sont considérés comme obèses et ceux ayant un IMC inférieur à 18,25 comme maigres. Certaines études indiquent des taux de mortalité accrue dans les deux cas. L'OMS et la FAO sont en train d'étudier ce paramètre en vue d'en déduire des seuils pour une interprétation plus scientifique. Ce paramètre est apparemment applicable aux enfants, mais les seuils ne sont pas encore établis.

Source: Groupe de travail de l'OMS sur l'utilisation et l'interprétation des indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 64: 929-941 (1986)

22. En 1990, en Asie, 155 millions d'enfants au total et 44 pour cent des enfants de moins de 5 ans avaient un poids insuffisant. Cependant, le nombre total et le pourcentage ont tous deux diminué depuis 1975 et cette tendance devrait se poursuivre. En Afrique, il y avait en 1975 près de 20 millions d'enfants présentant une insuffisance pondérale et ce chiffre dépassait 27 millions en 1990 et devrait atteindre environ 36 millions d'ici 2005. Cependant, le pourcentage a légèrement diminué, passant de 26 à 24 pour cent. Dans la région des Amériques, le nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale est tombé de près de 8 millions en 1975 à 6,8 millions en 1990, le pourcentage passant de 12 à 9 pour cent sur la même période. Au Proche-Orient, bien que la proportion d'enfants dont le poids est insuffisant soit passée de 22 pour cent à 15 pour cent, leur nombre est resté stable (2,9 millions), (les graphiques 3 et 4 illustrent l'évolution de la sous-alimentation chez les enfants depuis 1965 et les projections jusqu'en 2005).

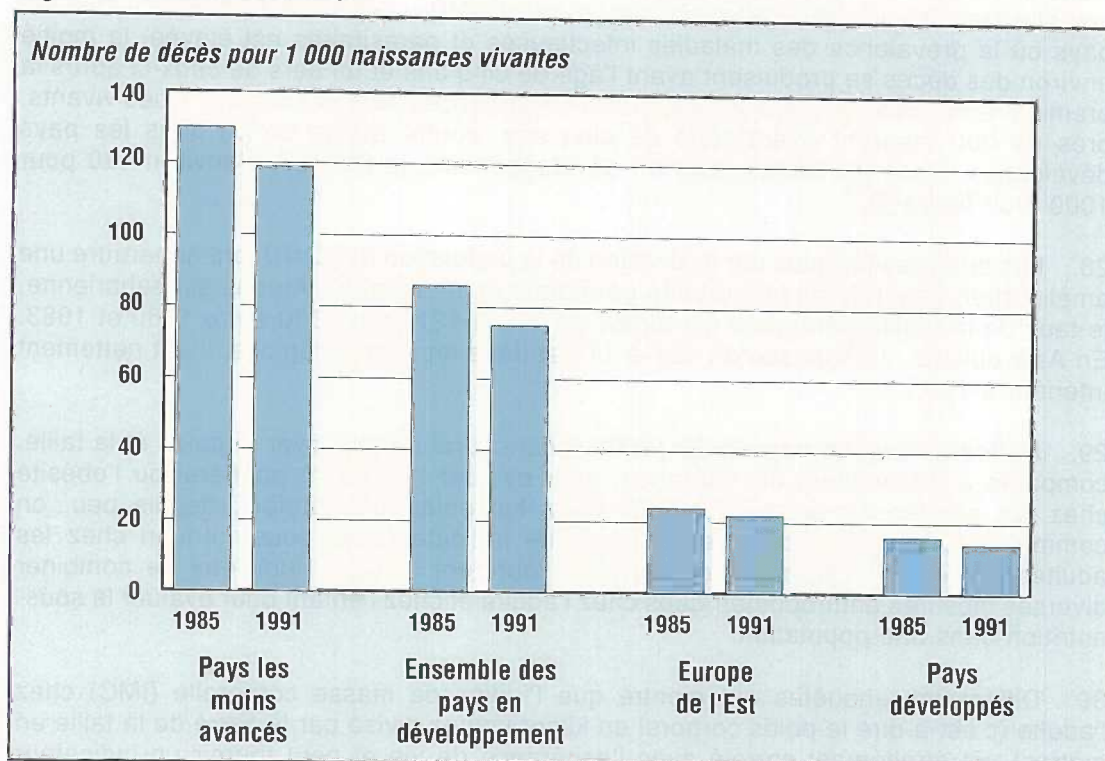
23. A l'intérieur de ces régions, on observe des écarts considérables dans la prévalence de la sous-alimentation. Dans presque toute l'Afrique, le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale a diminué de 1 à 3 points, sauf en Afrique du Nord où la diminution a été plus sensible. En Asie, la prévalence a fortement diminué (de 8 à 12 points) dans toutes les sous-régions. Au Proche-Orient, elle a diminué de 7 points et en Amérique de 2 à 4 points.

24. Cette tendance générale à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants est confirmée par les données nationales. L'OMS a analysé les données nutritionnelles de 19 pays, se fondant sur au moins deux enquêtes nationales séparées par un intervalle de quatre ans ou plus. Le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale ou un retard de croissance a diminué dans tous les pays, en moyenne de 3 pour cent de la prévalence initiale chaque année. La prévalence d'enfants présentant un retard de croissance a aussi diminué, mais la diminution médiane n'atteignait que 2 pour cent de la prévalence initiale chaque année. Les progrès les plus rapides ont été observés en association avec les facteurs suivants: diminution plus rapide de la mortalité infantile; pourcentage plus élevé de ménages raccordés au tout-à-l'égout; taux d'alphabétisation plus élevé chez les hommes et les femmes; disponibilité de calories et de protéines plus élevée dans la première enquête; taux d'immunisation importants. Plus le taux de croissance et la densité démographiques sont élevés, plus la prévalence des retards de croissance est forte.

25. **Mortalité périnatale et des jeunes enfants.** Chez les nourrissons et les jeunes enfants, la combinaison d'un mauvais état nutritionnel et de maladies infectieuses, ainsi que d'autres facteurs environnementaux et socio-économiques entraînent une mortalité élevée. La mortalité infantile est fortement influencée par des facteurs nutritionnels comme la sous-nutrition intra-utérine due à la sous-alimentation de la mère ou à des maladies infectieuses, à une toxémie durant la grossesse et à l'anémie maternelle. On dispose de données de plus en plus nombreuses tendant à montrer que l'état nutritionnel de la mère a une influence majeure sur l'état nutritionnel et les chances de survie des nourrissons. La figure 5 indique les taux de mortalité infantile dans divers pays développés et en développement.

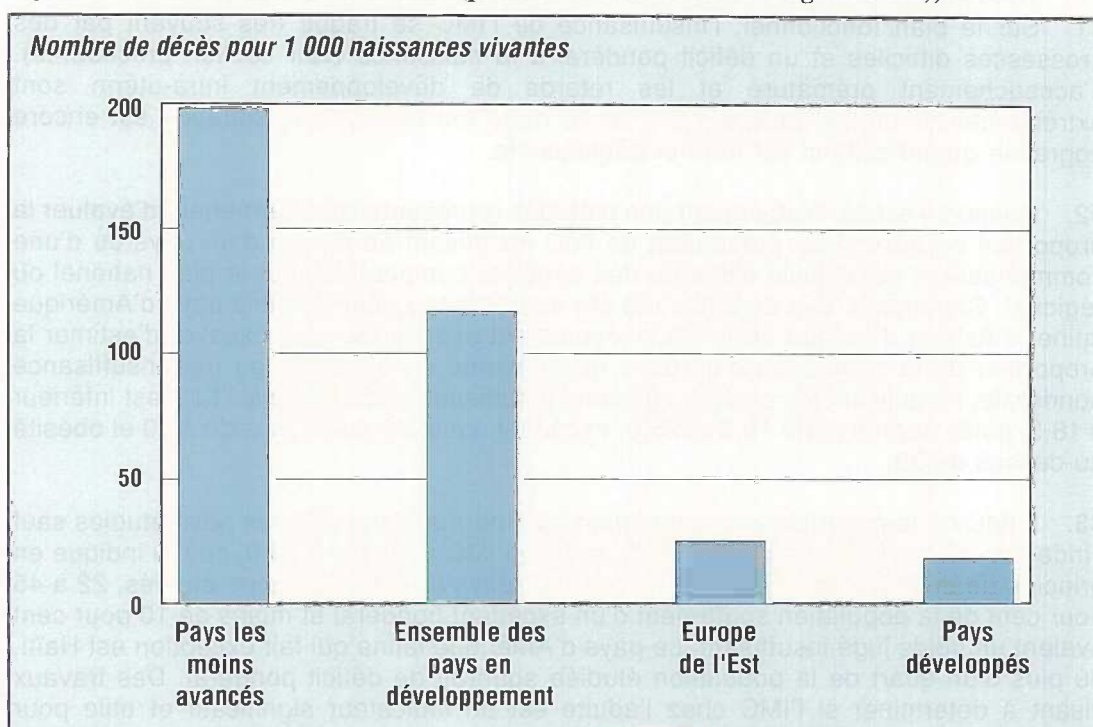
26. Dans les pays en développement, les enfants sont généralement sevrés entre leur sixième mois et la fin de leur deuxième année. Ils sont particulièrement vulnérables dans la deuxième année de la vie (de 12 à 23 mois), période pendant laquelle ils sont exposés à beaucoup de nouvelles maladies infectieuses, reçoivent moins de lait maternel et sont plus menacés par la malnutrition, d'où un taux de mortalité élevé. Il est souvent difficile d'obtenir des taux de mortalité spécifiques pour cette classe d'âge car on ne connaît pas exactement son effectif et les décès ne sont pas toujours notifiés. Il en va de même pour le taux de mortalité par âge chez les enfants de un à quatre ans, qui est un indicateur indirect mais très utile de l'état nutritionnel des jeunes enfants.

Figure 5. Mortalité infantile



Source: OMS.

Figure 6. Mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans), en 1991



Source: OMS.

27. Les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont plus souvent disponibles que ceux des enfants de 12 à 23 mois ou de un à quatre ans, et sont donc actuellement employés comme indicateurs par l'OMS, le PNUD et le FISE. Dans les pays où la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires est élevée, la moitié environ des décès se produisent avant l'âge de cinq ans et un tiers de ceux-ci après la première année de vie. Dans les pays les moins avancés, sur 1 000 enfants nés vivants, près de 200 meurent avant l'âge de cinq ans, contre moins de 20 dans les pays développés. Dans les autres pays en développement, le taux est d'environ 120 pour 1000 (voir figure 6).

28. Les analyses fournies par la Division de la population de l'ONU font apparaître une amélioration générale de la mortalité périnatale et infantile. En Afrique subsaharienne, le taux de mortalité périnatale est tombé de 165 à 121 pour 1000 entre 1960 et 1983. En Asie du Sud, il est passé de 157 à 115 et dans les autres régions, il est nettement inférieur à 100.

29. **Indice de masse corporelle (IMC).** Il est courant d'employer le poids et la taille, comparés à des valeurs de référence, pour évaluer l'excédent pondéral ou l'obésité chez les adultes ou la sous-nutrition chez les enfants. Toutefois, depuis peu, on commence à employer ces mesures comme indicateurs de sous-nutrition chez les adultes également. De premiers éléments montrent qu'il est judicieux de combiner diverses mesures anthropométriques chez l'adulte et chez l'enfant pour évaluer la sous-nutrition dans une population.

30. Différentes enquêtes ont montré que l'indice de masse corporelle (IMC) chez l'adulte (c'est-à-dire le poids corporel en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres) est étroitement corrélé avec l'espérance de vie et peut fournir un indicateur d'aptitude fonctionnelle. Il y a une corrélation inverse entre l'IMC et la morbidité et, par conséquent, une corrélation entre l'IMC et la capacité de travail. La capacité de fournir un travail soutenu et un maximum de puissance pour des activités agricoles et autres diminue avec l'IMC, ce qui se traduit par une baisse de la productivité économique. Il y a non seulement baisse de l'intensité du travail physique, mais aussi changement de sa nature. Les activités communautaires et les activités productives très dures sont sacrifiées au profit des travaux agricoles et domestiques vitaux.

31. Sur le plan fonctionnel, l'insuffisance de l'IMC se traduit très souvent par des grossesses difficiles et un déficit pondéral à la naissance (voir section précédente). L'accouchement prématuré et les retards de développement intra-utérin sont extrêmement courants lorsque l'IMC de la mère est faible, et la situation est encore aggravée quand celle-ci est frêle et adolescente.

32. Comme il existe relativement peu d'études représentatives permettant d'évaluer la proportion de personnes présentant un IMC insuffisant au niveau d'un pays ou d'une communauté, il est difficile d'obtenir des données comparables sur le plan national ou régional. Cependant, des données ont été rassemblées pour certains pays d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique et on les a récemment examinées pour essayer d'estimer la proportion de la population d'un pays qui présente un excédent ou une insuffisance pondérale, en utilisant les critères suivants: insuffisance pondérale si l'IMC est inférieur à 18,5, poids normal entre 18,5 et 25,0, excédent pondéral au-dessus de 25,0 et obésité au-dessus de 30.

33. L'IMC de la majorité de la population était normal dans tous les pays étudiés sauf l'Inde, où une majorité de la population avait un IMC inférieur à 18,5, ce qui indique en principe un déficit pondéral. Dans cinq des six pays d'Amérique latine étudiés, 22 à 45 pour cent de la population souffraient d'un excédent pondéral et moins de 10 pour cent avaient un poids jugé insuffisant. Le pays d'Amérique latine qui fait exception est Haïti, où plus d'un quart de la population étudiée souffrait de déficit pondéral. Des travaux visant à déterminer si l'IMC chez l'adulte est un indicateur significatif et utile pour l'évaluation des disponibilités alimentaires globales d'une population se poursuivent.

TABLEAU 4. Populations menacées ou affectées par des carences en oligo-éléments

Région ¹	Carence en iode		Carence en vitamine A		Carence en fer ou anémie
	Population menacée	Population affectée (goitre)	Population menacée ²	Population ² affectée (xérophtalmie)	
	millions	millions	millions	millions	millions
Afrique	150	39	18	3,3	206
Amériques	55	30	2	0,1	94
Asie du Sud-Est	280	100	138	10,0	616
Europe	82	14	-	-	27
Méditerranée orientale	33	12	13	1,0	149
Pacifique occidental ³	405	30	19	1,4	1 058
Total	1 005	225	190	13,8	2 150

Source: OMS, 1992

¹ Régions OMS² Enfants d'âge préscolaire seulement³ Chine incluse

34. Les travaux déjà effectués montrent qu'il pourrait être utile de combiner l'IMC chez l'adulte avec des indicateurs de l'état nutritionnel des enfants. Lorsque l'IMC des adultes est satisfaisant mais que les enfants ont des retards de croissance, il serait peut-être judicieux de faire porter les efforts sur l'éducation, la lutte contre les maladies infectieuses et la prise en charge par les parents plutôt que sur des solutions visant à accroître la production agricole et à améliorer les disponibilités alimentaires des ménages et la sécurité alimentaire.

35. **Insuffisance pondérale à la naissance.** L'insuffisance pondérale à la naissance est un problème de santé majeur dans les pays en développement et elle est associée à la mortalité néonatale et post-néonatale. Pour les comparaisons internationales, l'OMS fixe le seuil à 2 500 g, c'est-à-dire qu'il y a insuffisance pondérale jusqu'à 2 499 g. Cependant, à des fins cliniques, les pays peuvent retenir un seuil différent. L'insuffisance pondérale à la naissance est associée à la prématurité (gestation inférieure à 37 semaines) et au retard de la croissance intra-utérine (poids inférieur au dixième centile du poids à la naissance de référence, compte tenu de la durée de la gestation). L'OMS estime que dans le monde 17,4 pour cent des enfants naissent avec un poids insuffisant, le taux étant de 6,5 pour cent dans les pays développés et de 18,8 pour cent dans les pays en développement, avec des pointes de 33,5 pour cent dans le sud de l'Asie centrale et de 15 pour cent en Afrique subsaharienne.

36. Les causes de l'insuffisance pondérale à la naissance sont multiples et entremêlées. Des analyses ont montré que, dans les pays en développement, les facteurs les plus importants étaient, dans l'ordre, l'insuffisance de l'apport calorique ou de la prise de poids pendant la grossesse, l'insuffisance pondérale avant la grossesse, la stature de la mère (petite), le paludisme et le sexe du fœtus (féminin); dans les pays développés, ces facteurs sont le tabagisme, l'insuffisance de l'apport calorique et de la prise de poids pendant la grossesse, l'insuffisance pondérale avant la grossesse, la prématurité, le sexe (féminin) du fœtus et la stature de la mère (petite).

CARENCE EN MICRONUTRIMENTS

37. Les carences en micronutriments qui constituent un problème de santé publique sont la carence en iode, l'avitaminose A et l'anémie ferriprive. Leur distribution géographique est donnée au tableau 4.

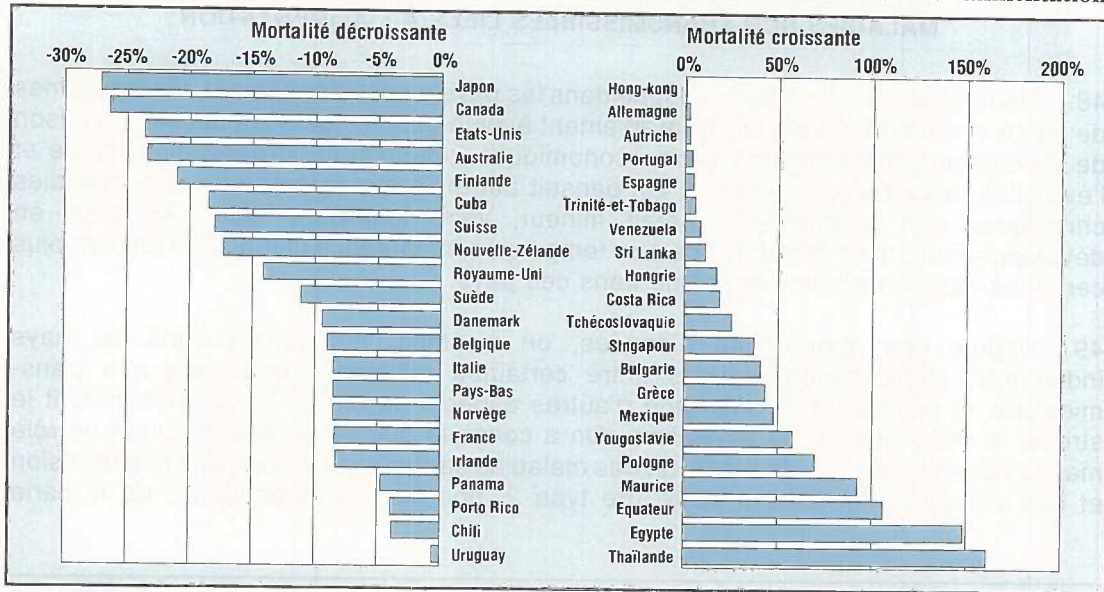
38. **Carence en iode.** Plus d'un milliard de personnes vivent dans des régions où la teneur en iode du sol est insuffisante; 200 millions d'entre elles sont atteintes de goitre et 26 millions de troubles mentaux (dont 6 millions de crétinisme). Cette carence s'observe dans 95 pays et plus de la moitié des victimes vivent en Chine et en Inde. Outre le goitre, la carence en iode peut provoquer un retard du développement physique et mental (c'est la cause la plus courante d'arriération mentale évitable) et, dans les cas graves, une surdi-mutité, un crétinisme et d'autres déficiences graves, notamment un affaiblissement de la résistance des enfants aux maladies infectieuses, d'où une mortalité accrue, et des troubles de la reproduction, se traduisant par des avortements spontanés, des décès à la naissance, des anomalies congénitales, etc.

39. **Avitaminose A.** Au moins 190 millions d'enfants vivent dans des régions où la consommation d'aliments riches en vitamine A est insuffisante; 40 millions d'entre eux sont carencés (signes biochimiques) et 13 millions présentent des signes cliniques d'atteintes ophtalmiques. Chaque année, 250 000 à 500 000 enfants deviennent aveugles, totalement ou partiellement, à cause de cette carence et deux tiers d'entre eux meurent quelques mois après. Même ceux qui sont moins gravement atteints – et ils sont 10 à 20 fois plus nombreux – sont menacés car l'avitaminose A réduit la résistance aux maladies infectieuses. Cette carence touche 37 pays, dont la moitié est située en Afrique. La grande majorité des enfants menacés se trouve en Asie du Sud et du Sud-Est. L'avitaminose A est une cause de cécité crépusculaire, et peut conduire à la cécité totale par xérophtalmie; elle empêche une croissance normale et réduit la résistance aux maladies infectieuses, ce qui aggrave la mortalité infantile.

40. **Carence en fer.** La carence en fer touche plus de deux milliards de personnes et n'épargne presque aucun pays; les plus affectés sont les femmes et les enfants d'âge préscolaire, groupes dans lesquels le taux d'anémie dépasse souvent 50 pour cent, mais ce problème affecte aussi des enfants plus âgés et des hommes. Les populations les plus atteintes se trouvent en Afrique et en Asie du Sud. Les bébés et enfants anémiques présentent des retards de croissance physique et du développement des aptitudes cognitives ainsi qu'une faible résistance aux maladies infectieuses. Chez l'adulte, la carence en fer se traduit par de la fatigue et une diminution de la capacité de travail, ainsi que par de graves dysfonctions de la reproduction. L'anémie pendant la maternité prédispose à des hémorragies et à des infections avant, pendant et après l'accouchement et pourrait être la cause principale de 20 pour cent des décès maternels. En outre, elle se traduit par des retards de croissance intra-utérine, un faible poids à la naissance et un accroissement de la mortalité périnatale.

41. **Autres carences en micronutriments.** Plusieurs autres maladies de carence, notamment le béri-béri, la pellagre, le scorbut et le rachitisme, peuvent apparaître dans des circonstances particulières, généralement lorsque la quantité et la qualité des micronutriments présents dans l'alimentation laissent à désirer.

42. La carence en vitamine B1 peut être aiguë ou chronique et touche aussi bien les adultes que les nourrissons. Elle apparaît dans les populations dont l'aliment de base est le riz poli. Chez l'adulte, elle est parfois associée à l'alcoolisme. Elle se traduit par un syndrome appelé béri-béri, qu'on observe en particulier en Asie et parmi les populations de réfugiés et de prisonniers et qui a des manifestations cardiaques et neurologiques.

Figure 7. Evolution des taux de mortalité par maladies non transmissibles liées à l'alimentation¹

Source: OMS.

¹ Chez les plus de 65 ans entre 1960-64 et 1985-89 dans 42 pays.

43. La carence en niacine ou en tryptophane peut produire un syndrome appelé pellagre, qui se manifeste habituellement par des diarrhées, des dermatoses et des démences. Il apparaît parmi des populations qui se nourrissent presque exclusivement de maïs ou de sorgho et s'observe encore occasionnellement dans certaines régions isolées d'Asie ou d'Afrique ou chez les réfugiés.

44. La carence en vitamine C (acide ascorbique) ou scorbut peut toucher aussi bien les adultes que les enfants ou les nouveau-nés. Elle est particulièrement fréquente parmi les réfugiés, les personnes déplacées nourries avec des rations et tous ceux qui ne mangent pas suffisamment de fruits ou de légumes frais, ce qui est fréquent en période de grave sécheresse. Ses manifestations sont notamment des saignements des gencives, des hémorragies internes, surtout subpériostales, et de l'anémie.

45. Le rachitisme frappe encore certaines populations dont l'alimentation est trop pauvre en vitamine D et qui ne s'exposent pas suffisamment à la lumière du soleil, surtout dans la première enfance. On l'observe principalement en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Asie du Sud et en Asie orientale.

46. Le développement des dents et la résistance à la carie nécessitent un apport suffisant en fluor; or, il existe dans la plupart des pays, des régions où la terre et l'eau n'en contiennent pas assez. Une eau de boisson insuffisamment fluorée accroît le risque de carie. Dans d'autres régions, l'apport en fluor est excessif; ce qui peut entraîner l'apparition de taches sur les dents et de déformations du squelette.

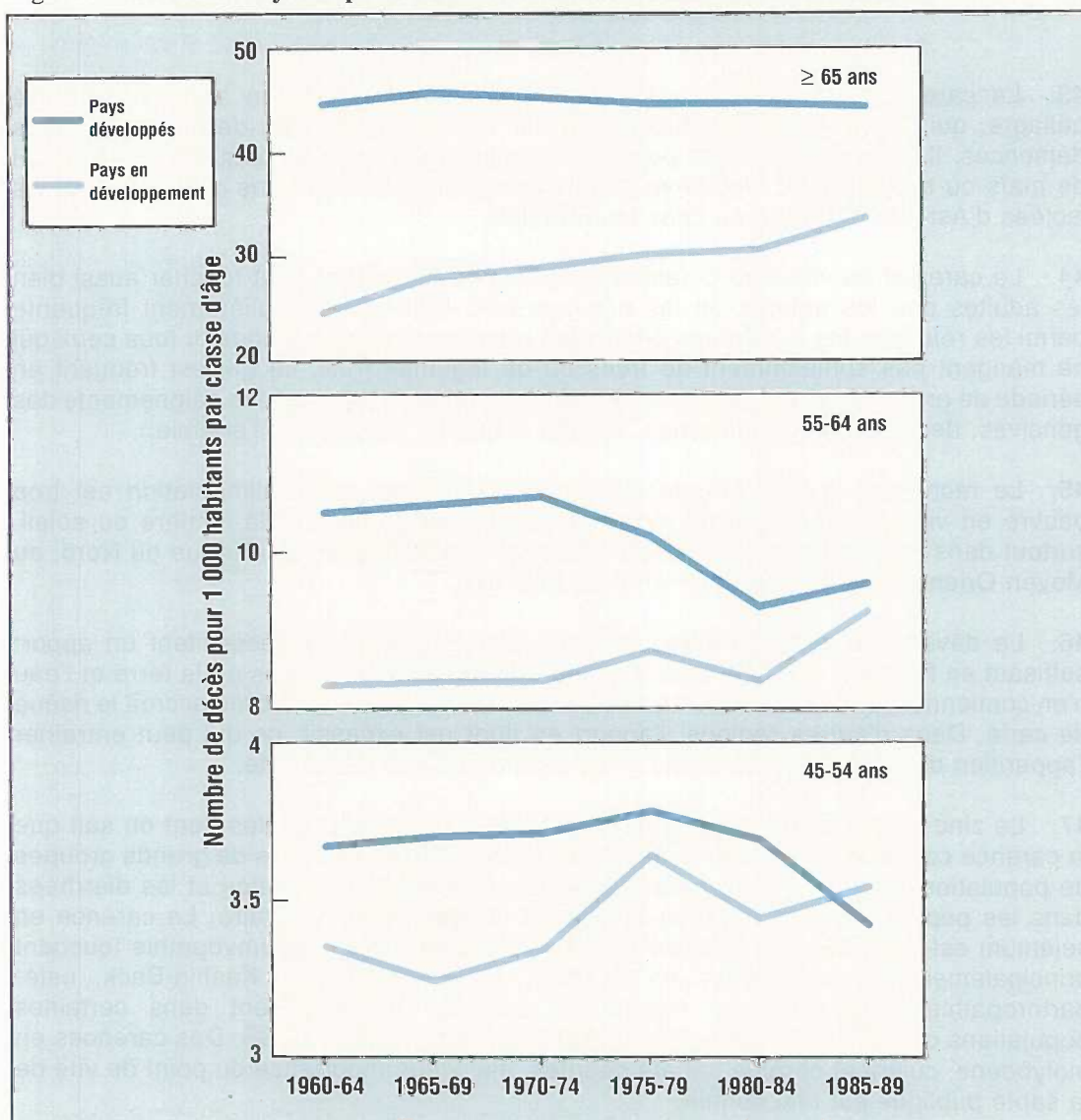
47. Le zinc et le sélénium sont deux oligo-éléments indispensables dont on sait que la carence constitue un problème de santé publique important dans de grands groupes de population. La carence en zinc aggrave les retards de croissance et les diarrhées dans les populations mal nourries et affaiblit le système immunitaire. La carence en sélénium est associée à la maladie de Keshan, qui est une cardiomyopathie touchant principalement les enfants et les femmes, et la maladie de Kashin-Beck, ostéoarthropathie endémique qui frappe les enfants, principalement dans certaines populations de la Chine et des régions d'Asie centrale de l'ex-URSS. Des carences en molybdène, cuivre et chrome ont été décrites, mais leur importance du point de vue de la santé publique est mal définie.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES LIÉES À L'ALIMENTATION

48. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, les problèmes de santé et de nutrition ont considérablement évolué depuis quelques décennies raison de profondes transformations socio-économiques, notamment l'urbanisation rapide et l'évolution des services de santé. On pensait autrefois que le problème des maladies chroniques non transmissibles était mineur, voire inexistant, dans les pays en développement, mais depuis un certain temps on constate qu'il menace de plus en plus certaines catégories sociales même dans ces pays.

49. Depuis une quarantaine d'années, on a établi, notamment dans les pays industriels, d'étroites corrélations entre certaines maladies chroniques non transmissibles et l'alimentation ainsi que d'autres aspects du mode de vie, notamment le stress, la sédentarité et le tabagisme. On a constaté que l'alimentation jouait un rôle majeur dans l'apparition de l'obésité, des maladies cardio-vasculaires, de l'hypertension et des attaques, du diabète sucré (de type 2, non insulino-dépendant), de la carie

Figure 8. Mortalité moyenne par maladies non transmissibles liées à l'alimentation



TABEAU 5. Variation moyenne de différents paramètres entre 1960 et 1985, dans des pays où la mortalité¹ a soit diminué soit augmenté pendant cette période

Paramètres	Pays à mortalité décroissante	Pays à mortalité croissante
<i>(Variation en pourcentage)</i>		
Probabilité de décès avant l'âge d'un an	- 63,7	- 63,2
Espérance de vie	+ 8,2	+ 11,2
Urbanisation ²	+ 17,5	+ 38,6
PNB	+ 445,3	+ 446,5
Calories ²	+ 8,9	+ 18,2
Protéines (g/jour) ²	+ 10,4	+ 21,3
Lipides (g/jour) ²	+ 23,5	+ 46,2

Source: OMS

¹ Mortalité due aux maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

² Seuil de signification $p < 0.02$.

dentaire, de divers cancers et d'autres maladies de l'appareil digestif et du foie. Dans les pays développés, plus de 70 pour cent des décès sont dus à ces maladies.

50. On sait déjà depuis plusieurs décennies que l'expansion de ces maladies est liée à un apport excessif d'énergie, notamment sous forme de lipides et surtout de graisses saturées, ainsi que, dans une certaine mesure, d'alcool et de sel. En conséquence, divers pays ont lancé des campagnes d'éducation pour encourager la population à réduire la consommation de ces aliments et à éviter les comportements qui aggravent l'incidence des maladies de civilisation; ce qui a permis de réduire cette incidence, pour certaines d'entre elles, dans quelques pays développés. C'est pourquoi la situation mondiale est aujourd'hui contrastée, puisque l'incidence tend à augmenter dans certains pays et à baisser dans d'autres.

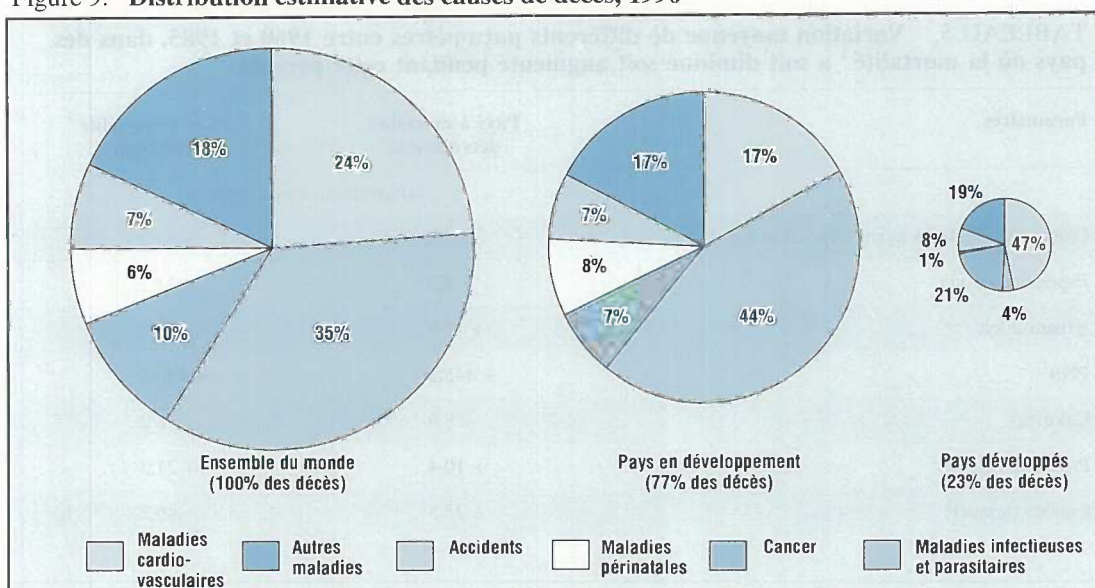
51. En 1991/92, l'OMS a entrepris d'analyser ces tendances et de cerner les facteurs qui les expliquent. Elle a analysé les tendances d'évolution de la mortalité due aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation² dans 42 pays pour lesquels il existe des séries statistiques presque complètes de 1960 à 1989³ (voir figure 7).

52. Sur ces 42 pays, 26 sont considérés comme des pays développés et 16 comme des pays en développement. Il faut noter que les données et services de statistiques de la santé de ces derniers sont meilleurs que ceux de la plupart des autres pays en développement; presque tous ces pays sont considérés comme pays à revenu moyen ou moyen inférieur par la Banque mondiale. Les pays développés correspondent en gros aux pays à revenu élevé et moyen supérieur.

53. La figure 8 montre les tendances d'évolution de la mortalité par classe d'âge (nombre de décès annuels pour 1000 habitants dans chaque classe d'âge) pour ces différentes causes. Dans la population âgée de 45 à 54 ans, on n'observe pas de variations significatives du taux de mortalité sur les trois décennies considérées, que ce

² Tumeurs malignes, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires (sauf rhumatisme articulaire aigu), maladies chroniques du foie et cirrhose, calculs biliaires et cholécystite.

³ Pour ces analyses, l'OMS a employé la **Base de données mondiales pour l'analyse des tendances nutritionnelles**, établie par l'unité de nutrition en collaboration avec l'unité de méthodologie de la surveillance, de l'évaluation et des projections.

Figure 9. Distribution estimative des causes de décès, 1990¹

Source: OMS.

¹ Estimations fondées sur le nombre total des décès estimé par la Division de la population de l'ONU, le nombre des décès par cause chez les enfants de moins de 5 ans estimé par l'OMS (programmes visant les pays en développement), les causes de décès notifiées par les pays développés pour l'annuaire de statistiques sanitaires mondiales et sur l'hypothèse que la structure globale des causes de mortalité dans les pays en développement n'a pas changé depuis 1985.

soit dans les pays développés ou dans les pays en développement. Par contre, dans la population âgée de 55 à 64 ans, la mortalité a diminué de 9 pour cent dans les pays développés et augmenté de 11 pour cent dans les pays en développement. Chez les plus de 65 ans, elle n'a pas varié dans les pays développés mais a très fortement augmenté (37 pour cent) dans les pays en développement.

54. Il est frappant de constater que dans la population âgée de 45 à 54 ans, les taux de mortalité sont les mêmes dans les pays développés et dans les pays en développement. On observe une légère différence pour les 55 à 64 ans. Chez les plus de 65 ans, l'écart entre pays développés et pays en développement est beaucoup plus grand, mais il tend à diminuer depuis quelques années, car le taux de mortalité baisse dans les pays développés et augmente dans les pays en développement.

55. La majorité de ces décès intervient à un âge avancé, mais les facteurs qui y contribuent agissent sur toute la durée de la vie. Comme les modifications de régime alimentaire et de mode de vie peuvent mettre plusieurs décennies à influencer les taux de mortalité, les mesures préventives doivent être prises à un âge assez jeune.

56. La figure 7 montre les résultats obtenus dans la réduction des taux de mortalité due à des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Elle indique la variation en pourcentage de la mortalité due à ces maladies entre 1960-64 et 1985-89 dans 42 pays, chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Ces taux de mortalité ont diminué dans 21 pays (16 pays développés et 5 pays en développement). Cependant, les progrès observés dans les pays en développement sont minimes, sauf à Cuba, pays qui a fait un énorme effort en faveur de la santé publique et dont les statistiques de santé sont remarquables (elles approchent celles des pays développés à plusieurs titres), et où le recul des taux de mortalité dus à ces maladies est important.

57. En revanche, les taux de mortalité ont augmenté dans 21 pays (10 pays développés et 11 pays en développement). Sur les 10 pays développés, quatre étaient situés en Europe occidentale, mais dans ceux-ci l'augmentation de la prévalence est restée à 5 pour cent et donc négligeable. Les seuls pays dans lesquels on a relevé une aggravation importante sont des pays d'Europe orientale et des pays en développement; dans ces derniers, le pourcentage d'augmentation est beaucoup plus important que les pourcentages de diminution observés dans les pays développés.

58. Le tableau 5 montre l'évolution, en pourcentage, d'un certain nombre de paramètres pour différents pays regroupés en fonction de l'évolution de la mortalité due à ces maladies (augmentation ou diminution). L'évolution de trois paramètres, à savoir la mortalité infantile, l'espérance de vie et le PNB par habitant, est similaire dans les deux groupes de pays.

59. Les principaux facteurs dont l'évolution a beaucoup divergé dans les deux groupes de pays sont le degré d'urbanisation et les disponibilités alimentaires. D'après d'autres données, il y a lieu de penser que les facteurs alimentaires les plus importants sont la proportion de lipides et de lipides saturés dans l'apport calorique total.

60. On peut relever certaines caractéristiques des pays extrêmes de la figure 7. Les améliorations les plus prononcées s'observent au Japon, avec une diminution de la mortalité de 27 pour cent. Ces améliorations sont associées à un régime alimentaire favorable et au progrès des soins médicaux et du dépistage. On attribue aussi le recul de la mortalité par ces maladies dans d'autres pays aux efforts d'éducatons considérables qu'ils ont faits pour influencer les habitudes alimentaires, notamment en réduisant la consommation de lipides, de lipides saturés et de sel, et pour promouvoir un mode de vie plus sain.

61. A l'autre extrême on trouve quatre pays en développement caractérisés par une évolution rapide des revenus, de l'urbanisation et des régimes alimentaires (dans un sens défavorable). L'accroissement de la mortalité a dépassé 100 pour cent en Equateur, en Egypte et en Thaïlande.

62. Comme le nombre de personnes qui vivent au-delà de 65 ans augmente dans tous les pays, le nombre absolu des décès dus à ces maladies continue de croître. On craint surtout que les maladies non transmissibles liées à l'alimentation ne tuent de plus en plus tôt dans la vie et n'atteignent une proportion croissante de la population active, ce qui aurait des effets négatifs sur la situation des familles et des communautés et sur le développement national.

63. **Maladies cardio-vasculaires.** Les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine d'environ 24 pour cent des décès dans le monde (soit 12 millions de décès par an)⁴ et constituent la deuxième cause de mortalité. Dans les pays développés, 47 pour cent environ des décès leur sont imputables; la morbidité cardio-vasculaire est liée à l'obésité et à la proportion de lipides saturés dans l'alimentation ainsi qu'à d'autres aspects du mode de vie, notamment le tabagisme et le manque d'exercice physique. Dans les pays en développement, seuls 17 pour cent des décès sont dus à ces maladies (voir figure 9); toutefois, comme 77 pour cent de l'ensemble des décès se produisent dans ces pays le total des décès par maladie cardio-vasculaire y est plus élevé que dans les pays développés.

64. L'OMS surveille l'évolution de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies cardio-vasculaires ainsi que des facteurs physiologiques, comportementaux et autres qui y sont associés. Ses analyses montrent clairement que les taux de mortalité par classe d'âge sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et que les cardiopathies coronariennes causent beaucoup plus de décès que les maladies cérébro-vasculaires. Sur la période 1952-67, la mortalité par cardiopathies coronariennes a fortement augmenté dans la plupart des pays pour les hommes et seulement dans une minorité de pays pour les femmes. Sur la période 1970-85, on a observé une diminution sensible pour les deux sexes dans presque tous les pays sauf en Europe de l'Est et dans certains pays d'Europe méridionale.

⁴ Sur ce total de 12 millions, 7 millions environ surviennent dans des pays en développement.

L'OMS ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

En 1985, l'OMS a lancé un projet décennal appelé MONICA (Monitoring Cardiovascular) visant à aider les autorités responsables de la santé publique à déterminer l'efficacité des programmes de prévention. Ce projet est un des plus ambitieux jamais entrepris; il consiste à suivre la classe des 25-64 ans dans 26 pays, par l'intermédiaire d'un réseau de 39 centres. Chaque centre suit un échantillon d'environ 1 200 personnes, représentatif d'une population de 15 millions de personnes. Les résultats obtenus à ce jour ont fait ressortir des différences entre les trois villes françaises de Lille, Strasbourg et Toulouse en matière de mortalité. C'est à Toulouse que la mortalité est la plus faible et ce phénomène est associé au fait que le régime alimentaire contient plus d'huile, de graisses poly-insaturées, de légumes et de fruits et moins de lipides d'origine animale et de graisses saturées.

Les autres projets lancés par l'OMS pour prévenir et réduire les maladies cardio-vasculaires sont notamment:

- **CARDIAC** (Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparison), étude portant sur 22 pays développés qui vise à déterminer les liens entre le régime alimentaire et l'hypertension artérielle. Ce projet est conduit par le Centre collaborateur de l'OMS de l'Université Shimane à Izumo (Japon).
- **PEP** (Patient Education Project), ce projet concerne 8 pays et vise essentiellement à former les médecins de famille et les infirmières pour qu'ils puissent montrer à leurs patients souffrant d'hypertension artérielle comment se prendre en charge. La Ligue mondiale contre l'hypertension est associée au projet.
- **PBDAY** (Patho-Biological Determinations of Atherosclerosis in Youth) est une étude qui concerne 16 régions du monde et durera cinq ans; elle est menée par l'intermédiaire de 20 centres et son principal objectif est d'étudier le développement de l'athérosclérose en surveillant les phénomènes d'obstruction des artères chez des sujets jeunes.
- Le Projet mondial de surveillance et de prévention des maladies cardio-vasculaires a permis de constituer récemment un réseau de sites d'observation implantés dans des pays en développement, reliés à d'autres sites de l'étude MONICA, dans le but d'aider ces pays à acquérir les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des programmes de prévention. L'OMS collecte des données dans 27 pays, principalement en Europe mais aussi au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Israël et au Japon.
- Le Programme de prévention du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales vise à réduire la morbidité et la mortalité due à ces maladies, qui affectent les enfants, dans différents pays en développement. La Société et Fédération internationale de cardiologie y est associée.

Il est clair que si les pays ne mobilisent pas les fonds, le matériel et le personnel nécessaires, ils ne pourront pas mettre en œuvre les programmes de prévention susceptibles d'enrayer la véritable épidémie de maladies cardio-vasculaires qui nous menace.

Source: *Santé du Monde*, Janvier-février 1992. OMS, Genève.

65. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires a rencontré un succès considérable dans de nombreux pays développés, mais l'accroissement de leur prévalence observé depuis peu en Europe orientale et dans les pays en développement est préoccupante. Elle résulte en partie de l'accroissement de l'espérance de vie, mais la prévalence accrue d'importants facteurs de risques, notamment chez les hommes dans les pays en développement, joue aussi un rôle très important.

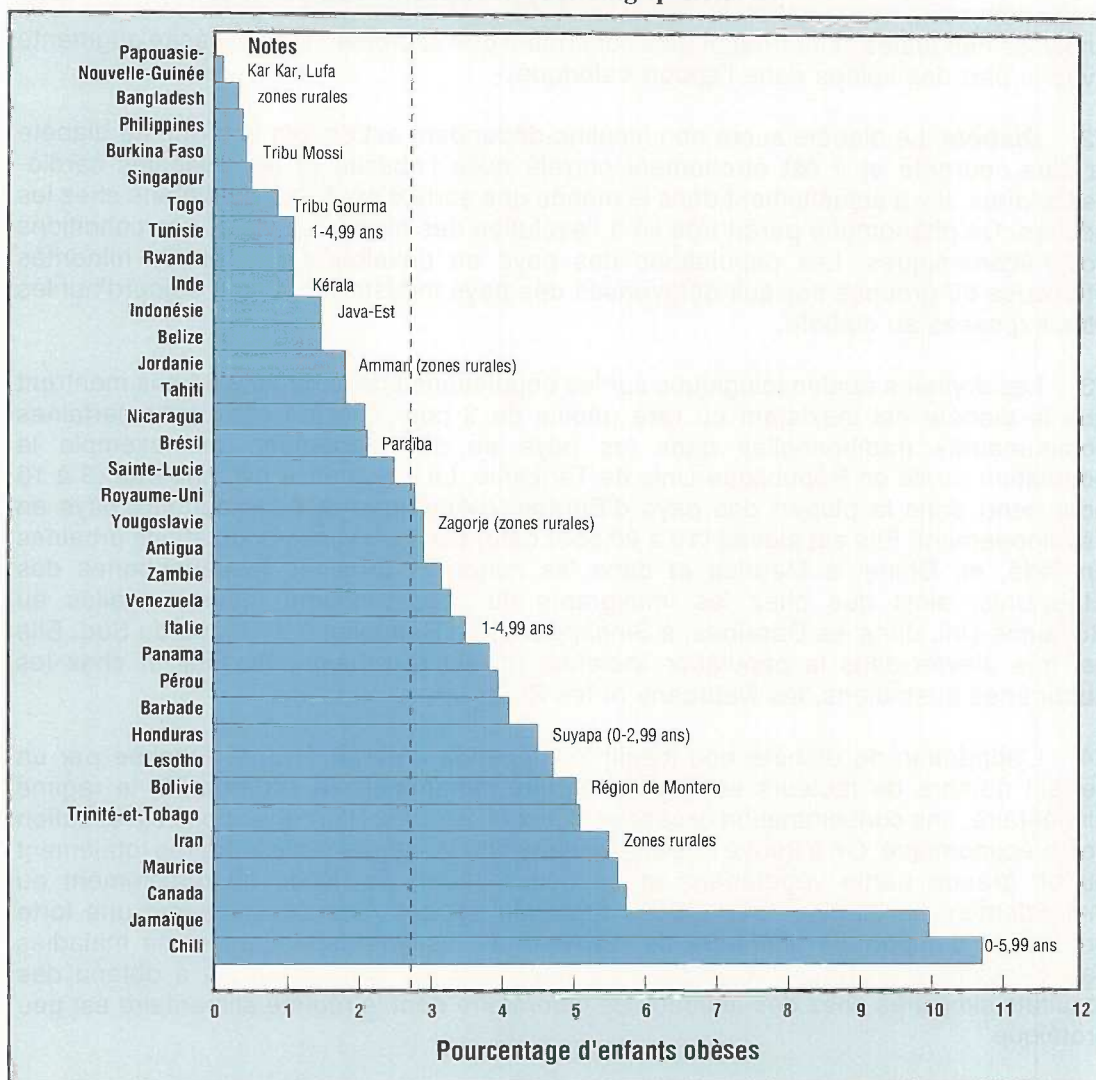
66. **Hypertension artérielle et attaques.** Contrairement à la mortalité par cardiopathie ischémique, la mortalité par maladies cérébro-vasculaires a régulièrement diminué de 1952 à 1985 dans presque tous les pays étudiés dans le cadre du projet MONICA, sauf en Europe orientale. Généralement, les progrès ont été particulièrement rapides dans la période 1970-85.

67. L'hypertension artérielle est fortement corrélée avec les maladies coronariennes et les attaques. Des études ont montré qu'une augmentation de 7,5 mm de mercure de la tension diastolique (ce qui est très peu) accroît le risque de maladies coronariennes de 28 pour cent et le risque d'attaques de 24 pour cent.

68. Un IMC élevé et une forte consommation d'alcool ont, indépendamment l'un de l'autre, des effets importants sur la tension artérielle. Il existe également une corrélation entre la consommation de sel, notamment lorsqu'elle dépasse 6 g par jour, et l'augmentation progressive de la tension artérielle observée avec l'âge dans certains pays et chez certains sujets. Une consommation accrue de potassium et de calcium atténue dans une certaine mesure cet effet.

69. Des études épidémiologiques montrent régulièrement que les végétariens ont une tension artérielle moins élevée que les non végétariens, indépendamment de l'âge, du poids et du poul. Dans différents pays en développement, comme le Ghana, le Kenya et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'hypertension artérielle est de plus en plus fréquente

Figure 10. Prévalence de l'obésité chez les enfants d'âge préscolaire¹



Source: OMS.

¹ Obésité = poids supérieur au poids/taille médian plus deux écarts types. (Dans une population bien nourrie, on estime qu'environ 2,7 pour cent des enfants sont dans ce cas.)

dans les villes mais non dans les campagnes. Des études faites au Kenya ont montré que l'augmentation de la consommation de sel était la cause principale de ce phénomène.

70. **Obésité.** Dans les pays industrialisés, l'obésité touche 7 à 15 pour cent des adultes, aux environs de la quarantaine. Cependant, elle ne concerne pas que les populations riches ou les pays à revenu élevé. Elle est déjà prévalente dans les pays en développement, notamment dans les populations pauvres des pays à revenu moyen et les élites des pays à faible revenu. Dans plusieurs pays des Caraïbes, la prévalence de l'obésité dans les populations urbaines féminines dépasse 30 pour cent. On observe aussi une prévalence élevée d'excès de poids chez les enfants (voir figure 10). L'obésité est un facteur de risque pour les maladies liées à l'alimentation, notamment les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète et certains cancers, et le risque augmente avec le degré d'obésité.

71. L'obésité est en grande partie imputable aux facteurs environnementaux, notamment le régime alimentaire et le niveau d'activité physique. Plus une société est prospère et mécanisée, plus sa population se sédentarise et cette évolution peut toucher aussi bien les adultes que les enfants. Un apport calorique excessif par rapport à la dépense énergétique peut être dû à une consommation trop élevée de n'importe quel macronutriment, mais les lipides favorisent tout particulièrement la prise de poids. Des analyses nationales et internationales confirment que le problème de l'obésité augmente avec la part des lipides dans l'apport calorique.

72. **Diabète.** Le diabète sucré non insulino-dépendant est de loin la forme de diabète la plus courante et il est étroitement corrélé avec l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Il y a actuellement dans le monde une sorte d'épidémie de diabète chez les adultes. Ce phénomène paraît très lié à l'évolution des modes de vie et des conditions socio-économiques. Les populations des pays en développement et les minorités ethniques ou groupes sociaux défavorisés des pays industrialisés sont aujourd'hui les plus exposées au diabète.

73. Les données épidémiologiques sur les populations âgées de 30 à 64 ans montrent que le diabète est inexistant ou rare (moins de 3 pour cent de cas) dans certaines communautés traditionnelles dans les pays en développement, par exemple la population rurale en République-Unie de Tanzanie. La prévalence est modérée (3 à 10 pour cent) dans la plupart des pays d'Europe, d'Amérique et dans certains pays en développement. Elle est élevée (10 à 20 pour cent) dans certaines populations urbaines en Inde, en Chine, à Maurice et dans les minorités urbaines hispanophones des Etats-Unis, ainsi que chez les immigrants du sous-continent indien installés au Royaume-Uni, dans les Caraïbes, à Singapour et en République d'Afrique du Sud. Elle est très élevée dans la population indienne (rurale et urbaine) de Fidji et chez les aborigènes australiens, les Nauruans et les Pima.

74. L'apparition du diabète non insulino-indépendant paraît être déclenchée par un certain nombre de facteurs environnementaux, notamment la sédentarité, le régime alimentaire, une consommation excessive d'alcool, le stress, l'urbanisation et la situation socio-économique. On a trouvé une corrélation entre les régimes alimentaires totalement ou en grande partie végétariens et un risque réduit de décès dû directement ou indirectement au diabète. Des études épidémiologiques récentes indiquent une forte probabilité d'apparition ultérieure de diabète non insulino-dépendant et de maladies cardio-vasculaires lorsque le poids à la naissance est insuffisant. On a obtenu des résultats similaires chez des animaux de laboratoire dont le régime alimentaire est peu protéique.

75. Les autres facteurs alimentaires susceptibles d'expliquer cette situation épidémiologique doivent être étudiés plus à fond. Cependant, les résultats déjà obtenus donnent à craindre que l'"épidémie" de diabète ne progresse considérablement ces prochaines années.

TABLEAU 6. Associations entre certaines composantes de l'alimentation, le poids corporel et certains cancers¹

Site du cancer	Lipides	Poids corporel	Fibres alimentaires	Fruits et légumes	Alcool	Aliments fumés et saumurés
Poumon				-		
Sein	+	+			+/-	
Côlon	++		-	-		
Prostate	++					
Vessie				-		
Rectum	+			-	+	
Endomètre		++				
Bouche				-	+ ²	
Estomac				-		++
Col de la matrice				-		
Oesophage				-	++ ²	+

Source: OMS, 1990

Clé: + = Association positive (augmentation du nombre de cancers avec augmentation de l'apport).

- = Association négative (diminution du nombre de cancers avec l'augmentation de l'apport).

¹ D'après "The Surgeon General's Report on Nutrition and Health DHHS, 1988".² Synergie avec le tabagisme.

76. **Cancer.** Après les maladies cardio-vasculaires, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité dans les pays développés et sont à l'origine de 10 pour cent des décès dans le monde. L'analyse des différentes données recueillies fait apparaître une association entre certains aspects de l'alimentation et différents types de cancer (voir tableau 6). Une alimentation riche en lipides et notamment en lipides saturés paraît associée à un risque accru de cancer du côlon, de la prostate et du sein. La présomption de causalité est la plus forte dans le cas du cancer du côlon et la plus faible dans le cas du cancer du sein. Les conclusions épidémiologiques ne sont pas totalement univoques, mais elles sont généralement confirmées par les études sur animaux de laboratoire.

77. Un régime riche en aliments d'origine végétale, notamment en légumes verts et jaunes et en agrumes, est associé à une faible prévalence des cancers du poumon, du côlon, de l'œsophage et de l'estomac. Les mécanismes expliquant ce phénomène ne sont pas totalement élucidés, mais ces régimes sont généralement pauvres en lipides saturés et riches en amidon et en fibres ainsi qu'en plusieurs vitamines et minéraux, notamment le bêta-carotène et la vitamine A. Toutefois, rien ne permet d'affirmer que ces effets positifs soient dus aux fibres.

78. En outre, la consommation régulière d'une grande quantité d'alcool paraît être une des causes des cancers de la partie supérieure de l'appareil digestif et du foie. L'excédent pondéral est manifestement un facteur de risque pour les cancers de l'endomètre et pour les cancers du sein après la ménopause, mais le lien entre ces cancers et un apport calorique excessif est moins clairement établi.

Effets de la malnutrition

79. La sous-alimentation et les carences en micronutriments peuvent avoir diverses conséquences néfastes pour la santé et le bien-être, et peuvent même être fatales. Quelles soient modérées ou graves, ces conséquences se traduisent par une baisse de la qualité de la vie et un gaspillage de potentialités humaines. En outre, le mauvais état de santé lié à la malnutrition réduit les ressources et la capacité de travail de gens qui sont déjà pauvres et aggrave encore leurs difficultés socio-économiques.

80. La malnutrition et la pauvreté exacerbent souvent des pratiques agricoles destructrices, en raison des efforts désespérés que font les pauvres pour se nourrir. Parallèlement, l'incidence accrue des maladies non transmissibles liées à l'alimentation impose un fardeau supplémentaire aux familles touchées et aux systèmes de soins de santé. La malnutrition, résultant souvent d'un échec du développement socio-économique, compromet à son tour le développement humain, économique et social futur.

81. La faim, la malnutrition, les carences nutritionnelles et les autres maladies liées à l'alimentation ont divers effets débilissants, temporaires ou permanents. De nombreux éléments donnent à penser qu'une mauvaise nutrition affecte considérablement les capacités de reproduction et d'activité physique, la croissance et le développement des enfants, les capacités d'apprentissage, la puissance de travail et la qualité de la vie et le bien-être en général. En outre, la malnutrition affaiblit les défenses contre les maladies infectieuses, accroissant leur fréquence et leur gravité.

82. **Chez les nourrissons et les enfants en bas âge**, la malnutrition aiguë est directement associée à une mortalité élevée. Les retards de croissance et la morbidité et la mortalité sont aggravés chez les enfants nés avec un poids insuffisant en raison d'une malnutrition intra-utérine et d'un mauvais état de santé et de nutrition chez la mère. L'anémie, lorsqu'elle apparaît dans les premiers mois et années de la vie, entraîne une importante baisse des capacités cognitives, de l'activité physique et de la résistance aux maladies. L'anémie maternelle se traduit souvent par un retard de la croissance intra-utérine, une insuffisance pondérale à la naissance et une aggravation de la mortalité périnatale. L'insuffisance pondérale à la naissance est l'indicateur le plus sûr du risque de décès dans les premiers mois de la vie.

83. Outre l'anémie ferriprive, d'autres maladies dues à des carences en oligo-éléments peuvent avoir des effets graves, débilissants, voire fatals. La carence en iode pendant l'enfance peut être une cause d'arriération mentale, de retard dans le développement moteur, d'arrêt de la croissance, de diminution de l'activité physique, de désordres musculaires, de paralysie et de défauts de l'élocution et de l'ouïe. L'avitaminose A est la cause la plus courante de cécité évitable chez les enfants. En raison du rôle de la vitamine A dans la régulation du système immunitaire, une carence même modérée peut entraîner un accroissement du risque de maladies infectieuses, des retards de croissance et une hausse de la mortalité infantile. Il existe apparemment des interactions entre la carence en vitamine A et un certain nombre de maladies, notamment la rougeole.

84. La nutrition influence le développement intellectuel, les capacités d'apprentissage et les résultats scolaires des enfants. Les retards de croissance dus à la sous-nutrition entravent le développement des fonctions motrices et mentales et une sous-alimentation grave se répercute sur la croissance du cerveau et le niveau d'activité. Des études consistant à faire passer des tests périodiques sur 20 ans à des enfants sous-alimentés depuis les années 70 montrent que la sous-alimentation provoque rapidement des retards irréversibles du développement intellectuel. La malnutrition à l'âge préscolaire entraîne des retards de croissance et les enfants qui ont faim à l'école sont moins attentifs et apprennent moins bien. Les enfants qui sont en mauvaise santé et souffrent

de malnutrition chronique, surtout accompagnée d'anémie, pendant la période cruciale des premières années de scolarité, ont souvent une capacité d'apprentissage réduite.

85. **Chez les femmes**, le mauvais état nutritionnel peut avoir de graves répercussions, comme le montrent différents indicateurs de santé, notamment l'incidence de l'anémie. La grossesse et l'allaitement exigent un effort physiologique qui crée une demande nutritionnelle supplémentaire. L'anémie maternelle peut être fatale et elle accroît le risque de retard de la croissance intra-utérine et d'insuffisance pondérale à la naissance et contribue à l'augmentation de la mortalité périnatale. La carence en iode pendant la grossesse accroît le risque d'avortement spontané et la mortalité périnatale et peut être une cause de crétinisme et de déficience du développement cérébral du fœtus.

86. La malnutrition maternelle se traduit souvent par un faible poids à la naissance et une mortalité infantile élevée. De très nombreux autres facteurs influencent le poids à la naissance (stature de la mère, patrimoine génétique, travaux physiques pendant la grossesse, maladies infectieuses, âge, parité et espacement des grossesses, tabagisme, existence de services prénatals, durée de la gestation), mais on estime que jusqu'à 80 pour cent des cas d'insuffisance pondérale à la naissance résultent d'une malnutrition maternelle. Une sous-alimentation aiguë pendant la grossesse entraîne un retard chronique de la croissance intra-utérine et peut réduire le potentiel de croissance ultérieure. Ce problème se transmet de génération en génération: les femmes sous-alimentées dans l'enfance restent frêles et de petite taille, ce qui favorise l'insuffisance pondérale à la naissance de leurs enfants, lesquels donneront à leur tour naissance à des enfants chétifs.

87. **Chez les adultes**, l'anémie due à une carence en fer ou en folate réduit la résistance aux maladies, l'activité physique et la capacité de travail, ce qui se répercute sur leur productivité et leur revenu. D'autre part, la morbidité et la mortalité des adultes sont aggravées par les maladies non transmissibles dues à l'alimentation, comme les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, l'obésité et l'hypertension artérielle.

88. Un mauvais état nutritionnel peut abaisser la productivité, soit directement, soit en accroissant l'absentéisme et en réduisant la motivation. Dans les pays en développement, où beaucoup d'emplois exigent un gros effort physique, la malnutrition peut amoindrir la puissance de travail et l'efficacité ou l'habileté. Différentes études tendent à montrer que la sous-alimentation entraîne une détérioration des performances physiques et une réduction de la force et de l'endurance musculaires en raison de la perte de masse corporelle. L'utilisation de données anthropométriques chez l'adulte pour estimer le degré probable de malnutrition dans l'enfance a permis d'établir un lien entre malnutrition chronique et diminution de la productivité des travailleurs.

Bibliographie du Chapitre premier

- ACC/SCN. 1987. *First report on the world nutrition situation*. Geneva.
- ACC/SCN. 1989. *Update on the nutrition situation: recent trends in nutrition in 33 countries*. Geneva.
- ACC/SCN. 1990. *Appropriate uses of anthropometric indices in children*. State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 7. Geneva.
- Doll, R. & Pétó, R. 1981. *The causes of cancer*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO. 1982. *Malnutrition: its nature, causes, magnitude and policy implications*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/83/6)
- FAO. 1984. *Integrating nutrition into agricultural and rural development projects: six case studies*. Nutrition in agriculture no. 2. Rome, FAO.
- FAO. 1985. *The fifth world food survey*. Rome, FAO.
- FAO. 1992. *The State of Food and Agriculture 1991*. Rome, FAO.
- Gillespie, S., Kevany, J. & Mason, J.B., eds. 1991. *Controlling iron deficiency*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 9. Geneva.
- Government of the United Republic of Tanzania, WHO & UNICEF. 1988. *The joint WHO/UNICEF nutrition support programme in Iringa, Tanzania: 1983-1988 evaluation report*.
- Gurney, M. & Gorstein, J. 1988. The global prevalence of obesity – an initial overview of available data. *World Health Stat. Quar.*, 41:251-254.
- Haddad, L. & Bouis, H. 1991. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford Bull. Econ. Stat.*, 53(1): 45-67.
- Hetzel, B. 1988. *The prevention and control of iodine deficiency disorders*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 3. Geneva.
- James, W.P.T. 1991. *Body mass index: an objective measure for the estimation of chronic energy deficiency in adults*. Aberdeen, Rowett Research Institute.
- Keller, W.D. & Kraut, H.A. 1962. Work and nutrition. In G.H. Bourne, ed. *World Rev. Nutr. Dietetics*, Vol. 3:65-81.
- Keller, W.D. & Fillmore, C. 1983. Prevalence of protein-energy malnutrition. *World Health Stat. Quar.*, 38: 331-347.
- Keys, A. et al. 1984. The seven countries study: 2289 deaths in 15 years. *Prev. Med.*, 13: 141-154.
- King, H. & Rewers, M. 1991. Diabetes in adults is now a Third World problem. *Bull. World Health Organ.*, 69(6): 643-648.
- King, H. & Rewers, M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. (in press)
- Klein, R., Freeman, H., Kagan, J., Yarbrough, C. & Habicht, J. 1972. Is big smart? The relation of growth to cognition. *J. Health Soc. Behav.*, 13:219.
- Kramer, M.S. 1987. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.*, 65(5): 663-737.
- Levin H. 1986. A benefit-cost analysis of nutritional programmes for anaemia reduction. *World Bank Res. Obser.*, 1: 219-246.
- Martorell, R. 1975. Acute morbidity and physical growth in rural Guatemalan children. *Amer. J. Dis. Child*, 129: 1296-1301.
- Mason, J.B., Habicht, J.-P., Tabatabai, J. & Valverde, V. 1984. *Nutritional surveillance*. Geneva, WHO.
- McGuire, J. & Austin, J. 1987. Beyond survival: children's growth for national development. *Assignment Children*. New York, UNICEF.
- Monteiro, C. et al. 1991. Nutritional status of Brazilian children: trends from 1975 to 1989. Nutrition Unit. Geneva, WHO. (mimeo)
- Pollitt, E. 1990. *Malnutrition and infection in the classroom*. Paris, UNESCO.
- Reutlinger, S. & Selowsky, M. *Malnutrition and poverty: magnitude and policy options*. World Bank staff occasional papers no. 23. Washington, DC.
- Sahn, D. & Alderman, H. 1988. The effects of human capital on wages, and the determinants of labour supply in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 29:157-183.
- Spurr, G. 1984. Physical activity, nutritional status and physical work capacity in relation to agricultural productivity. In E. Pollitt & P. Amante, eds. *Energy intake and activity*. New York.
- Strauss, J. 1986. Does better nutrition raise farm productivity? *J. Pol. Econ.*, 94: 297-320.
- UNICEF. 1991. *State of the world's children*. New York.

- Uemura, K. & Pisa, Z.** 1988. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950. *World Health Stat. Quar.*, 41: 155-178.
- US Department of Health and Human Services.** 1988. *The Surgeon General's report on nutrition and health*. Washington, DC.
- WHO.** 1982. *Prevention of coronary heart disease*. WHO technical report series no. 678.
- WHO.** 1986. *Community prevention and control of cardiovascular diseases*. WHO technical report series no. 732.
- WHO.** 1987. *Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000*. Geneva.
- WHO.** 1988. Noncommunicable diseases: a global problem. *World Health Stat. Quar.*, 41(3/4).
- WHO.** 1990. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO technical report no. 797. Geneva.
- WHO.** 1991. *Country studies on nutritional anthropology Brazil 1989*. Geneva.
- WHO.** 1992. *World Health Stat. Ann. 1991*. Geneva.
- WHO.** 1992. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000, second evaluation; and Eighth report on the world health situation (document A45/3).
- WHO.** 1992. National strategies for overcoming micronutrient malnutrition (document A45/17).
- WHO.** 1992. Medium and long term forecasts of prevalence and numbers of malnourished children: global and regional level models. A report submitted to FAO/WHO by A. Kelly.
- WHO/FAO/UNU.** 1986. *Expert consultation: energy and protein and requirements*. Geneva.
- Wolgemuth, J., Latham, M., Hall, A., Chesher A. & Crompton D.** 1982. Worker productivity and the nutritional status of Kenyan construction workers. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 36: 68-78.

Chapitre deux

Facteurs influençant l'état nutritionnel

1. L'état nutritionnel d'un individu dépend de très nombreux facteurs. Presque tout ce qui contribue à rendre l'apport en nutriments insuffisant ou excessif ou à empêcher une utilisation des nutriments contribue à la malnutrition. On peut répartir en trois grandes catégories les facteurs qui influencent le plus directement la nutrition: l'alimentation, à savoir la disponibilité, l'accessibilité et la consommation d'aliments sans danger et de bonne qualité; l'état de santé individuel, notamment le mode de vie et l'utilisation des services de soins de santé; et la capacité de prise en charge des ménages et des collectivités, c'est-à-dire le temps et l'attention prodigués aux individus vulnérables et la capacité de répondre à leurs besoins et de les aider.

2. Chacun de ces facteurs – alimentation, santé et prise en charge – sont indispensables pour une bonne nutrition. Par exemple, la qualité de l'alimentation et de la nutrition des nourrissons dépend autant de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments que des soins de santé et de la prise en charge familiale. Ces facteurs interagissent et toute mesure ayant des effets sur l'un d'eux peut avoir des répercussions importantes sur les autres. Aussi, l'adoption de nouvelles techniques agricoles peut influencer l'état nutritionnel non seulement par ses effets sur les disponibilités alimentaires et les revenus, mais aussi par son influence sur l'hygiène et l'état de santé ou sur le temps disponible pour apporter les soins nécessaires aux différents membres de la famille.

3. Cela dit, la pauvreté est la cause première de la plupart des cas de malnutrition. La sous-nutrition tant aiguë que chronique et la plupart des carences en micronutriments frappent d'abord les ménages pauvres et défavorisés dont les membres ne peuvent produire ou se procurer suffisamment de nourriture, qui vivent dans un environnement difficile ou insalubre, sans accès à de l'eau pure et à des services de base, qui ne bénéficient pas d'une éducation et d'une information appropriées, etc. Par contre, la suralimentation et les régimes déséquilibrés qui peuvent provoquer des maladies chroniques ne connaissent pas de frontières socio-économiques. La suralimentation ne touche pas seulement les groupes les plus riches dans chaque pays, elle peut aussi affecter des groupes à faible revenu dans les pays à revenus moyens ou élevés.

4. Dans le présent chapitre, nous examinerons les facteurs qui ont une influence directe sur l'état nutritionnel, en les regroupant en trois grandes catégories: alimentation, santé et prise en charge. Les politiques générales dans les domaines du développement économique, de la gestion macro-économique, de l'ajustement structurel, de l'agriculture, de la santé, de l'environnement, de la démographie et de l'urbanisation, ainsi que l'environnement économique international qui ne concernent pas directement la nutrition mais peuvent avoir des effets considérables sur l'état nutritionnel de la population, seront examinés au Chapitre trois.

Alimentation et nutrition

CONSOMMATION D'ALIMENTS

5. Le bien-être nutritionnel dépend de l'apport nutritif de l'alimentation, compte tenu des besoins qui sont déterminés par l'âge, le sexe, le niveau d'activité physique, l'état de santé et l'efficacité de l'assimilation. Les maladies infectieuses en particulier modifient l'apport alimentaire et l'assimilation des nutriments. Il existe une très forte synergie entre apport alimentaire insuffisant et maladies infectieuses, si bien qu'il est difficile de savoir ce qu'il faut attribuer à chacun de ces facteurs.

6. Un régime est approprié lorsqu'il fournit suffisamment d'énergie, de protéines, de lipides, de glucides, de micronutriments (vitamines et minéraux) et d'autres composés indispensables, notamment les fibres, pour répondre aux besoins physiologiques de façon équilibrée, diversifiée et culturellement acceptable. Un apport nutritif insuffisant peut provoquer des carences, mais un apport excessif peut aussi entraîner d'autres problèmes de nutrition. L'alimentation doit apporter tous les nutriments nécessaires pour couvrir les besoins en énergie liés au métabolisme et à l'activité, permettre la défense contre les maladies et la croissance. Pendant la grossesse et l'allaitement, les besoins en énergie et en nutriments, notamment en protéines, sont accrus.

7. Dans les années 70 encore, on pensait couramment que la carence protéique était la principale cause de malnutrition et l'on a fait des efforts considérables pour accroître la consommation d'aliments riches en protéines. En outre, on donnait souvent la priorité aux "protéines de haute qualité", d'origine animale. On sait aujourd'hui que des régimes à base de céréales, complétés par des légumineuses, fournissent tous les acides aminés nécessaires pour assurer un apport suffisant en protéines, à condition que la consommation quotidienne soit suffisante pour répondre aux besoins énergétiques. En fait, dans les populations dans lesquelles la sous-alimentation se manifeste par la malnutrition des enfants, la carence énergétique est beaucoup plus grave que la carence protéique.

8. La densité nutritive et énergétique des aliments est particulièrement importante pour les nourrissons et jeunes enfants, car le volume qu'ils peuvent consommer en un seul repas est limité. Même lorsque la nourriture est disponible en abondance, l'allaitement naturel est la façon la plus efficace et économique de répondre aux besoins alimentaires des très jeunes enfants. Dans les quatre à six premiers mois de la vie, les nourrissons n'ont besoin d'aucun autre aliment ou boisson que le lait maternel, *pas même d'eau*, pour satisfaire leurs besoins nutritionnels. En outre, le lait maternel les protège contre les maladies infectieuses, ce qui peut beaucoup contribuer à l'amélioration de leur état nutritionnel.

9. Vers l'âge de quatre à six mois, le moment exact dépendant des circonstances, il faut compléter l'allaitement naturel par divers aliments riches en énergie, disponibles localement, qui doivent être préparés de façon hygiénique et adaptés à l'évolution des besoins nutritionnels des enfants. Les aliments volumineux à faible densité énergétique risquent de ne pas apporter suffisamment de calories aux enfants, à moins d'être complétés par de l'huile. Il est conseillé aux mères de continuer d'allaiter leurs enfants au sein jusqu'à l'âge de deux ans et même plus si elles le souhaitent.

10. La suralimentation et les régimes déséquilibrés accroissent le risque de contracter diverses graves maladies chroniques non transmissibles comme l'athérosclérose, les maladies coronariennes, l'hypertension, les attaques, le diabète et certains cancers. Ces effets sont aggravés par des facteurs comme la consommation d'alcool et le tabagisme, le stress et la sédentarité liés aux modes de vie urbains. La prédisposition génétique joue un rôle important et les individus sont très diversement affectés par ces facteurs.

11. Passant d'un mode de vie rural à des habitudes plus urbaines, les gens ont tendance à adopter un régime qui contient davantage de protéines, de lipides, de glucides raffinés et moins de glucides complexes et de fibres alimentaires. Cela résulte souvent du fait que des aliments plus variés sont disponibles et accessibles. De façon générale, la consommation de fruits et légumes, viande, poisson, produits laitiers, huiles végétales, sucres et céréales raffinées tend à être plus élevée en ville, tandis que la consommation de tubercules, de céréales entières et non raffinées et de légumineuses diminue. Cependant, les habitants pauvres des villes ne peuvent souvent pas acheter ces aliments plus variés et doivent se contenter d'un choix limité d'aliments de base peu coûteux.

DISPONIBILITÉS ALIMENTAIRES ET ACCÈS AUX ALIMENTS

12. Un approvisionnement régulier et suffisant aux niveaux national, régional et familial est la clé du bien-être nutritionnel. C'est pourquoi, dans la plupart des pays à faible revenu et à déficit vivrier, il faut absolument renforcer la production vivrière pour améliorer la nutrition. En outre, l'agriculture, la pêche et la foresterie, ainsi que les industries rurales associées, fournissent des sources de revenu aux paysans sans terre et à leurs familles, qui sont souvent les groupes les plus vulnérables sur le plan nutritionnel. Les priorités sont notamment l'accroissement de la productivité et l'amélioration du niveau de vie des petits producteurs et de tous ceux qui sont défavorisés en raison des conditions climatiques, de la nature des sols ou de leur isolement, le maintien d'une rémunération suffisante des producteurs, leur permettant d'adopter des techniques plus productives et d'utiliser la main-d'œuvre de façon optimale, et l'octroi d'un soutien suffisant à l'agriculture dans le cadre de crédits de développement déjà très limités. Seul un effort concerté visant à réduire les inégalités sociales et la pauvreté permettront de résoudre durablement les problèmes de nutrition.

13. Les problèmes de nutrition ne dépendent pas uniquement de l'approvisionnement alimentaire global. Souvent, ils tiennent au fait que les pauvres n'ont pas le pouvoir d'achat nécessaire pour se procurer les aliments dont ils ont besoin. Même si globalement les disponibilités en aliments salubres et nutritifs sont suffisantes encore faut-il que chaque ménage y ait accès. La sécurité alimentaire au niveau des ménages implique que les ménages aient physiquement et économiquement accès à des aliments satisfaisants sur les plans de la quantité, de la qualité et de la salubrité. Pour cela, il faut que les ménages aient un accès relativement sûr aux ressources nécessaires: aliments, revenus, moyens de production. Produire davantage de nourriture, que ce soit pour l'autoconsommation, pour obtenir un complément de revenu ou pour stabiliser les prix, est un moyen d'améliorer la nutrition.

14. Dans les pays en développement, où deux tiers environ de la population vit à la campagne, la production végétale et animale, la pêche et la foresterie sont des activités qui permettent de se nourrir directement ou d'obtenir les ressources nécessaires pour acheter des aliments. Presque toutes les collectivités du monde, si isolées soient-elles, ont des échanges commerciaux. C'est pourquoi les termes de l'échange, l'efficacité des systèmes de commercialisation, l'existence de prix équitables pour les producteurs et les consommateurs, la situation des ménages en tant qu'acheteurs ou vendeurs nets de produits alimentaires, et l'importance des patrimoines familiaux, notamment la superficie et la qualité des terres, sont des facteurs qui ont une grande influence sur l'état nutritionnel. Les paysans sans terre et leurs familles, qui doivent souvent compter sur des salaires irréguliers et incertains pour acheter leur nourriture, sont parmi les plus menacés par l'insécurité alimentaire. Dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre les indispensables réformes foncières, les petits fermiers et métayers sont aussi très vulnérables. Parmi les citadins qui achètent l'essentiel de leur nourriture, les pauvres sont très vulnérables en cas de fluctuations des prix alimentaires, de dégradation de la situation de l'emploi ou de baisse de leurs revenus.

15. L'amélioration de la nutrition des ménages pauvres est étroitement liée à l'accroissement de leur revenu et de leur patrimoine. Cependant, la pauvreté ne se caractérise pas seulement par l'insuffisance des revenus et des patrimoines, et donc de la consommation, mais aussi par de mauvaises conditions d'éducation, de logement et d'assainissement. Le degré auquel un supplément de revenu se traduira par une amélioration de la consommation alimentaire et des soins familiaux à court terme dépend du revenu actuel, du niveau d'instruction, en particulier de la mère, ainsi que des caractéristiques socio-culturelles du groupe et des choix qu'elles déterminent. Lorsque c'est la mère qui gère le budget familial, les enfants sont généralement mieux pourvus.

16. La saisonnalité de la production dans les pays en développement a aussi des effets sur l'accès à la nourriture car elle entraîne une fluctuation des disponibilités alimentaires, de la trésorerie des ménages, qu'elle provienne de la vente des récoltes ou d'un travail agricole salarié, de l'intensité des travaux agricoles (et donc de la dépense d'énergie) et du prix des aliments. C'est pourquoi le bilan énergétique peut être déséquilibré à certaines périodes, qui coïncident souvent avec l'incidence de certaines maladies infectieuses. Lorsque la pluviosité annuelle se concentre sur une saison, comme en Afrique de l'Ouest, la malnutrition est particulièrement aiguë durant la saison humide qui précède la récolte et pendant laquelle les stocks alimentaires sont épuisés. C'est ainsi que la période durant laquelle le régime alimentaire fournit le moins d'énergie est justement celle pendant laquelle les travaux agricoles en demandent le plus alors que les prix des aliments sont au plus haut et les maladies infectieuses particulièrement virulentes; souvent, en outre, l'endettement est très élevé à ce moment-là.

17. Dans les régions rurales, l'accès aux aliments dépend aussi de la répartition des cultures entre aliments de base, aliments secondaires et cultures de rente. De récentes recherches ont montré que l'adoption de cultures de rente non vivrières a généralement des effets positifs sur la nutrition car elle accroît les revenus des producteurs ruraux, ce qui leur permet d'acheter des aliments s'ils en ont besoin. Certains corollaires, comme la réduction de la diversité des cultures vivrières, les difficultés de trésorerie temporaires, les risques de commercialisation et de production, la diminution de la superficie ou de la qualité des terres affectées aux cultures vivrières et l'accaparement des revenus monétaires par les hommes au détriment des femmes peuvent avoir des effets négatifs, mais globalement l'augmentation des revenus et l'amélioration de la trésorerie sont bénéfiques. Les cultures de rente complètent généralement les cultures vivrières et le revenu qu'elles produisent permet d'acheter des aliments qui complètent la production de subsistance.

18. Les modes de faire-valoir ont une grande influence sur la situation de l'emploi, en particulier dans le cas des travailleurs agricoles sans terres, qui sont souvent la catégorie sociale la plus pauvre et la plus vulnérable sur le plan nutritionnel. La création d'emplois et l'accroissement des revenus salariaux en zone rurale jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'état nutritionnel des pauvres. En outre, même avec un apport énergétique important, il peut y avoir malnutrition si la dépense énergétique liée aux travaux agricoles et ménagers est particulièrement élevée. L'introduction de techniques permettant d'économiser le travail peut être utile mais, dans les zones où sévit un chômage élevé, il faut éviter de supprimer des emplois. Enfin, les pratiques agricoles peuvent avoir des effets importants sur l'état nutritionnel par l'intermédiaire de leur influence sur l'environnement et la santé (migrations ou emploi de pesticides par exemple) et sur les pratiques en matière de soins et d'alimentation.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PRODUITS ALIMENTAIRES

19. Il faut appliquer des méthodes efficaces de contrôle de la qualité pour faire en sorte que les aliments soient sans danger et que leur qualité soit préservée pendant la production, la manutention, la transformation et le conditionnement. Ces mesures aident aussi à réduire les pertes et à promouvoir un régime alimentaire plus sain. Enfin, des

aliments dont la qualité et l'innocuité sont garanties peuvent facilement faire l'objet d'un commerce international, ce qui permet de créer des emplois et des revenus et donc, en fin de compte, d'améliorer l'état nutritionnel.

20. Le contrôle de la qualité des aliments est important aussi bien pour les consommateurs ruraux que pour les citadins. Il nécessite des précautions et des vérifications à tous les stades du circuit de production pour préserver l'innocuité et la qualité des produits. La lutte contre les contaminations microbiennes et chimiques doit être menée partout. La consommation d'aliments mal préparés peut entraîner diverses intoxications. La préparation et le conditionnement des aliments transformés doivent satisfaire à des normes minimales de qualité et de sécurité et ces aliments doivent, au besoin, être enrichis en divers nutriments.

21. La contamination de l'environnement notamment par des résidus de pesticides et autres produits chimiques agricoles est un autre sujet d'inquiétude. Dans la plupart des cas l'on estime que la teneur en résidus chimiques des produits alimentaires reste acceptable, mais il faut chercher à garantir la qualité et l'innocuité constantes de ces derniers pour protéger les consommateurs et promouvoir le commerce international.

22. A la maison comme dans l'industrie alimentaire, il est important d'enseigner comment manipuler et préparer les aliments de façon hygiénique. Des précautions simples peuvent grandement contribuer à la prévention des contaminations alimentaires à la maison, dans les petits commerces et sur les lieux de consommation. Une éducation et une formation appropriées, complétées par des codes de bonne pratique rigoureusement appliqués, permettent de prévenir les contaminations dans l'industrie alimentaire. L'éducation des consommateurs, utilisant divers moyens comme les médias, l'étiquetage des aliments (avec indication des teneurs en nutriments) et les programmes d'alimentation, est particulièrement importante.

23. Des aliments de mauvaise qualité et la transmission de maladies par les aliments peuvent avoir de graves conséquences sociales et économiques. Dans les pays dont les ressources sont limitées, ces conséquences sont parfois catastrophiques. Les maladies d'origine alimentaire entraînent directement des pertes de revenus et de production et un accroissement des frais médicaux. En outre, les denrées alimentaires contaminées peuvent être refusées par les pays importateurs. Enfin, lorsque les produits alimentaires d'un pays ont mauvaise réputation, celui-ci risque de perdre une partie de ses recettes d'exportation et de ses recettes touristiques.

Santé et nutrition

MALNUTRITION, MALADIES INFECTIEUSES ET HYGIÈNE DE L'ENVIRONNEMENT

24. L'amélioration de l'état nutritionnel nécessite des progrès sur les plans de la santé et l'assainissement qui, malheureusement, sont hors de la portée de la majorité de la population mondiale. De l'eau propre en suffisance, un assainissement efficace, des pratiques ménagères hygiéniques, la lutte contre les vecteurs et l'utilisation des services de santé sont autant de facteurs qui contribuent à améliorer l'état nutritionnel. A contrario, tout ce qui aggrave les risques pour la santé accroît aussi le risque de malnutrition. Les maladies diarrhéiques, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose et, depuis peu, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont d'importantes répercussions sur l'état nutritionnel, de même que différentes parasitoses, notamment le paludisme, l'ankylostomiase, l'ascaridiose, l'amibiase et la schistosomiase.

25. La contamination par le virus du SIDA (VIH) et les infections qui lui sont associées, notamment la diarrhée chronique, entraînent une perte de poids et une détérioration de l'état nutritionnel, syndrome si caractéristique qu'à l'origine le SIDA était parfois appelé maladie du dépérissement. Au cours de la prochaine décennie, le nombre de personnes contaminées par le VIH va décupler. On peut s'attendre à une aggravation de la malnutrition qui se répercutera sur la production alimentaire en raison de la diminution de la main-d'œuvre disponible. A terme, toute la population, y compris ceux qui ne sont pas contaminés par le VIH, sera menacée par la malnutrition, en particulier les orphelins de parents victimes du SIDA.

26. Chez les personnes mal nourries, les maladies sont généralement plus fréquentes, plus graves et plus longues. Les besoins nutritionnels sont accrus pendant les épisodes infectieux et immédiatement après, la fièvre notamment entraînant une augmentation des besoins énergétiques. En cas d'infections chroniques ou d'infections aiguës récurrentes, il peut être presque impossible de maintenir un état nutritionnel satisfaisant en agissant uniquement sur le régime. Réciproquement, la malnutrition accroît la vulnérabilité devant la maladie en compromettant l'intégrité des tissus épithéliaux et du système immunitaire.

27. Les infections agissent sur l'état nutritionnel des enfants par différents mécanismes: réduction de l'apport en aliments et en eau à cause de l'anorexie; diminution de l'absorption et de l'assimilation des aliments ingérés; accroissement des pertes en nutriments et en eau, accroissement de la demande métabolique et donc des besoins nutritionnels; altération des mécanismes métaboliques; réduction ou suppression complète par décision délibérée de l'alimentation. Divers états pathologiques entraînent des déficiences nutritionnelles spécifiques. La déshydratation d'origine diarrhéique est une importante cause de mortalité infantile. L'avitaminose A peut être aggravée par des épisodes infectieux, notamment de maladies diarrhéiques et de rougeole, au point d'entraîner une cécité ou la mort. L'ankylostomiase entraîne des pertes de fer. Le paludisme provoque initialement une anémie hémolytique, souvent suivie d'une anémie ferriprive pendant la convalescence. Les carences en vitamine A, iode, fer et zinc affaiblissent le système immunitaire.

28. Il est souvent difficile de déterminer si les retards de croissance sont dus principalement à des maladies infectieuses ou au régime alimentaire. Souvent, ces deux facteurs agissent en synergie, chacun aggravant les effets de l'autre pour produire ce qu'on a appelé le complexe malnutrition-infection. Les effets combinés des maladies infectieuses et d'un régime inadapté pendant ces maladies ne sont pas nécessairement grave chez les enfants bien nourris, mais chez des enfants présentant un déficit pondéral, les infections sont plus graves et durent plus longtemps. Il est indispensable de briser ce cercle vicieux de la malnutrition et de la maladie infectieuse pour améliorer de façon durable l'état nutritionnel.

29. Les maladies d'origine alimentaire sont très répandues dans les pays développés comme dans les pays en développement. Les cas aigus sont causés par des bactéries, virus ou parasites pathogènes ou par des intoxications chimiques. On estime que ces diverses contaminations causent chez les enfants de moins de cinq ans 1 500 millions d'épisodes de diarrhée chaque année, dont l'issue est fatale dans plus de trois millions de cas.

30. L'OMS estime que jusqu'à 70 pour cent des cas de diarrhée sont d'origine alimentaire et que jusqu'à 25 pour cent sont dus à des aliments de sevrage contaminés par *E. coli*. La diarrhée provoque couramment une dégradation des tissus et de l'anorexie, ce qui entraîne une sous-nutrition, notamment chez les jeunes enfants; en outre, certains germes pathogènes peuvent provoquer des avortements spontanés, des accouchements prématurés ou une malformation du fœtus.

31. Les diarrhées chroniques ou récurrentes peuvent aussi entraîner une malnutrition protéino-énergétique, de l'anémie et de l'avitaminose A, en particulier chez les jeunes enfants, ce qui entraîne des retards de croissance ou un affaiblissement du système immunitaire et donc de la résistance à d'autres maladies infectieuses.

32. Les diarrhées (qui sont souvent d'origine alimentaire) sont de toutes les maladies celles qui ont les plus graves répercussions sur la croissance des nourrissons. Les maladies d'origine alimentaire constituent également un important problème de santé chez les adultes. Les personnes âgées et celles dont le système immunitaire est affaibli (par exemple les sujets atteints de cancer et de sida) sont particulièrement sensibles aux effets des agents pathogènes d'origine alimentaire.

33. L'assainissement, l'approvisionnement en eau et la salubrité des aliments ont une influence déterminante sur l'état nutritionnel et la santé. La contamination des points d'eau peut être évitée par des mesures sanitaires concernant notamment l'élimination des excréments et des ordures, mais la disponibilité de l'eau est souvent l'aspect le plus important. L'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement entraînent un recul des maladies diarrhéiques, une amélioration de l'état nutritionnel et une baisse de la mortalité infantile. Les effets de ces améliorations sont aussi liés à d'autres facteurs comme le niveau de revenus et l'instruction. L'installation de points d'eau potable à proximité des logements permet aussi aux femmes de consacrer beaucoup moins de temps et d'énergie à la corvée d'eau.

34. L'inspection des produits alimentaires contribue à protéger les consommateurs ruraux et urbains contre les problèmes de santé dus à des denrées périssables vendues par les circuits de distribution locaux. La consommation de viandes provenant d'animaux malades, le mélange d'eau contaminée au lait et l'absence de réfrigération créent d'importants risques sanitaires. La contamination des aliments par des agents qui provoquent des maladies comme la fièvre typhoïde et les diarrhées aiguës peut aggraver l'état nutritionnel, en particulier chez des sujets vulnérables comme les jeunes enfants. Au sein de la famille, il est indispensable que les aliments soient préparés convenablement et dans de bonnes conditions d'hygiène pour éviter la transmission de maladies. En ville, avec le développement de la consommation d'aliments préparés sur la voie publique, les matières premières et les ingrédients risquent d'être contaminés par des agents pathogènes s'ils ne sont pas convenablement manipulés.

35. Les pratiques agricoles peuvent avoir des effets importants sur la santé des populations rurales. Par exemple, l'irrigation peut multiplier les sites de reproduction des vecteurs du paludisme et de la schistosomiase. De plus en plus souvent, les besoins en eau pour l'irrigation entrent en conflit avec ceux de la consommation directe de l'homme. Il y a là un véritable dilemme puisqu'il faut mettre en balance les éventuels effets négatifs de l'irrigation et les gains résultant d'un accroissement de l'approvisionnement alimentaire et des revenus. En outre, les produits chimiques agricoles mal employés peuvent être dangereux pour la santé.

MODES DE VIE ET RÉGIME ALIMENTAIRE

36. Un mode de vie sain, consistant à avoir un régime alimentaire équilibré, à faire régulièrement de l'exercice physique et à éviter le stress excessif et l'abus d'alcool et de tabac, donne un sentiment de bien-être et peut protéger contre la maladie. Le tabagisme est toujours un problème de santé majeur à l'échelle mondiale, puisqu'il est une cause directe de cancer et de maladies cardiaques et aussi en raison de ses effets sur l'état nutritionnel du fœtus.

37. Des données démographiques recueillies dans de récentes études épidémiologiques confirment que le régime alimentaire et le mode de vie ont une grande influence sur la nature de la malnutrition. Les interactions entre évolution du régime alimentaire, réduction des maladies infectieuses et sédentarisation entraînent une modification des caractéristiques de la morbidité et de la mortalité dans de nombreuses régions qui connaissent une évolution socio-économique rapide. Ainsi, en Europe orientale, de récentes études ont montré que l'espérance de vie diminue dans les régions les moins développées alors même que la mortalité infantile continue de baisser.

38. Les maladies non transmissibles liées à l'alimentation frappent surtout les populations riches, mais elles commencent à apparaître dans les classes pauvres et moyennes des pays industrialisés. En outre, elles atteignent la proportion d'un problème de santé publique dans de nombreux pays en développement; dans certains d'entre eux, les problèmes liés à la suralimentation et aux régimes déséquilibrés commencent même à être aussi préoccupants que la sous-alimentation.

39. La consommation d'une grande quantité de fruits, de légumes, de légumineuses et de céréales entières est généralement associée à une faible prévalence des maladies chroniques liées à l'alimentation. Les régimes associés à un faible risque de maladies cardiaques et de certains cancers se caractérisent par un apport énergétique et lipidique relativement faible (notamment en ce qui concerne les graisses saturées et le cholestérol), la consommation d'aliments contenant suffisamment de glucides complexes, de fibres alimentaires, de vitamines et de minéraux, de fibres alimentaires, et une consommation de sel modérée.

40. L'obésité, souvent due à un apport énergétique et lipidique excessif, accroît le risque d'hypertension, d'attaques, de diabète et de maladies coronariennes. La consommation excessive d'alcool entraîne divers problèmes de santé ainsi que des problèmes sociaux liés à la dépendance. Chez certains sujets, une consommation excessive de sel aggrave l'hypertension. Une consommation élevée de lipides et notamment de graisses saturées est associée à une cholestérolémie élevée, qui est un facteur de risque de maladies coronariennes. Les corrélations entre régime alimentaire et cancers sont moins bien établies mais des éléments donnent à penser que les régimes à forte teneur en lipides aggravent le risque de certains cancers, notamment ceux du côlon, de la prostate et du sein. Dans certaines populations, le cancer de l'estomac est associé à un régime riche en aliments fumés et saumurés. Enfin, la fréquence de la consommation de sucre et autres glucides raffinés est étroitement associée à la carie dentaire.

DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ

41. Divers services de santé peuvent améliorer l'état nutritionnel: la vaccination contribue à éviter l'aggravation de la malnutrition par des maladies infectieuses; les soins curatifs permettent d'accélérer la guérison; la réhydratation orale réduit la gravité et les conséquences des maladies diarrhéiques. Une alimentation appropriée pendant et après les diarrhées permet d'accélérer la convalescence. Le risque, la gravité et les conséquences des diarrhées dans les premiers mois de la vie sont considérablement réduits si

les nourrissons sont nourris exclusivement au sein. Les soins prénataux peuvent accroître le poids à la naissance et les pratiques liées à l'accouchement ont une grande influence sur l'adoption et la durée de l'allaitement naturel. Un apport sélectif de compléments tels que le fer, la vitamine A et l'iode peut être très efficace.

42. Le recours aux soins de santé dépend de la disponibilité des services, d'un personnel qualifié, des infrastructures et des médicaments essentiels ainsi que de l'attitude des populations face à ces services. Ces facteurs sont indissociables et dépendent du soutien que reçoit le personnel de santé, de ses conditions de travail et de sa satisfaction professionnelle. L'acceptabilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé et les relations entre personnel soignant et patients ont une grande influence sur le taux d'utilisation des services de santé.

43. Les services de santé primaires, secondaires et tertiaires ont un rôle clé à jouer dans la prévention de la malnutrition et l'amélioration de la nutrition. Le patient s'intéresse avant tout aux services curatifs de proximité, mais une nutrition convenable dépend aussi d'autres aspects des soins de santé primaires: éducation en matière de santé, eau potable et assainissement de base, assistance sanitaire aux mères et aux enfants, y compris planification familiale, immunisation, lutte contre les maladies endémiques et fourniture de médicaments essentiels. En ce qui concerne la nutrition, les services de santé maternelle et infantile (SMI) ont un rôle central à jouer au niveau local. La mise en place d'un réseau de services de SMI, et notamment le suivi de la croissance des enfants, est un des axes majeurs de la lutte contre la sous-nutrition dans le cadre des services de santé publique. Lorsqu'on décèle un retard de croissance, il faut chercher s'il est dû au régime alimentaire, aux modes d'alimentation ou à des problèmes socio-économiques et prendre des mesures appropriées. Etant donné la situation économique actuelle de nombreux pays pauvres, la densité des services de soins de santé périphériques reste très faible. En raison de contraintes financières, des services mobiles qui étaient courants autrefois ont été supprimés. Les difficultés actuelles entraînent parfois une dégradation de la qualité des services. Ces facteurs aggravent considérablement le risque de malnutrition.

44. De façon générale, les collectivités locales sont mal desservies par les services de santé de type classique. Fondamentalement, le concept des soins de santé primaires suppose que les collectivités participent à leurs propres soins de santé et en organisent les principaux éléments, avec l'aide du dispensaire le plus proche. Depuis la Conférence d'Alma Ata, cette stratégie a été largement appliquée et aujourd'hui une grande partie des communautés de la plupart des pays en bénéficient, mais il reste encore beaucoup à faire. Très souvent, la mise en place d'un service de soins de santé primaires s'appuie sur la création d'un comité villageois et la formation d'agents de santé communautaires. L'attention accordée aux questions de santé et la capacité d'élaborer un programme de soins au niveau local ont une influence majeure sur l'état nutritionnel car tous les aspects des soins de santé se répercutent sur la nutrition. Ces activités de base ont une grande influence sur l'état nutritionnel des jeunes enfants et des mères.

L'INDONÉSIE SE MOBILISE POUR PROMOUVOIR LA NUTRITION ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Gouvernement indonésien a reconnu qu'un taux de fécondité élevé aggravait les difficultés dues à la pénurie de terres, d'emplois et de services et opposait un obstacle majeur à l'amélioration de la situation nutritionnelle. Des stratégies visant simultanément à répondre aux besoins d'une population croissante et à encourager les parents à avoir moins d'enfants sont en préparation.

Les responsables indonésiens de la santé considèrent que l'amélioration de la nutrition et la planification familiale sont deux aspects indispensables et indissociables de l'amélioration de la qualité de la vie. En 1990, la population indonésienne atteignait 179 322 millions d'habitants. Bien que le taux d'expansion ait sensiblement diminué, passant de 2,32 en 1971-1980 à 1,97 en 1981-1990, comme la population indonésienne est très jeune (plus de 64 millions d'enfants de moins de 15 ans), la croissance démographique restera forte jusqu'à la fin du siècle prochain.

Le programme indonésien de la planification familiale, conduit par le Conseil national de coordination de la planification familiale, a obtenu des résultats remarquables dans la réduction du taux de fécondité. Lorsque le programme de planification familiale a été lancé il y a 20 ans, le taux de natalité brut était de 43 pour 1 000; aujourd'hui, il est tombé à 28 pour 1 000. De nombreux facteurs sociaux ont contribué à cette évolution, mais la diffusion et l'utilisation de méthodes de contraception modernes a été la principale cause de la baisse de fécondité.

Malgré l'amélioration de l'apport alimentaire et des pratiques d'alimentation et de prise en charge des enfants, il subsiste d'importants problèmes de nutrition en Indonésie: malnutrition protéino-énergétique (MPE), avitaminose A, carence en iode et anémie nutritionnelle.

Le rôle clé des volontaires de la santé

Un des principaux volets de l'action entreprise par le Gouvernement indonésien pour s'attaquer aux problèmes de la nutrition est le programme "Effort national d'amélioration de la nutrition familiale". Comme les professionnels de la nutrition ne sont pas assez nombreux pour s'occuper d'une population qui atteint 200 millions d'habitants, et dont beaucoup vivent dans des communautés rurales dispersées dans tout l'archipel, l'Indonésie a fait appel à des volontaires de la santé appelés *kaders*.

La réussite du programme de nutrition et de planification familiale est en grande partie attribuable à ces volontaires qui travaillent dans des dispensaires communautaires appelés *posyandu*. Leur nombre a rapidement augmenté ces dernières années et il en existe aujourd'hui 231 589 dans tout le pays. Les volontaires se chargent de différentes tâches nutritionnelles, comme la surveillance de la croissance et la fourniture de compléments nutritionnels, notamment des compléments en fer, des capsules de vitamine A et des doses d'Oralite. Ils rassemblent et transmettent des renseignements destinés à la surveillance nutritionnelle et diffusent des messages d'éducation en matière de nutrition. Outre, ils contribuent à la diffusion de messages concernant la planification familiale, mettant l'accent notamment sur la taille idéale de la famille (une famille heureuse et prospère composée des parents et de 3 enfants) et fournissent des conseils en matière de contraception. Comme ils font partie des communautés et ne sont pas surchargés, ils connaissent bien leurs clients et peuvent plus facilement aborder avec eux des questions délicates de nutrition et de contraception.

Adaptation des valeurs traditionnelles à la vie moderne

La stratégie appliquée par l'Indonésie s'appuie sur les structures et les relations sociales existantes. La politique démographique jouit d'un large soutien: à tous les échelons de l'administration, les femmes de fonctionnaires participent à la mise en œuvre des programmes. Les notables religieux et civils sont activement invités à manifester publiquement leur appui. Des valeurs culturelles traditionnelles comme le partage des responsabilités et la cohésion facilitent la mise en œuvre des programmes de nutrition et de planification familiale. En même temps, les Indonésiens n'hésitent pas à encourager une modification des pratiques culturelles lorsque cela est nécessaire.

Certes, la situation macro-économique détermine en partie dans quelle mesure un pays peut faire face aux problèmes de nutrition et infléchir sa démographie, mais le cas de l'Indonésie montre qu'il n'est pas nécessaire d'attendre une profonde transformation socio-économique pour améliorer la nutrition et abaisser le taux de fécondité. Au contraire, les projections démographiques, les indicateurs nutritionnels et les statistiques agricoles ont convaincu les responsables chargés de la planification et de la définition des politiques publiques qu'il est indispensable d'intervenir dans ces domaines pour préserver les acquis et a fortiori pour pouvoir continuer de progresser.

Soins et nutrition

AU NIVEAU DES MÉNAGES

45. La prise en charge joue un rôle important dans la nutrition et la santé. La malnutrition peut frapper même dans un ménage qui a accès à une alimentation appropriée tant qualitativement que quantitativement et à des services d'assainissement et de santé satisfaisants. Des revenus suffisants, des disponibilités alimentaires accrues et des services de santé renforcés sont nécessaires pour l'amélioration de l'état nutritionnel, mais ils ne sont pas suffisants si les ménages ne peuvent pas en tirer parti. Au-delà de l'amélioration de la capacité de prise en charge des ménages, l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes défavorisés et vulnérables peut aussi dépendre de la capacité et de la volonté d'assistance de la société.
46. La qualité de la prise en charge dépend du degré auquel le ménage et la communauté fournissent le temps, l'attention et l'aide nécessaires pour répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux des enfants et autres membres de la famille. Une bonne prise en charge conduit à une utilisation optimale des ressources humaines, économiques et organisationnelles. En particulier, la prise en charge permet d'employer au mieux les ressources alimentaires du ménage pour l'alimentation des enfants. Elle implique une utilisation efficace des ressources pour protéger les enfants contre les maladies infectieuses, les soigner lorsqu'ils sont malades et aider les autres membres de la société qui ne sont pas autonomes en raison d'une invalidité ou de leur âge. De façon plus générale, la prise en charge doit viser au bien-être psychologique et émotionnel, qui est un objectif en soi et qui se répercute favorablement sur la nutrition et la santé. Le soutien affectif, notamment par le sentiment de sécurité qu'il peut donner, semble avoir un effet majeur sur l'état nutritionnel de l'enfant aux premiers stades de la vie.
47. La prise en charge des individus dans la famille est un aspect important du comportement humain. La nature des soins donnés dépend des ressources du ménage et de l'attitude de ceux qui en déterminent l'emploi. Pour pouvoir protéger et améliorer leur propre situation nutritionnelle et celle des personnes dont ils ont la charge, les gens ont besoin d'un minimum de connaissances en matière de nutrition et de santé et d'indications sur la meilleure manière de répondre à leurs besoins avec les ressources dont ils disposent. Le chef de famille et tous ceux qui assurent la prise en charge de la famille ont besoin non seulement de ressources économiques, mais aussi de temps, d'énergie et de motivation pour veiller de façon aussi équitable que possible au bien-être de tous et pour mettre en pratique leurs connaissances. Pour avoir une bonne nutrition, il faut disposer de divers aliments, biens et services mais, surtout, il faut savoir les employer à bon escient.
48. Les connaissances, attitudes et pratiques des membres de la famille et en particulier du chef de famille et du principal pourvoyeur de soins déterminent en grande partie l'état nutritionnel au niveau des ménages. La malnutrition peut être due à une mauvaise compréhension de l'évolution des besoins nutritionnels avec l'âge et de la meilleure façon d'y répondre à partir des ressources alimentaires disponibles. Les modes et les interdits alimentaires, les pratiques alimentaires inadaptées, les mauvaises méthodes de préparation des aliments et la méconnaissance de certains risques, des besoins alimentaires particuliers liés à certaines situations ou de certains états physiologiques ont des effets négatifs sur l'état nutritionnel. Il est toujours difficile d'agir sur ces facteurs, mais l'éducation en matière de nutrition peut être efficace et contribuer à prévenir et à corriger les problèmes de nutrition.
49. La prise en charge peut être assurée par la mère et le père, ainsi que par d'autres membres de la famille. Cependant, dans de nombreux pays les mères sont débordées de travail et ont très peu de temps disponible en raison de la multiplicité de leurs tâches (travail domestique et travail rémunéré), ce qui a une grande influence sur le choix des

aliments et de leur mode de préparation et sur le soutien affectif accordé aux jeunes enfants. Tous ces aspects de la vie quotidienne ont des effets sur l'état nutritionnel et, dans les populations très pauvres, il faut absolument intervenir à ce niveau pour lutter contre la malnutrition des enfants. C'est pourquoi il est indispensable de prendre en considération la situation des femmes: connaissances, motivations, temps disponible, contrôle exercé sur les ressources y compris le revenu, etc. Les mères instruites et disposant de ressources peuvent mieux faire face aux maladies et autres problèmes des enfants. La position subalterne de la femme dans de nombreuses sociétés peut être une des causes fondamentales de la malnutrition. Lorsque la société dévalorise les femmes et les enfants, ceux-ci sont parmi les premières victimes de la pauvreté et de la malnutrition.

LE RÔLE DES FEMMES DANS LA NUTRITION

De diverses et nombreuses façons, les femmes jouent un rôle capital dans l'état nutritionnel des membres du ménage. Si cette considération vaut pour l'ensemble des pays en développement, elle est particulièrement vraie des familles rurales et appauvries et des foyers dirigés par des femmes.

L'influence exercée par les femmes dans le domaine de la nutrition tient essentiellement à leur rôle d'ouvrières agricoles. Les femmes constituent souvent plus de 50 pour cent de la main-d'œuvre travaillant aux cultures de rapport et accomplissent jusqu'à 80 pour cent des tâches liées à la production de cultures vivrières pour la consommation familiale. Ce sont elles aussi qui s'occupent des jardins potagers, qui fournissent aux familles des légumes, des tubercules et des fruits supplémentaires, ainsi que de l'élevage de petits animaux.

Les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à s'occuper des activités postérieures à la récolte, comme la commercialisation, la transformation (à la maison et en usine), la vente dans la rue et le stockage des produits agricoles. La plupart du temps ce sont aussi elles qui choisissent les denrées consommées à la maison, achètent les aliments et les préparent.

Les femmes contribuent également à l'état nutritionnel de la famille grâce à leurs revenus. Quelque 42 pour cent de la population féminine de plus de 15 ans est salariée et les femmes sont majoritaires dans le secteur économique informel. Ainsi les femmes gagnent-elles une part importante des revenus familiaux nécessaires à l'achat de denrées alimentaires et à la sécurité nutritionnelle du ménage.

Les femmes exercent une influence sur l'état nutritionnel de la population grâce à leurs habitudes alimentaires. Elles sont les dépositaires de l'information sur les aliments et la nutrition, qui va de la connaissance des produits forestiers non ligneux comestibles aux compétences culinaires. Ce sont elles qui sont responsables de l'alimentation des enfants, leur apprennent à bien se nourrir, qui fixent les modes d'alimentation et transmettent aux enfants les normes culturelles liées aux denrées alimentaires.

Les femmes exercent également une influence sur la nutrition par l'intermédiaire des soins de santé qu'elles donnent et qu'elles reçoivent. Les femmes sont presque toujours responsables des soins de santé maternelle et infantile qui incluent le suivi de la grossesse, l'éducation nutritionnelle pendant la grossesse, la fourniture de suppléments alimentaires et nutritifs, l'éducation sanitaire, l'assistance à l'accouchement, la protection de l'allaitement maternel, la prévention des maladies communes et la lutte contre ces maladies et l'assainissement du foyer.

En approvisionnant le foyer en combustible et en eau potable, les femmes contribuent aussi à l'état nutritionnel de la famille. Dans l'ensemble des pays en développement, les femmes sont chargées de la collecte et de l'utilisation des combustibles et de l'eau potable nécessaires à la consommation familiale. Ces deux éléments, outre leur influence sur la durabilité écologique à long terme, jouent un rôle important dans la préparation des aliments, l'état nutritionnel et la santé des ménages.

50. L'allaitement au sein est l'aspect le plus élémentaire et le plus crucial de la prise en charge. Il donne au nourrisson simultanément la nourriture dont il a besoin, une protection contre les infections et des soins affectifs. Pour la mère, l'allaitement renforce les liens avec le bébé et, si celui-ci ne reçoit aucune autre boisson ou nourriture que le lait maternel, les risques de grossesse sont considérablement réduits dans les six premiers mois qui suivent la naissance. L'espacement des naissances protège aussi la santé et l'état nutritionnel de la mère et des autres membres de la famille.

51. Le sevrage, qui s'étend du sixième au vingt-quatrième mois, est une autre phase critique. C'est alors que les nourrissons sont le plus exposés à des risques nutritionnels tels que la contamination des aliments, la réduction de la densité énergétique, une fréquence insuffisante des repas et la perte de la sécurité affective. Il est courant de confier le sevrage à une sœur plus âgée qui n'est pas en mesure de prendre en charge un nourrisson, d'où un risque accru de malnutrition ou même de décès. Souvent, la vie des populations rurales et urbaines pauvres est si dure que le lien entre mère et enfant s'affaiblit considérablement après le sevrage. La qualité de la réponse aux besoins des enfants dépend directement du savoir et de la motivation de celui ou celle qui s'en occupe. C'est ainsi que souvent les problèmes de prise en charge des jeunes filles adolescentes passent inaperçus, alors qu'elles aussi sont vulnérables sur le plan nutritionnel et ont besoin de soins.

52. Il existe une corrélation entre le niveau d'éducation des mères, indépendamment du revenu du ménage, et l'état nutritionnel des enfants et la réduction de la mortalité infantile. Les mères mieux éduquées gèrent mieux les ressources du ménage et cela se traduit par une amélioration de la santé des enfants. Généralement, la mère a d'autant plus recours aux services de soins de santé, a un taux de fécondité d'autant plus bas et prend d'autant mieux soin de ses enfants que son niveau d'instruction est élevé. Les femmes instruites ont plus de pouvoir dans la famille et peuvent obtenir davantage de nourriture et autres ressources pour améliorer la santé et le bien-être de leurs enfants.

53. La répartition de la nourriture dans le ménage est un aspect important, directement lié aux problèmes fondamentaux de l'accès aux aliments et aux soins. Selon les coutumes de chaque société, certains membres de la famille reçoivent proportionnellement plus de nourriture que d'autres, compte tenu de leurs besoins nutritionnels. Des recherches ont montré que les hommes et les garçons sont privilégiés dans certains pays.

54. La malnutrition des enfants est liée à tout un éventail de facteurs familiaux et démographiques, comme la qualité du logement et de l'approvisionnement en eau, le rang de la naissance, l'âge de la mère, l'âge au moment du sevrage et la présence ou l'absence de frères et sœurs. Des naissances trop rapprochées peuvent épuiser les réserves nutritionnelles de la mère. Lorsqu'une femme enceinte souffre de carences nutritionnelles, les besoins du fœtus sont satisfaits en priorité. En outre, indépendamment d'autres facteurs socio-économiques, le fait qu'une famille compte beaucoup d'enfants peut avoir des effets négatifs sur leur bien-être.

PRISE EN CHARGE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

55. Dans les paragraphes ci-dessus, nous avons souligné l'importance de la prise en charge individuelle et familiale pour le bien-être nutritionnel. Cependant, la communauté peut aussi avoir une influence importante. L'état nutritionnel résulte de l'interaction de tout un ensemble de facteurs sociaux, économiques, démographiques et environnementaux. Les sociétés sont guidées par un instinct de survie dont un des aspects essentiels concerne la nutrition. De nombreuses communautés, en particulier dans les pays en développement, vivent dans un environnement physique et économique très dur. Leur capacité de survie dépend en partie de leurs ressources naturelles, qui peuvent être totalement insuffisantes. Par exemple, tel ou tel village peut avoir été établi, pour des raisons historiques, sur une terre inadaptée à l'agriculture, fortement érodée ou épuisée ou dans une région infestée par des agents ou vecteurs pathogènes. Pour survivre, la communauté doit être capable de surmonter ces difficultés, soit avec ses propres ressources, soit avec l'aide des pouvoirs publics ou d'autres contributions extérieures.

56. L'environnement économique peut être tout aussi dur. Par exemple, les villages isolés sont défavorisés par rapport à ceux qui sont situés dans des régions plus proches des marchés et doivent vendre certains de leurs produits primaires à des prix réduits.

LES RÉFUGIÉS, GROUPES VULNÉRABLES

Historiquement, les migrants, qui constituent peut-être la population la plus pauvre du monde, étaient poussés par la nécessité économique à se déplacer, soit à l'intérieur d'un même pays, soit à travers les frontières, pour aller là où ils avaient des chances de trouver du travail. De plus en plus, à cette migration traditionnelle, s'ajoutent les déplacements de réfugiés politiques et de victimes de la sécheresse et d'autres catastrophes naturelles ou de désordres intérieurs ou internationaux. Les migrants ne représentent qu'une petite fraction de la population mondiale, mais ils peuvent avoir une influence importante sur l'adéquation des ressources, notamment l'approvisionnement alimentaire et les services de soins de santé.

Le nombre total de réfugiés tributaires de l'assistance internationale a augmenté rapidement au cours des deux dernières décennies. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) estime que le nombre de réfugiés est passé de 2,5 millions fin 1970 à 8,2 millions dix ans plus tard. En 1992, le nombre total de réfugiés assistés a atteint quelque 19,5 millions de personnes. Sur ce nombre, 6 millions résident dans des camps de réfugiés en Afrique et 8 millions se trouvent au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Asie du Sud-Est. En Amérique du Nord et en Europe, le nombre de réfugiés est passé de quelque 2 millions en 1991 à 3,5 millions en 1992 en raison des conflits ethniques d'Europe orientale et, notamment, de Yougoslavie. Les autres réfugiés se trouvent en Amérique latine, en Asie et en Océanie. Il est devenu de plus en plus difficile de résoudre les problèmes des réfugiés. En conséquence, davantage de réfugiés demeurent pendant des périodes de temps plus longues dans des conditions de dépendance au moins partielle vis-à-vis de l'aide alimentaire.

Des niveaux élevés de malnutrition protéino-énergétique aiguë ont été observés au cours de la dernière décennie, notamment parmi les réfugiés d'Afrique. Cette situation est due à diverses causes. Dans un certain nombre de situations d'urgence, les réfugiés sont déjà mal nourris lorsqu'ils trouvent un asile. Parfois, leur malnutrition est la conséquence de pénuries alimentaires dans leurs pays d'origine, qu'elles soient dues à des causes naturelles ou politiques, ou comme dans la Corne de l'Afrique, à une combinaison des deux. Les pénuries alimentaires sont souvent un facteur contribuant à la décision de fuir. Parfois aussi, la malnutrition à l'arrivée dans un camp de réfugiés est la conséquence de pénuries alimentaires pendant la fuite. La majorité des réfugiés fuient leur maison à pied et beaucoup marchent pendant des semaines sans s'alimenter suffisamment. Les réfugiés qui arrivent mal nourris au premier stade d'une situation d'urgence rencontrent des problèmes aigus du fait que les mécanismes destinés à répondre à leurs besoins ne sont pas encore mis en place. S'ils ne peuvent pas recevoir une ration alimentaire complète dès le début, l'état nutritionnel des réfugiés qui étaient relativement bien nourris à l'arrivée ne peut que se dégrader. Les risques sanitaires dus à la surpopulation, à l'insuffisance des abris et des approvisionnements en eau et à d'autres facteurs nuisibles à la santé publique sont généralement plus importants aux stades initiaux. La dégradation de l'état nutritionnel peut être rapide et entraîner une augmentation immédiate des taux de morbidité et de mortalité.

La prévalence de la malnutrition aiguë a atteint le niveau dramatique de 50 pour cent parmi les Ethiopiens réfugiés dans l'est du Soudan en 1985, après avoir fui la famine et la guerre civile. Les taux de malnutrition sont demeurés élevés pendant les huit mois qui ont suivi leur arrivée, c'est-à-dire en

57. L'aptitude d'une communauté à faire face à ces difficultés dépend de sa structure et de son organisation, des capacités de ses dirigeants, de leur volonté de coopérer entre eux et de servir les intérêts de la collectivité dans son ensemble. Les villages ont généralement une hiérarchie formelle ou informelle, un conseil ou autre structure de gestion. La compétence de cet exécutif et les encouragements et aides fournis par les organes locaux de l'administration publique ont une grande influence sur les moyens que la collectivité peut mobiliser pour faire face à ses problèmes externes et internes.

58. L'organisation sociale et la compétence des dirigeants peuvent aussi avoir des effets importants sur l'état nutritionnel de la communauté. Par exemple, des dirigeants entreprenants peuvent organiser les activités collectives nécessaires pour l'entretien des routes et ponts du village. Les agriculteurs peuvent se regrouper pour faciliter les échanges commerciaux avec l'extérieur et l'accès aux services gouvernementaux.

attendant que des rations de secours et des soins de santé efficaces soient organisés. Des taux relativement élevés de malnutrition aiguë (45 pour cent) ont été aussi observés parmi les soudanais du sud réfugiés dans l'ouest de l'Éthiopie en 1990, en raison des obstacles qui ont entravé la fourniture de rations alimentaires, d'eau et de services d'assainissement et de santé. Parmi les Somalis réfugiés dans l'est de l'Éthiopie, l'état nutritionnel s'est en fait aggravé pendant les six premiers mois après leur arrivée dans le pays hôte (1988/89). L'apport énergétique quotidien moyen de la ration alimentaire distribuée de février à mai 1989 était de 1 463 kg/calories par personne, alors que le minimum recommandé est de 1 900 kg/calories par personne et par jour. Au manque de nourriture sont venus s'ajouter la surpopulation et l'insuffisance des approvisionnements en eau et de l'assainissement, qui ont entraîné une prévalence élevée des maladies transmissibles et des taux de mortalité élevés.

Des niveaux aussi élevés de malnutrition ont été observés parmi les Somalis réfugiés dans le nord du Kenya et à Djibouti en 1991 et pendant le premier semestre de 1992. Pour remédier à ces situations, on a instauré des programmes d'alimentation sélective ciblés sur les mal nourris et des programmes de prévention. Bien que la récupération nutritionnelle grâce à des programmes d'alimentation sélective soit efficace, ces programmes reposent sur la fourniture d'une ration générale appropriée à tous les réfugiés et ne peuvent pas la remplacer.

Dans certaines situations, les taux de sous-nutrition sont demeurés faibles ou ont diminué rapidement (en Thaïlande en 1979 et au Pakistan en 1980). Dans les deux cas, des opérations de secours d'urgence ont été organisées rapidement et des systèmes efficaces de livraison de denrées alimentaires et de soins de santé ont été mis en place à temps pour prévenir des problèmes sanitaires et nutritionnels à long terme. Plus récemment, en 1990, une malnutrition généralisée a été évitée en Guinée, dans l'ouest de l'Afrique, où en l'absence d'aide internationale immédiatement disponible, des réfugiés libériens ont été aidés grâce à la générosité de villageois guinéens.

La prévalence de la malnutrition aiguë est restée faible parmi les réfugiés mozambicains au Malawi. Toutefois, la ration alimentaire n'a pas été d'une qualité suffisante pour éviter l'apparition de plusieurs importants foyers de pellagre (1989/90). Le scorbut a sévi de manière chronique dans les camps de réfugiés de la Corne de l'Afrique, en Éthiopie, en Somalie et au Soudan, notamment, où les rations alimentaires, composées de deux ou trois denrées seulement, n'apportaient de la vitamine C qu'en quantités bien inférieures au taux quotidien recommandé. Le manque de variétés des rations de secours de base est un facteur de risque important pour les carences en micronutriments, comme la pellagre et le scorbut. Le risque est plus élevé dans les situations de dépendance prolongée et totale vis-à-vis de l'aide alimentaire extérieure. Mais lorsque le gouvernement hôte est prêt à intégrer les services, à promouvoir l'autosuffisance et à faciliter l'accès aux emplois, lorsqu'ils existent, la vulnérabilité des réfugiés s'en trouve nettement diminuée.

L'arrivée de réfugiés peut être très difficile à gérer lorsque le gouvernement du pays d'accueil n'est pas en mesure de les prendre en charge et que les organisations internationales n'ont pas les ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins. Des politiques et arrangements internationaux et une mobilisation de ressources internationales sont indispensables pour faire face à ces tragédies.

Source: CNUCED

59. Lorsque la sensibilité aux problèmes nutritionnels, sanitaires ou sociaux est suffisante, le comité villageois ou des groupes informels, notamment des organisations de femmes, peuvent repérer les individus qui souffrent de malnutrition, les familles en difficulté, les personnes déplacées, les paysans sans terre ou autres ménages défavorisés. Dans une communauté bien organisée, des organisations locales prennent en charge ces personnes. Ailleurs, l'état nutritionnel et d'autres indicateurs de la qualité de la vie sont généralement sensiblement moins bons.

SÉCURITÉ SOCIALE

60. Outre l'action communautaire, il existe des mécanismes de prise en charge plus structurés, par exemple, des systèmes de sécurité sociale gérés par les pouvoirs publics ou des organisations non gouvernementales. Ces systèmes sont généralement organisés au niveau de l'administration nationale ou locale et sont beaucoup plus fréquents dans les zones urbaines.

61. La prise en charge systématique des problèmes nutritionnels au niveau de la société est actuellement en phase transitoire. La modernisation des communautés et l'exode rural se traduisent par un affaiblissement des structures traditionnelles de prise en charge au niveau familial et communautaire. Ce phénomène s'observe en particulier dans le cadre de la famille élargie et peut entraîner l'abandon de certains groupes de personnes, à moins que l'administration publique ou d'autres institutions n'interviennent. Dans de nombreux pays, des organisations bénévoles s'efforcent de combler les lacunes de la prise en charge. Dans plusieurs pays développés, l'Etat a mis en place un système de sécurité sociale qui assure un revenu minimum.

62. Les rapports entre sécurité sociale et nutrition ne sont pas les mêmes dans les pays développés et dans les pays en développement. De nombreux pays en développement subventionnent les produits alimentaires au stade du commerce de détail, en particulier dans les villes, ce qui contribue à accroître l'apport calorique pour les plus pauvres. Certains pays ont lancé des programmes d'alimentation pour les mères, les nourrissons et les enfants scolarisés. Il existe dans quelques pays en développement différents mécanismes de sécurité sociale (assurance maladie, assurance invalidité, allocations de chômage, etc.), mais ils ne sont pas généralisés et ne concernent que les titulaires d'un emploi déclaré. La plupart des pays en développement n'ont pas les ressources nécessaires pour mettre en place un véritable système de sécurité sociale tant qu'ils n'atteignent pas un niveau de revenu moyen. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, les personnes âgées sont souvent tenues à l'écart. Dans certains pays, ces groupes vulnérables bénéficient d'aides telles que la distribution de produits alimentaires et de repas. De même, les programmes visant d'autres groupes défavorisés comme les invalides peuvent aussi être considérés comme des formes de prise en charge. Enfin, lorsque des réfugiés traversent une frontière internationale, des institutions internationales sont statutairement tenues d'intervenir pour leur assurer un minimum de bien-être et les ressources qu'elles fournissent, sous forme d'aliments et d'autres biens et services, s'inscrivent dans une stratégie de prise en charge.

Bibliographie du Chapitre deux

- Abdullah, M. & Wheeler, E.** 1985. Seasonal variations and the intra-household distribution of food in a Bangladeshi village. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 41: 1305-13.
- Alderman, H.** 1990. *Nutritional status in Ghana and its determinants, social dimensions of adjustment in sub-Saharan Africa*. Working paper no. 5. Washington, DC, World Bank.
- Behrmann, J.R., Deolalikar, A.B. & Wolfe, B.L.** 1988. Nutrients: impacts and determinants. *World Bank Econ. Rev.*, 2(3): 299-320.
- Berg, A.** 1981. *Malnourished people: a policy view*. Washington, DC, World Bank.
- Chambers, R., Longhurst, R. & Pacey, A., eds.** 1981. *Seasonal dimensions to rural poverty*. London, Frances Pinter.
- Chen, L.** 1983. Interaction of diarrhoea and malnutrition. In L.C. Chen & N. Scrimshaw, eds. *Diarrhoea and malnutrition: interaction, mechanisms and interventions*, p. 3-19. New York, Plenum Press.
- Chen, L., Huq E. & Huffman, S.** 1981. A prospective study of the risk of diarrhoeal diseases according to the nutritional status of children. *Amer. J. Epidemiol.*, 114: 284.
- Haaga, J.G & Mason, J.B.** 1987. Food distribution within the family: evidence and implications for research and programmes. *Food Policy*, 12(2): 146-160.
- Heller, P. & Drake, W.** 1979. Malnutrition, child morbidity and the family decision process. *J. Dev. Econ.*, 6: 203-235.
- Hornik, R.** 1985. *Nutrition education*. ACC/SCN State-of-the-art review. Nutrition policy discussion paper no. 1. Geneva.
- Kielmann A. et al.** 1983. Child and maternal health services in rural India: the narangwal experiment. *Integrated nutrition and health care*, vol. 1. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Lipton, M.** 1983. *Poverty, undernutrition and hunger*. World Bank staff working paper no. 597. Washington, DC.
- Longhurst, R.** 1984. *The energy trap: work, nutrition and child malnutrition in northern Nigeria*. Cornell international nutrition monograph series no. 13. Ithaca, NY.
- Martorell, R., Leslie, J. & Moock, P.** 1984. Characteristics and determinants of child nutritional status in Nepal. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 39: 74-86.
- Mata, L.J.** 1978. *The children of Santa María Cauqué: a prospective field study of health and growth*. The MIT Press international nutrition policy series no. 2. Cambridge, MA.
- Rowland, M. et al.** 1977. A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Brit. J. Nutr.*, 37: 441-450.
- Rowland, M., Rowland, S. & Cole, T.** 1988. Impact of infection on the growth of children for 0 to 2 years in an urban West African community. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 47: 134-138.
- Sahn, D.E., ed.** 1989. *Seasonal variability in Third World agriculture: the consequences for food security*. Baltimore, MD, Johns Hopkins Press.
- Sahn, D.** 1990. *Malnutrition in Côte d'Ivoire: social dimensions of adjustment in sub-saharan Africa*. Working paper no. 3. Washington, DC, World Bank.
- Scrimshaw, N., Taylor C. & Gordon J.** 1968. *Interaction of nutrition and infection*. Geneva, WHO.
- Tomkins, A.** 1981. Nutritional status and severity of diarrhoea among preschool children in rural Nigeria. *Lancet*, 1: 860-862.
- Tomkins, A. & Watson, F.** 1989. *Malnutrition and infection: a review*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 5. Geneva.
- Wolfe, B. & Behrman, J.** 1982. Determinants of child nutrition, health, and nutrition in a developing country. *J. Devel. Econ.*, 11:165-193.

Chapitre trois

Politiques de développement et nutrition

1. Les liens entre les politiques de développement et le bien-être nutritionnel sont nombreux et variés. Les causes fondamentales des problèmes de sous-nutrition et leurs solutions résident souvent hors du champ de la nutrition proprement dite. Dans bien des cas, les stratégies gouvernementales visant à réduire l'incidence et la prévalence de la malnutrition à l'échelle nationale qui sont les plus efficaces sont celles qui cherchent à promouvoir la croissance du revenu national en même temps que l'équité, plutôt que celles qui sont ciblées sur la malnutrition elle-même.
2. En dépit de ces liens, les planificateurs nationaux et les responsables politiques ne prêtent pas suffisamment attention aux implications des politiques de développement sur la nutrition. Aussi ces politiques n'apportent-elles pas tous les bénéfices nutritionnels auxquels on pourrait s'attendre. Dans certains cas, les grandes orientations politiques ont un impact négatif sur le bien-être nutritionnel. Par exemple, la poursuite de l'industrialisation aux dépens du secteur agricole a parfois été la source de problèmes nutritionnels. Les politiques macro-économiques qui tentent de corriger les déséquilibres entre l'offre et la demande globales, mais sans faire suffisamment attention à leurs conséquences sociales et nutritionnelles, peuvent être la source de graves problèmes nutritionnels, notamment pour les ménages défavorisés et vulnérables. Même lorsque l'amélioration de la nutrition ne fait pas partie des objectifs prioritaires des politiques de développement sectoriel ou sous-sectoriel, les responsables politiques devraient veiller à identifier l'impact potentiel de ces politiques sur la nutrition.
3. En même temps, les interventions ciblées qui visent à supprimer des obstacles spécifiques au bien-être nutritionnel devraient être conçues et analysées dans un contexte politique plus large. Un programme visant à améliorer l'alimentation, la santé ou les services sociaux peut être efficace, sans avoir pour autant un impact mesurable sur le bien-être nutritionnel, si les politiques générales de développement ne sont pas conçues de façon à avoir un effet positif sur la nutrition.

EFFETS DES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT SUR LA NUTRITION

4. Le présent chapitre est consacré à l'examen de l'impact nutritionnel de la politique menée en matière de croissance économique et de gestion macro-économique, des politiques agricole, sanitaire, environnementale et démographique, de l'urbanisation et de l'environnement économique international.
5. L'influence de ces différentes politiques sur la nutrition varie selon les caractéristiques des groupes vulnérables et les mécanismes qui entrent en jeu. Elle s'exerce par le biais d'un ou plusieurs des facteurs directs ci-après: l'alimentation, la santé, la protection sociale, et de leur interaction. Des politiques de développement correctement mises en œuvre peuvent améliorer les revenus des ménages en créant des emplois et/ou en influençant les prix des biens et services, notamment des denrées alimentaires. Par exemple, de nombreux gouvernements subventionnent les prix des denrées alimentaires, ce qui souvent profite surtout aux consommateurs urbains. Les politiques peuvent contribuer à maintenir à un certain niveau et/ou à renforcer la productivité des ressources, comme la terre et la main-d'œuvre appartenant aux groupes vulnérables, par le biais soit de législations concernant les politiques agricoles et de défense de l'environnement, soit de politiques sanitaires renforçant la productivité de la main-d'œuvre. Les politiques peuvent aussi viser à développer des services comme la vulgarisation agricole, les dispensaires, crèches, écoles, centres de dotations agricoles et marchés, ainsi que l'infrastructure (routes, ponts, puits et approvisionnement en eau potable) et exercer de ce fait une influence bénéfique sur la nutrition.
6. Enfin, l'environnement économique international influence de manière décisive les perspectives de développement et les ressources qu'un pays peut consacrer à tous les secteurs affectant l'alimentation, la santé et la protection sociale et peut donc avoir un impact très marqué sur la nutrition.

Croissance économique, politiques macro-économiques et nutrition

7. Par croissance économique, on entend généralement la croissance du produit national brut (PNB) par habitant. Toutefois, cette méthode est critiquée car elle ne tient pas compte de certaines caractéristiques importantes des flux des revenus nationaux qui déterminent pratiquement la fidélité avec laquelle le PNB reflète le niveau de bien-être social dans un pays. En particulier, le PNB par habitant ne dit rien de la répartition du revenu national: or, le même niveau de revenu national produit des résultats très différents sur le plan social selon qu'il est relativement bien distribué parmi la population ou qu'il profite à certains groupes seulement. Une autre unité de mesure, à savoir l'indice de développement humain, qui comprendrait le PNB par habitant, l'espérance de vie et le degré d'alphabétisation, a été proposée. Mais elle n'est pas encore parfaitement au point et doit faire l'objet d'études plus approfondies.

8. A quelques exceptions près, toutefois, il existe une relation étroite et cohérente entre le PNB par habitant et les indicateurs du bien-être social. Par exemple, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans baisse à mesure qu'augmente le PNB par habitant. En outre, cet effet est plus fort pour les groupes à faible revenu et s'affaiblit à mesure que le revenu augmente.

9. La croissance du revenu peut améliorer le niveau de vie, le bien-être personnel et la nutrition de plusieurs manières. A mesure que les revenus réels augmentent, la demande de biens et services augmente elle aussi et davantage d'emplois sont disponibles, ce qui permet à davantage de gens de satisfaire leurs besoins en vivres, soins de santé et logements sûrs et sains. Toutefois, les pauvres et les vulnérables ne profitent de la croissance que si l'Etat prend des mesures spécifiques à cet effet. Lorsqu'un pays a des indicateurs de bien-être social d'un niveau bien inférieur à ceux d'autres pays à PNB identique, on peut considérer qu'il présente une croissance "non dirigée". Il s'agit de pays où un revenu national relativement élevé est inégalement distribué et où les dépenses de l'Etat pour le secteur social sont relativement faibles.

10. Inversement, il existe des pays dont les indicateurs de bien-être social sont supérieurs à ce que laisse à penser le seul PNB. L'Etat a pour politique d'assurer à chacun la satisfaction de ces besoins élémentaires que sont des vivres et des soins de santé primaires bon marché. D'autres pays cherchent à promouvoir une croissance économique qui n'exclut pas l'équité, en favorisant une répartition plus équitable des revenus ainsi que les investissements dans la mise en valeur des ressources et des compétences humaines.

11. Sans une croissance économique soutenue, l'impact de la redistribution des revenus et des avoirs sur l'amélioration à long terme et continue du bien-être de la population a tendance à être limité. Par conséquent, il semble que la meilleure solution soit de mettre l'accent sur l'équité, en même temps que sur la croissance, dans le cadre d'une stratégie de développement. L'expérience montre que l'équité et la croissance économique, loin d'être incompatibles, ont tout intérêt, au contraire, à aller de pair.

12. Les gouvernements qui veulent assurer à la fois la croissance et l'équité pour améliorer la nutrition ont le choix entre plusieurs options. Les stratégies de développement peuvent avoir des effets différents selon les groupes de population: certains en profitent, tandis que d'autres sont laissés pour compte. Il est particulièrement important de s'assurer que le revenu réel des pauvres et des groupes vulnérables progresse sensiblement parallèlement à la croissance.

13. Les politiques macro-économiques, c'est-à-dire celles qui concernent la monnaie, la fiscalité, les taux de change, les salaires, les prix et le commerce extérieur, montrent bien comment l'état nutritionnel des différents groupes de population peut être affecté par les décisions politiques. Par exemple, les politiques macro-économiques auront un effet négatif

sur la nutrition si elles sont défavorables au secteur alimentaire et agricole et aux zones rurales, ainsi qu'aux pauvres et aux groupes vulnérables ou entraînent une réduction des services sociaux (santé, éducation, etc.) et des subventions dont bénéficient certaines denrées. Ces effets adverses pourraient se produire, en particulier, dans des pays en développement ayant mis en œuvre des programmes d'ajustement structurel qui impliquent souvent la suppression des subventions aux prix des denrées alimentaires et une réduction des services sanitaires publics, en vue de réduire les déficits budgétaires et de parvenir à un équilibre entre l'offre et la demande intérieures globales. L'impact des programmes d'ajustement structurel sur la croissance économique, l'emploi et la répartition des revenus n'est pas non plus sans effet sur l'état nutritionnel de la population. Dans la plupart des cas, les programmes d'ajustement pèsent plus lourdement sur les épaules des groupes défavorisés et des groupes vulnérables sur le plan nutritionnel.

14. La question n'est pas de savoir si l'ajustement est nécessaire ou pas: car, de toute façon, à long terme, ce sont les pauvres et les vulnérables qui continueront à souffrir, ou souffriront encore plus, si les déséquilibres macro-économiques persistent. Mais il faut trouver le moyen de concevoir des programmes d'ajustement qui soient suivis et/ou accompagnés de programmes "filet de sécurité", de sorte que les mesures mises en œuvre pour parvenir à un équilibre macro-économique et favoriser la croissance protègent en même temps les pauvres et les vulnérables. Il y a deux façons d'y parvenir, qui exigent l'une et l'autre que l'on identifie les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel et que l'on réponde à leurs besoins dans le cadre du processus d'ajustement. La première approche est à orientation sociale et vise à réduire précisément les conséquences néfastes des programmes d'ajustement sur le niveau de vie des pauvres. Elle consiste à choisir des politiques économiques moins déflationnistes à moyen terme, à promouvoir une allocation plus équitable des ressources entre les secteurs productifs et sociaux, tout en accroissant l'efficacité des deux secteurs, à améliorer le ciblage des interventions et des subventions et à surveiller le niveau de vie et l'état sanitaire et nutritionnel des pauvres.

15. L'autre approche consiste à prévoir des programmes compensatoires visant à atténuer les inconvénients éventuels pour les pauvres des programmes d'ajustement. Sont prévus normalement, des programmes d'alimentation complémentaire, la modération des augmentations de prix ou de la réduction des subventions, l'expansion des soins de santé, l'institution de programmes générateurs de revenu et la mise en place de programmes "filet de sécurité". Les programmes compensatoires ont tendance à être plus coûteux et exigent souvent un appui supplémentaire de la part des donateurs. Dans la plupart des cas d'ajustement, les gouvernements qui prêtent attention aux besoins nutritionnels des pauvres peuvent être amenés à modifier considérablement leurs politiques dans un sens plus favorable à ce groupe de population.

16. Depuis que la stabilisation économique et l'ajustement structurel sont à l'ordre du jour et compte tenu des réformes économiques en cours dans beaucoup de pays en développement ou de pays d'Europe centrale et orientale, on se préoccupe de l'impact de ces réformes sur la nutrition, d'autant plus que leurs effets négatifs sur la santé et la nutrition commencent à être perçus. Par exemple, les pays d'Europe centrale et orientale sont en train de passer d'une économie planifiée à une économie de marché. Dans la plupart de ces pays, les prix ont été libéralisés, les subventions radicalement réduites, voire supprimées, et le crédit commercialisé. Ces pays, toutefois, ont entamé ce processus de réforme avec des niveaux relativement élevés de consommation alimentaire. Ceux-ci ont été quelque peu réduits, ce qui pourrait avoir des effets regrettables sur certains groupes vulnérables. Toutefois, on n'a pas encore constaté de carences généralisées. Les achats d'articles de consommation non alimentaire ont également été réduits et dans le pays qui a entamé ce processus le premier, à savoir la Pologne, on enregistre un retour aux niveaux de consommation alimentaire antérieurs à la réforme. On constate aussi de fortes pressions à court terme pour accroître les importations alimentaires. L'espoir de plus en plus vif de voir s'élargir la gamme des produits alimentaires offerts intensifiera ce processus à mesure que ces économies surmonteront les chocs à court terme.

Politiques agricoles et nutrition

17. Les politiques agricoles peuvent avoir des effets bénéfiques très marqués sur la nutrition grâce à leur impact sur les facteurs ci-après : niveau et stabilité de la production alimentaire au niveau de l'exploitation, niveau et stabilité des revenus de ménages à risque sur le plan nutritionnel, prix alimentaires, demande de main-d'œuvre féminine et répartition du temps de travail et contenu nutritif des aliments produits. Le développement agricole, toutefois, vise souvent davantage à augmenter la production totale de certains produits alimentaires et non alimentaires qu'accroître le niveau de consommation des ménages pauvres, à procurer des revenus durables ou à contribuer à l'amélioration du régime alimentaire. Aussi, certains groupes sociaux risquent-ils de ne pas bénéficier d'une augmentation globale de la production agricole en raison de leur pauvreté, qui limite leur accès aux vivres, ou pour d'autres raisons. Il existe beaucoup de pays où les approvisionnements alimentaires totaux sont considérés comme suffisants mais où une malnutrition grave persiste parmi les pauvres et les groupes vulnérables.

18. Étant donné que les effets du secteur agricole sur la nutrition vont bien au-delà des questions de production et d'approvisionnement alimentaire, les considérations nutritionnelles peuvent influencer la conception et le choix de politiques et programmes agricoles très divers. Le but ultime du secteur agricole devrait être considéré comme étant d'assurer la subsistance et d'améliorer la nutrition de la population et non pas simplement de produire des récoltes et du bétail. Cela revient à dire qu'il est peut-être plus important de se préoccuper de qui produit quoi, comment et où, que de chercher à produire davantage. Par conséquent, les politiques concernant l'accès à la terre et les intrants agricoles ; et la sécurité en matière de statut foncier sont des éléments clés pour déterminer les interactions agriculture/nutrition. Dans certains pays, notamment en Afrique, le statut d'occupation des terres repose encore sur les coutumes traditionnelles, mais la pression démographique et les politiques gouvernementales ont de plus en plus d'impact. La réforme agraire peut être une étape essentielle pour satisfaire les besoins nutritionnels de la population d'un pays. La façon dont les denrées alimentaires et d'autres produits sont transformés et distribués est aussi importante. Il faut souligner l'importance de la contribution du secteur privé à la mise en œuvre de la politique agricole.

19. Ainsi qu'on l'a remarqué, l'impact nutritionnel des politiques agricoles dépend parfois d'un certain nombre de mécanismes autres que la disponibilité alimentaire, à savoir les possibilités d'emploi et les revenus, les prix, les contraintes temporelles, la demande de main-d'œuvre et les dépenses énergétiques, l'environnement et les conditions de vie, la discrimination sexuelle et divers autres facteurs sociaux. Du point de vue de la nutrition, il faut déterminer qui sera touché et dans quelle mesure par une politique agricole donnée, puis essayer d'en faire profiter aussi les pauvres et les malnourris et d'en atténuer les éventuelles retombées négatives. Lorsqu'il est impossible d'éviter une retombée négative, des mécanismes visant à protéger ceux qui risquent d'en être les victimes doivent être mis en place.

20. L'introduction de nouvelles technologies agricoles peut avoir des effets à la fois positifs et négatifs sur la nutrition. Si une mécanisation accrue, par exemple, peut entraîner une meilleure productivité par travailleur et par conséquent améliorer la production agricole, son effet net peut être négatif sur le plan nutritionnel dans certains pays, si ce processus conduit à une diminution de la demande de main-d'œuvre et à la suppression d'emplois agricoles souvent occupés par des femmes. Lorsque les femmes perdent leur emploi et leurs revenus, c'est de l'argent consacré normalement à l'achat de vivres qui fait défaut.

21. Dans beaucoup de zones rurales, les principaux problèmes nutritionnels sont plus étroitement associés à une pénurie d'emplois qu'à une pénurie de vivres. Le plus urgent est donc de créer des emplois grâce à des activités liées à l'agriculture. La multiplication des emplois non agricoles, notamment dans les agro-industries dans le cas d'économies

reposant sur l'agriculture, joue un rôle crucial dans l'amélioration de la nutrition. Il faudrait faire très attention aux conséquences sur l'emploi et les revenus des technologies introduites dans les agro-industries et d'autres industries rurales. Afin de protéger les emplois tant agricoles que non agricoles dans une situation d'excédents de main-d'œuvre, il faut veiller à ce que les politiques macro-économiques, comme une monnaie nationale surévaluée ne réduise pas artificiellement le coût des biens d'équipement importés, tout en gonflant le coût de la main-d'œuvre locale.

22. D'autres décisions en matière de politique agricole devraient aussi reposer sur des considérations nutritionnelles. Ainsi, les cultures vivrières traditionnelles sont souvent consommées par les pauvres et les groupes ayant des difficultés à se nourrir dans les zones agricoles marginales. Toutefois, le potentiel des cultures vivrières traditionnelles, comme les racines, tuberculeuses et légumineuses, est souvent négligé pour toutes sortes de raisons: problèmes liés au stockage, au transport et à la transformation; bas prix des importations alimentaires qui nuisent à l'efficacité des incitations à produire et commercialiser des produits alimentaires, et absence de recherches visant à améliorer les rendements. Si les petits producteurs qui cultivent ces denrées alimentaires augmentaient leur production, les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel en profiteraient directement. Certaines de ces cultures, notamment les racines et tubercules, servent d'aliments de base, mais d'autres, y compris diverses légumineuses, graines oléagineuses, légumes et fruits, sont une source indispensable de matières grasses, de vitamines et de minéraux dans le régime de nombreuses personnes. Les denrées traditionnelles limitent les problèmes liés aux fluctuations saisonnières des approvisionnements alimentaires, car elles sont adaptées à leur environnement et peuvent servir à combler un déficit vivrier saisonnier.

23. Outre ces effets sur la nutrition proprement dite, l'augmentation de la production et de la consommation d'aliments traditionnels peut entraîner d'importants bénéfices économiques. Au niveau local, une utilisation accrue des denrées traditionnelles pourrait avoir pour effet d'accroître les revenus des personnes travaillant à la production, à la transformation et à la commercialisation de ces produits, dont beaucoup sont des femmes. Au niveau national, en stimulant la production, le traitement et la commercialisation de ces denrées, on pourrait aussi réduire la demande de produits alimentaires importés.

24. Néanmoins, si l'on veut encourager la production de ces cultures traditionnelles, il faut sélectionner des variétés améliorées de plantes à haut rendement, résistantes aux ravageurs et aux maladies et nutritives et promouvoir la recherche et les innovations technologiques qui permettraient d'améliorer la transformation et la préparation de ces denrées. Une politique agricole centrée sur la nutrition devrait orienter les efforts de vulgarisation vers la diffusion de variétés améliorées de cultures traditionnelles, accompagnée des avis techniques appropriés sur leur transformation. Cette approche, toutefois, risque de nécessiter une réorientation radicale des dépenses en matière de recherche et de vulgarisation et d'exiger par conséquent des décisions politiques conscientes.

25. Les cultures de rapport obligent à un compromis difficile entre diverses considérations souvent antagoniques. Outre qu'elles contribuent à renforcer les recettes en devises lorsqu'elles sont exportées, les cultures de rapport sont censées améliorer, voire stabiliser, les revenus des ménages – soit directement, soit grâce aux emplois, agricoles ou non qui y sont liés – contribuant à relever les niveaux de consommation alimentaire. Les technologies améliorées de production, comme l'utilisation de matériel et d'intrants améliorés pour les plantations souvent adoptés pour les cultures de rapport, peuvent avoir un effet positif sur le secteur des cultures vivrières et contribuer à augmenter également la production de vivres. D'autre part, l'augmentation des revenus ne contribue pas nécessairement à améliorer l'apport alimentaire, puisque le complément de revenu n'est pas toujours dépensé pour l'achat de denrées alimentaires. Le risque existe aussi que la terre et la main-d'œuvre soient détournées vers les cultures de rapport au détriment de la production alimentaire. En particulier, les entreprises génératrices de revenu peuvent

absorber le temps des femmes, sans que celles-ci profitent des gains réalisés ou en contrôlent l'utilisation, alors que ce sont elles qui sont presque toujours responsables de l'approvisionnement alimentaire du ménage. En outre, les prix des denrées alimentaires sur les marchés locaux risquent d'augmenter en conséquence, ce qui a pour effet de neutraliser partiellement ou complètement la hausse des revenus et de désavantager ceux, en particulier, qui ne profitent pas des cultures de rapport, parce qu'ils sont sans terre ou sans travail. Par conséquent, lorsque la politique agricole prévoit l'introduction de cultures de rapport ou d'autres entreprises agricoles génératrices de revenu, il convient d'en évaluer avec soin les incidences socio-économiques possibles et d'intervenir, le cas échéant, pour en atténuer les effets négatifs.

26. Une meilleure gestion de la production après la récolte peut souvent réduire considérablement les pertes après récolte et augmenter d'autant les disponibilités alimentaires globales; elle peut aussi réduire les coûts des producteurs et des distributeurs et faire baisser d'autant les prix payés par les consommateurs. Ces pertes se situeraient autour de 10 pour cent en moyenne pour les céréales alimentaires, les légumineuses et les poissons, et 20 pour cent pour les féculents de base. Les opérations postérieures à la récolte durant lesquelles les pertes ont le plus de chances de se produire sont le stockage, la commercialisation et la manipulation des aliments à la maison. Si de bonnes conditions de stockage sont importantes dans les zones urbaines où les aliments sont distribués et commercialisés au détail, elles sont indispensables dans les zones rurales, notamment dans les ménages pratiquant une agriculture de quasi-subsistance, qui dépendent directement des denrées stockées pour leur sécurité alimentaire.

27. L'existence de marchés alimentaires est un facteur positif pour la nutrition. Les familles qui vivent à une distance raisonnable d'un marché alimentaire peuvent s'approvisionner en dépensant moins, sont incitées à varier davantage leurs menus et, par conséquent, jouissent d'un état nutritionnel meilleur que celles qui n'ont pas cette facilité. Une infrastructure appropriée, c'est-à-dire des routes, des ponts et des chemins de fer, des systèmes de transport et de commercialisation, ainsi que des politiques commerciales libérales, non interventionnistes, sont indispensables au bon fonctionnement des marchés alimentaires. Les agriculteurs, les pêcheurs et tous les consommateurs ruraux et urbains devraient tous pouvoir s'approvisionner sur des marchés sans avoir à y consacrer un temps ou des dépenses excessifs. En vérité, les efforts faits pour réduire les faiblesses en matière de commercialisation et les frais intermédiaires peuvent, dans certains cas, s'avérer plus rentables, s'agissant d'améliorer les disponibilités alimentaires, qu'un simple accroissement de la production. Ces efforts peuvent consister tout simplement à libéraliser les politiques en matière de licences de transport ou à supprimer les restrictions aux mouvements des denrées alimentaires.

Politiques sanitaires et nutrition

28. Les politiques sanitaires sont un ensemble de principes en fonction desquels les gouvernements cherchent à organiser les systèmes de santé afin de répondre aux besoins de la population et de promouvoir son bien-être physique, mental et social. Ces politiques peuvent avoir toutes sortes d'effets sur la nutrition.

29. Les soins de santé primaires sont à la base de la stratégie adoptée par tous les pays pour réaliser l'objectif de la santé pour tous. Cette stratégie est mise en œuvre à des degrés variables suivant les pays, grâce au développement d'activités communautaires, appuyées par des systèmes sanitaires de district renforcés et la mobilisation et l'allocation de ressources supplémentaires. Les activités nutritionnelles devraient faire partie intégrante des soins de santé primaire. Malheureusement, la composante nutritionnelle des soins de santé primaires est souvent très faible. De simples mesures telles que le traitement des infections, les vaccinations, la gestion de la diarrhée, des retards de croissance et même de la malnutrition précoce, laissent souvent à désirer, notamment dans les pays à faible revenu où les infrastructures sanitaires sont inadéquates. Toutefois, dans la majorité des pays, il est clair que les services sanitaires périphériques et centraux contribuent largement à promouvoir la nutrition grâce à divers services et activités communautaires. La tendance actuelle est à l'intégration des activités nutritionnelles dans les activités sanitaires au niveau local, c'est-à-dire dans les hôpitaux, les centres de soins et les communautés, ainsi que dans les activités générales de développement rural, telles qu'elles sont planifiées et gérées au niveau du district.

30. Les politiques sanitaires peuvent aussi influencer la nutrition par le biais de l'environnement socio-culturel. L'amélioration de la santé implique un changement de comportement. Celui-ci est le fruit de divers processus de communication sociale, à savoir l'éducation sanitaire et nutritionnelle, l'éducation formelle, le partage de l'information et la propagande. Ces formes de communication visent le grand public et, en particulier, les consommateurs; les patients et les groupes à risque, les secteurs de la santé et d'autres secteurs du gouvernement qui s'occupent de la santé et de nutrition: les entreprises privées, y compris les industries agro-alimentaires; et les organisations non gouvernementales. Des formes de communication appropriées sensibilisent l'opinion aux problèmes nutritionnels. Selon l'efficacité de la communication et la capacité des systèmes à réagir, la communication peut entraîner des comportements plus adaptés (de la part des particuliers) et des mesures (de la part des institutions) visant à remédier à des situations tant de sous-nutrition que de surnutrition. Les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle clé dans la mise en œuvre des politiques sanitaires.

31. La lutte contre les maladies transmissibles est un autre domaine grâce auquel les politiques et programmes de santé peuvent avoir une influence sur la nutrition. La diminution des maladies infectieuses est un facteur important d'amélioration nutritionnelle dans la plupart des pays en développement.

32. Les politiques sanitaires sont également sensées améliorer l'environnement matériel comme l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la sécurité alimentaire et le logement. Pour créer un environnement sain, les pays doivent adopter une législation appropriée concernant, notamment, la pureté de l'eau et la qualité des produits alimentaires. Toutes ces mesures sont bénéfiques sur le plan nutritionnel.

33. Les politiques sanitaires peuvent avoir des conséquences importantes sur la situation démographique. La plupart des pays ont adopté des politiques comportant des programmes intégrés SMI/planification familiale visant à assurer un espacement suffisant des grossesses, de façon à préserver la santé de la mère et du bébé, y compris leur état nutritionnel.

34. Un objectif important des politiques sanitaires consiste à réduire les inégalités en matière de santé et de nutrition et les disparités en ce qui concerne l'accès aux services sanitaires et nutritionnels. Le rapport présenté à l'Assemblée mondiale de la santé de 1992 (A45/3) fait état des progrès accomplis en matière d'équité grâce à l'adoption de politiques, de stratégies et d'objectifs visant à réduire les inégalités parmi certains groupes de population. Il s'agit des groupes suivants: la plupart des populations rurales; les habitants des taudis urbains; les femmes enceintes; et certains groupes vulnérables spéciaux comme les nomades, les migrants, les personnes déplacées, les réfugiés et les habitants de zones très éloignées. Tous ces groupes sont particulièrement susceptibles de souffrir de malnutrition et l'adoption de politiques et de programmes sanitaires en leur faveur contribuera à les protéger et à promouvoir leur bien-être nutritionnel.

35. L'une des faiblesses tant des systèmes sanitaires que de leur élément nutritionnel est le manque de ressources. Presque tous les pays en développement ont dû adopter des mesures d'ajustement structurel qui ont habituellement abouti à une diminution des crédits budgétaires alloués au secteur sanitaire. Si le financement des soins de santé à l'échelon communautaire s'est considérablement développé, comme c'est le cas "l'initiative de Bamako" en Afrique, la couverture et la qualité des soins de santé primaires laissent encore beaucoup à désirer.

36. Le manque de ressources humaines et d'animateurs est un autre facteur qui limite la portée des mesures sanitaires et nutritionnelles qui devraient découler des politiques sanitaires. Dans certains pays, seuls les districts ou sous-districts disposent de personnel ayant une formation en matière de nutrition et celle-ci est souvent insuffisante pour qu'ils puissent planifier et mettre en œuvre de manière efficace les mesures visant à soulager les problèmes de nutrition. La mesure dans laquelle des politiques et programmes de mise en valeur des ressources humaines centrés expressément sur les tâches confiées à ce type de personnel ont été mis au point diffère énormément selon les pays. Or, ces politiques et programmes déterminent en partie la capacité du système sanitaire à relever le défi nutritionnel. Il faudrait donc améliorer la formation des personnes chargées des mesures nutritionnelles au niveau du district, quoiqu'aux échelons supérieurs du système sanitaire, il y ait souvent pénurie de formateurs susceptibles de donner cette formation. La nutrition devrait être enseignée dans le cadre de l'action sanitaire au niveau de la communauté, avec un appui intersectoriel. Une approche orientée vers les problèmes à résoudre et fondée sur une analyse des problèmes nutritionnels de la communauté ou des problèmes liés à l'application de mesures visant à améliorer la nutrition apporterait un début de solution au problème de la formation et de la recherche opérationnelle en matière de nutrition.

37. Dans les quelques 120 pays qui ont des problèmes de santé publique se manifestant sous forme de troubles chroniques liés au régime alimentaire, le personnel sanitaire manque souvent de la formation suffisante pour fournir aux particuliers ou à la communauté dans son ensemble des conseils et des directives appropriés.

38. Bien que l'action intersectorielle, notamment avec le secteur agricole, soit une autre approche généralement acceptée, elle est difficile à mettre en œuvre. La coordination nécessaire pour collaborer avec succès, à des niveaux différents au soulagement des problèmes de sous-nutrition ou de surnutrition fait souvent défaut.

39. Dans certains pays, les départements des universités et certaines organisations non gouvernementales, locales ou internationales, collaborent avec succès avec le secteur sanitaire pour améliorer la nutrition. Toutefois, la plupart du temps, la capacité de susciter ou de soutenir une telle coopération est insuffisante, même lorsque cette coopération fait partie de la politique sanitaire.

40. L'engagement politique, indispensable pour élaborer une politique sanitaire, ne suffit pas, la plupart du temps, pour mener une action efficace compte tenu de tous les obstacles à surmonter. Le poids et l'influence relatifs du secteur sanitaire dans le budget

de l'Etat sont souvent assez modestes et les ressources financières rares et inégalement distribuées. L'ajustement structurel qui met l'accent sur l'autofinancement et la participation de la communauté a entraîné dans de nombreux pays une diminution des fonds disponibles pour le secteur sanitaire. Le personnel travaillant dans les services sanitaires périphériques a souvent l'impression d'être abandonné par les services centraux, notamment lorsque des ressources trop rares sont détournées vers des services urbains plus sophistiqués. A l'intérieur même du système sanitaire, la nutrition bénéficie souvent d'un très faible rang de priorité et la plupart des services de nutrition sont placés aux échelons inférieurs de la hiérarchie et disposent de ressources humaines et financières insuffisantes pour une action efficace.

41. Dans tous les pays, la mise en œuvre des politiques sanitaires visant à améliorer la nutrition exige à la fois une volonté politique et des ressources humaines et financières suffisantes. Les obstacles qui empêchent généralement le secteur sanitaire d'être plus efficace en matière de nutrition sont les suivants: objectifs mal définis, stratégies peu développées et suivi et évaluation insuffisants. Le renforcement des capacités directoriales dans le secteur sanitaire, notamment en ce qui concerne la conception et la mise en œuvre des activités nutritionnelles à tous les niveaux, est une priorité.

42. Il convient de fixer aux politiques sanitaires des objectifs nutritionnels plus explicites. L'examen des rôles institutionnels, tant au centre qu'à la périphérie, et une meilleure définition des processus de décision et des actions nécessaires (y compris des rapports avec les autres secteurs) renforceraient certainement l'efficacité des politiques sanitaires actuelles en matière de nutrition.

Politiques en matière d'environnement et nutrition

43. Les politiques en matière d'environnement doivent lutter contre les principales causes des bouleversements écologiques qui affectent la santé, l'alimentation et la nutrition. Les changements que subit l'environnement ont des conséquences préoccupantes. Ils sont dus notamment aux causes suivantes: utilisation excessive des hydrocarbures chlorofluorés, utilisation généralisée de produits chimiques dangereux, combustion inefficace des combustibles fossiles, accumulation de déchets toxiques, utilisation de technologies ou de pratiques agricoles inappropriées, déboisement et surexploitation des zones de pêche. Ces causes révèlent une prise de conscience insuffisante parmi les responsables politiques des coûts immédiats et à long terme de la mauvaise gestion des ressources naturelles, l'incapacité des marchés à internaliser ces coûts, la mauvaise définition ou l'effondrement des droits de propriété et le manque de ressources ou d'emplois accessibles aux pauvres.

44. La santé humaine dépend en dernier ressort de la capacité de la société à gérer l'interaction entre les activités humaines et l'environnement physique et biologique d'une manière qui préserve et améliore la santé, mais sans menacer l'intégrité des systèmes naturels dont dépend l'environnement physique et biologique. L'environnement physique exerce une influence capitale sur la santé humaine, non seulement par l'intermédiaire du sol, de l'eau, de l'air et du climat mais aussi parce qu'il détermine le type et la distribution de la flore et de la faune (environnement biologique). L'environnement biologique exerce quant à lui une influence majeure sur les approvisionnements alimentaires et sur les réservoirs et les mécanismes de transmission de nombreuses maladies. Les facteurs écologiques qui nuisent à la santé sont les suivants: agents biologiques nocifs (virus, bactéries, moisissures, parasites) et leurs vecteurs et réservoirs; agents physiques et chimiques présents dans l'environnement qui sont indépendants des activités humaines et qui peuvent nuire à la santé, soit par leur présence (radionucléides naturels, lumière ultraviolette, par exemple) soit par leur absence relative (iode, sélénium, par exemple); agents physiques et chimiques nuisibles introduits dans l'environnement par les activités humaines (oxydes d'azote, hydrocarbures aromatiques polycycliques, particules dues à la combustion de combustibles fossiles, déchets industriels gazeux, liquides et solides, déchets radioactifs, etc.). Les effets de ces agents peuvent être amplifiés ou réduits par l'intervention ou l'activité humaine.

45. Dans l'ensemble du monde en développement, la croissance démographique et la lutte quotidienne des pauvres pour se procurer les premières nécessités de la vie exercent une pression considérable sur les ressources naturelles dont dépend notre survie. Les politiques relatives à l'environnement traitent de questions comme la dégradation des sols, l'érosion, le déboisement, le surpâturage, la protection de l'habitat, la salinisation des sols, l'expansion du développement urbain et la qualité de l'air, de l'eau et des denrées alimentaires. Chaque année, presque 17 millions d'hectares de forêts tropicales sont abattus, la plupart du temps par des agriculteurs pauvres, dans un effort désespéré pour étendre les cultures ou les pâturages ou pour obtenir du bois pour faire la cuisine et se chauffer. La perte de terres arables due à la dégradation des sols est presque aussi répandue et peut-être plus grave encore du point de vue de la nutrition. Les études de la FAO montrent que 5 à 7 millions d'hectares de terres cultivables sont perdus chaque année, essentiellement dans les pays en développement. L'érosion du sol due aux précipitations et aux vents, la salinité croissante des sols et les inondations sont les principales causes de dégradation du sol. Les régions arides et semi-arides sont constamment menacées de désertification. D'après les estimations actuelles, plus de 80 pour cent des pâturages d'Afrique et du Proche-Orient courent un risque modéré à grave de transformation en terres non arables.

46. La dégradation de l'environnement résultant de pratiques agricoles inadaptées est une cause importante de situations d'urgence alimentaire et compromet l'intégrité à long terme des approvisionnements alimentaires. Des pratiques comme une expansion agricole non planifiée, la réduction des périodes de jachère, le surpâturage et l'utilisation excessive du bois comme source d'énergie (notamment près des grands établissements humains dans les zones arides et semi-arides) contribuent à la dégradation de l'environnement. Celle-ci se produit indirectement par le biais de l'érosion et du tassement du sol et de changements dans la nappe phréatique et l'écoulement des rivières, ou directement en raison de la diminution progressive des ressources en bois, combustible, fourrage et autres produits de la forêt et des arbres. L'expansion non contrôlée des terres forestières défrichées aboutit à un déboisement continu lié à de mauvais rendements agricoles. La quantité de vivres naturellement produits par les forêts diminue, tandis que l'érosion des sols et l'épuisement de la nappe phréatique s'accroissent.

47. Ces dernières années, l'environnement est devenu une préoccupation majeure dans la plupart des pays développés qui ont pris conscience de la nature cumulative de certains problèmes, comme la contamination des aliments et la pollution de l'eau dues à des méthodes de production agricole peu sûres et trop intensives. Le manque de discernement dans l'utilisation des produits chimiques agricoles, y compris des pesticides, des herbicides et des fongicides, qui ont parfois une action résiduelle à long terme et peuvent contaminer les fourrages et les denrées alimentaires, contribue à polluer l'environnement et entraîne des déséquilibres écologiques. L'utilisation excessive ou inappropriée d'engrais minéraux, notamment des sels de nitrate et de phosphate, contamine les eaux souterraines, les rivières et les lacs, détruit l'équilibre délicat de l'écosystème et aboutit à la formation de composés dangereux. Ces problèmes ne sont plus désormais réservés aux pays développés mais touchent de plus en plus de pays en développement qui sont en train d'intensifier leur système de production.

48. La dégradation de l'environnement responsable de l'amenuisement des stocks de bois de feu – qui est la principale source d'énergie pour la cuisson des aliments dans la plupart des pays en développement – a une influence profonde et directe sur l'état nutritionnel. Dans les régions où le bois de feu est rare, les aliments sont souvent insuffisamment préparés et mangés après avoir été cuits seulement partiellement. Les femmes des zones rurales doivent parcourir de longues distances pour ramasser du bois de feu ce qui les oblige à y consacrer beaucoup de temps et d'énergie. Une étude réalisée au Népal a montré que le temps que les mères passent à ramasser du bois de feu est un facteur déterminant de l'état nutritionnel de leurs enfants. Les dangers pour la santé et l'état nutritionnel du manque de cuisson des aliments sont assez évidents dans le cas de plusieurs denrées de base, comme la manioc qui doit être bien cuit pour être consommé sans danger, la cuisson rendant les aliments plus savoureux et plus digestes et réduisant les risques d'infection.

49. Les ressources halieutiques sont aussi menacées par la dégradation de l'environnement, tandis qu'une mauvaise gestion et les disputes concernant l'accès à ce bien commun entraînent une surexploitation. Dans beaucoup de régions, les pêches intérieures sont menacées par la pression démographique, la contamination des rivières et des lacs et le détournement de l'eau vers les zones urbaines et à des fins industrielles et agricoles. Comme les forêts et les terres, les ressources halieutiques sont extrêmement menacées dans la plupart des régions. La surexploitation, pratiquée dans beaucoup de régions du monde, épuise les stocks plus rapidement qu'ils ne se reconstituent et compromet par conséquent cette importante source de protéines et d'emplois.

50. Parmi les obstacles auxquels se heurtent les programmes de défense de l'environnement, il faut citer le fait que les problèmes se posent à relativement long terme, l'inégalité d'accès à la terre et à d'autres ressources naturelles, la fragmentation des propriétés, l'effondrement généralisé des systèmes traditionnels de gestion des ressources sous les pressions commerciales et démographiques et les signaux économiques inappropriés émis par les décisions gouvernementales et les forces commerciales.

51. On peut identifier un certain nombre de domaines d'action décisifs. Tout d'abord, une meilleure intégration des questions de nutrition, de santé, économie et environnement s'impose. Dans une première étape, on identifiera les domaines dans lesquels les objectifs des politiques de défense de l'environnement devront obligatoirement être liés aux objectifs nutritionnels, sanitaires et économiques. Par exemple, si l'on veut concilier la défense de l'environnement avec la nécessité d'accroître les approvisionnements en denrées alimentaires et autres produits agricoles afin de satisfaire une demande croissante, il faudra mettre au point des systèmes et des technologies agricoles de substitution et parvenir à un compromis acceptable entre intensification et diversification au moment de choisir les systèmes, technologies et pratiques de production. En outre, si le coût de la protection de l'environnement et du maintien de la base de ressources s'ajoute aux coûts de production, transformation et distribution, on pèsera soigneusement les répercussions de ces coûts supplémentaires sur les prix des denrées alimentaires et, par conséquent, sur la nutrition. On veillera également à ce que les préoccupations écologiques n'entraînent pas de pressions en faveur de nouvelles restrictions au commerce de produits perçus comme "dangereux" pour l'environnement. D'autres questions liées à l'environnement, comme d'éventuels changements climatiques dus au réchauffement de la planète et la perte de ressources génétiques, doivent aussi être traitées, afin qu'elles n'aient pas à long terme un effet négatif sur la nutrition.

52. Deuxièmement, il est indispensable de bien comprendre le processus de prise de décisions dans les ménages si l'on veut formuler des stratégies et des politiques appropriées, car bien souvent ce sont les ruraux pauvres qui déterminent l'efficacité des mesures gouvernementales en faveur d'un développement rural, par le biais des décisions qu'ils prennent en matière d'allocations des ressources, de pratiques de production et de consommation. Les ruraux pauvres ont des choix difficiles à faire dans leur combat quotidien pour la survie. Les stratégies de survie qu'ils adoptent impliquent de nombreuses actions affectant les ressources naturelles: sols, biomasse du bois, pâturages et eau. Certains choix aboutissent à des actions viables; d'autres non. Bien souvent, les pauvres n'ont pas d'autres choix que de surexploiter les ressources naturelles pour survivre. La sécurité immédiate l'emporte sur le souci de l'avenir. Même la satisfaction des besoins immédiats en matière de sécurité alimentaire est hors de la portée de nombreux ruraux pauvres. Par conséquent, la dégradation des ressources naturelles est largement due au fait que les ruraux pauvres sont contraints de recourir à des méthodes de culture et d'élevage qui dégradent l'environnement. C'est la nécessité qui les pousse à épuiser les éléments nutritifs du sol, à cultiver des pentes abruptes ou à pratiquer le surpâturage pour se nourrir. Il faudrait aussi analyser les diverses tâches ménagères des femmes pour comprendre comment celles-ci perçoivent l'épuisement des ressources naturelles, comme le bois de feu et l'eau, et comment elles y réagissent. Les politiques en matière d'environnement doivent donc traiter ces questions fondamentales en facilitant l'accès des pauvres à des ressources et à des technologies adaptées ou en leur proposant d'autres moyens de survivre.

53. Troisièmement, il convient de sensibiliser les particuliers, les organisations et les gouvernements à leurs rôles et à leurs responsabilités en matière de santé et d'environnement. La réalisation des objectifs sanitaires et nutritionnels exige que les gens vivent dans un environnement favorable à un développement physique mental et social sain. Dans les zones rurales, l'environnement, en particulier sous les climats tropicaux, favorise la prolifération de nombreux agents pathogènes biologiques comme ceux responsables de diverses formes de diarrhées, d'infections respiratoires, d'infections infantiles du paludisme, des vers intestinaux, de la schistosomiase, de la trypanosomiase et de l'onchocercose. En outre, l'urbanisation croissante, notamment lorsque les ressources financières sont très insuffisantes, entraînent de nombreux risques pour la santé, de la prolifération des déchets domestiques aux produits industriels toxiques. Lorsque l'on dispose de ressources financières suffisantes, on peut concevoir des bâtiments et des installations qui réduisent certains de ces risques et en particulier les risques de maladies transmises par les aliments, l'eau et les matières fécales et de nombreux autres problèmes sanitaires. Les pays doivent se doter d'une législation en

matière de santé et d'alimentation pour surveiller tous ces aspects écologiques de la santé et prévoir des mécanismes spécifiques pour en assurer l'application et le respect.

54. Quatrièmement, afin d'assurer à tous un environnement sain, il faut aussi promouvoir des styles de vie et des modes de consommation raisonnables d'un point de vue écologique. Les pays développés devront aussi réorienter leurs modes de production et de consommation de façon à réaliser leurs objectifs économiques et nutritionnels sans infliger à eux-mêmes et à d'autres nations des dommages écologiques aussi graves qu'à présent.

55. Enfin, il faut reconnaître le rôle clé joué par la recherche et la technologie afin d'orienter ces activités vers la réalisation d'objectifs touchant à l'environnement, la nutrition, l'agriculture et la santé. Il faudrait accorder une attention particulière aux systèmes de production et aux besoins des petits exploitants agricoles, en utilisant à la fois les technologies autochtones traditionnelles et la recherche stratégique. L'objectif général devrait être de créer des conditions dans lesquelles il est plus avantageux de conserver les ressources que de les détruire. La recherche et la technologie devraient permettre de concevoir des systèmes de production durables pour divers types et qualités de terres et de ressources aquatiques: terres agricoles à potentiel faible ou élevé, forêts et pêcheries. En particulier, il faudrait mettre au point des technologies durables pour les vastes terres marginales où vivent la plupart des pauvres et des mal nourris de la terre et que la recherche a souvent négligées dans le passé.

56. Dans un monde interdépendant, tous les pays devront chercher, individuellement et collectivement, à réaliser les objectifs nutritionnels et écologiques sans causer de dégâts irréversibles à l'environnement. Cela coûtera sans doute très cher, mais l'inaction serait encore plus coûteuse. Il convient également de reconnaître que les ressources et les technologies nécessaires pour atteindre ces objectifs ne sont pas à la portée de la plupart des pays en développement. Les organisations internationales, les communautés locales et les organisations non gouvernementales peuvent contribuer à cet effort, mais leurs activités doivent s'insérer dans le contexte national et international approprié. Au niveau national, il faut que les responsables soient davantage sensibilisés à ces problèmes et fassent preuve de la volonté politique nécessaire.

57. La communauté internationale peut jouer un rôle crucial en appuyant les efforts nationaux grâce à une aide financière et technique, ainsi qu'en améliorant l'accès au marché et en assurant des prix équitables. Dans ce contexte, les décisions et les engagements pris par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUCED) devraient fournir le cadre nécessaire à une action nationale et internationale.

Politiques démographiques, urbanisation et nutrition

58. Les politiques démographiques ont d'importantes incidences sur la nutrition, notamment dans les pays à déficit vivrier où la population continue à croître rapidement et où l'urbanisation s'accélère. Si l'équilibre global entre le nombre de personnes à nourrir et les disponibilités alimentaires n'est pas le seul facteur déterminant le bien-être nutritionnel, il a quand même un impact important. En somme, davantage de personnes aux niveaux mondial, national ou familial ont besoin de davantage de vivres, de biens et de services. Il s'agit là d'un problème critique dans beaucoup de pays en développement, notamment là où les populations devraient doubler dans les 20 à 25 prochaines années et où l'extension des terres agricoles n'est plus possible. Comme pour les questions d'environnement, il est fondamental de répondre aux préoccupations des gens, si l'on veut améliorer durablement la nutrition. Pour être efficaces, les politiques en matière de population doivent promouvoir un développement économique plus équitable et améliorer l'accès à la santé, à l'éducation et à la planification familiale.

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE

Certaines régions géographiques vont connaître au cours du siècle à venir des changements importants dus à l'évolution des taux de croissance démographique. Pour l'ensemble du monde, Afrique exceptée, le taux de croissance démographique est tombé de 2,1 pour cent par an à la fin des années 60 à environ 1,7 pour cent en 1992. Cette tendance devrait se poursuivre et le taux de croissance annuel moyen devrait se situer aux alentours de un pour cent en 2020. A la fin des années 80, les taux de croissance démographique annuels étaient plus élevés dans les pays en développement (2,1 pour cent) que dans les pays développés (0,6 pour cent). Dans les pays les moins avancés, le taux de croissance annuel moyen était de 2,8 pour cent pendant la même période.

Ces projections sont fondées sur les tendances prévues des taux de fécondité et de mortalité. L'évolution des styles de vie, par exemple, des comportements en matière de procréation, peut modifier les tendances démographiques. D'autres facteurs peuvent aussi modifier à l'avenir la taille et la composition par âge de la population. Par exemple, les progrès accomplis dans le domaine sanitaire peuvent réduire la mortalité. La pandémie actuelle de SIDA jouera un rôle important, notamment en Afrique subsaharienne, où les enfants et les jeunes adultes sont les plus touchés.

Si l'espérance de vie s'est améliorée tant dans les pays développés que dans les pays en développement, il existe encore des disparités importantes. L'espérance de vie moyenne est de 75,8 ans dans les pays développés et de 62,8 ans dans les pays en développement, tandis que dans les pays les moins avancés, elle n'est que de 50,7 ans.

Changements dans la composition par âge de la population

La proportion d'enfants est sensiblement plus élevée dans les pays en développement (59,2 pour cent) que dans les pays développés (32,9 pour cent). Dans les pays les moins avancés, elle peut atteindre 84,7 pour cent.

Dans les pays développés, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est passée de 12 pour cent à 12,8 pour cent, tandis que dans les pays en développement, ce pourcentage est passé de 4,2 pour cent à 4,5 pour cent. Le nombre de personnes âgées vivant dans les pays en développement est passé de 153 à 182 millions, tandis que 145 millions de personnes âgées vivent dans les pays développés. D'ici l'an 2000, le nombre de personnes âgées (c'est-à-dire âgées de plus de 65 ans) pourrait atteindre 250 millions dans les pays en développement et 173 millions dans les pays développés.

Accroissement de la densité de population

La croissance démographique entraîne des densités de population plus élevées, notamment en Asie du Sud et du Sud-Est. Entre 1985 et 1990, le nombre de personnes par km² est passé de 47 à 52 dans les pays en développement et de 24 à 28 dans les pays les moins avancés. La densité de population dans les pays développés est restée relativement stable (20 personnes environ par km²).

59. La plupart des politiques touchant la fécondité ont pour objectif de l'abaisser. L'abaissement du taux global de fécondité est obtenu en réduisant le nombre des naissances par femme et en allongeant l'intervalle entre les naissances. Ces deux phénomènes ont un effet positif sur l'état nutritionnel des enfants et des mères. En ce qui concerne la taille de la famille, on observe dans diverses études que dans un groupe de population à revenu donné, les enfants sont davantage susceptibles de souffrir d'un déficit énergétique s'ils appartiennent à une famille nombreuse.

60. L'état nutritionnel de la mère détermine en partie sa fertilité – terme qui désigne la capacité physiologique d'une femme à avoir des enfants – et par conséquent, la fécondité. Ce rapport a été observé sous sa forme négative pendant les famines où le taux des naissances chute spectaculairement, pour remonter en flèche une fois la famine passée. Ce rapport négatif apparaît aussi dans des circonstances moins extrêmes: l'anémie et les carences en iode entraînent des taux élevés de mortalité intra-utérine et périnatale, et la sous-nutrition chronique et les carences en vitamines ont des effets similaires.

61. Outre cette interaction générale entre la fécondité et la nutrition, l'allaitement maternel joue un rôle bien particulier. L'allaitement exclusif au sein pendant 4 à 6 mois après la naissance n'est pas seulement important pour assurer le bon état nutritionnel du bébé, mais parce qu'il retarde le retour à la fertilité de la mère, grâce à l'aménorrhée de lactation, due à l'abaissement des taux d'hormones nécessaires à la fertilité, qui est plus marqué si l'allaitement au sein est exclusif plutôt que partiel. Inversement, l'espacement des grossesses permet à la mère d'allaiter à intervalles plus espacés, ce qui contribue à une meilleure nutrition de l'enfant. La santé de la mère pâtit de grossesses trop rapprochées qui entraînent pour les familles de gros problèmes d'organisation et souvent une baisse de revenus. L'espacement des naissances est aussi conditionné par la survie de l'enfant, dans la mesure où, dans certaines sociétés, les familles subissent des pressions pour remplacer immédiatement les enfants décédés.

62. Les programmes en matière de nutrition, de santé maternelle et infantile et de planification familiale sont plus efficaces s'ils sont coordonnés et intégrés. L'allaitement au sein est un moyen de contraception dont l'efficacité diminue avec le temps et qui devrait être considéré comme complémentaire d'autres méthodes de planification de la famille. Ces méthodes devraient tenir compte des habitudes et des croyances locales en matière d'allaitement, de façon que les autres mesures de contraception n'interfèrent pas avec l'allaitement au sein. Toutefois, trop souvent, l'allaitement maternel et la planification familiale ne sont pas considérés ensemble.

63. La proportion de la population mondiale vivant dans des zones urbaines est passée de 39 pour cent en 1975 à 43 pour cent en 1990 et devrait atteindre 51 pour cent avant l'an 2000. Ce déplacement massif de population a des incidences importantes sur la nutrition, l'accès aux vivres et les soins de santé préventifs. Contrairement à ce qui se passe dans les pays riches, où d'importants groupes de population sont absorbés avec succès, l'urbanisation entraîne dans les pays en développement des difficultés économiques et sociales très graves, un grand nombre de pauvres vivant dans des taudis surpeuplés, sans accès adéquat aux soins de santé et aux vivres.

64. Le processus dynamique de croissance urbaine signifie que les producteurs ruraux devraient répondre à la demande croissante de produits agricoles. Il faudrait que la production alimentaire enregistre des augmentations allant de 16 pour cent en Asie à 24 pour cent en Afrique entre 1980 et l'an 2000 pour que la production locale suffise à nourrir tous ces nouveaux citoyens. A l'heure actuelle, les besoins alimentaires des populations urbaines sont de plus en plus souvent satisfaits grâce à une dépendance croissante vis-à-vis des importations, c'est-à-dire grâce à la commercialisation de denrées alimentaires importées à des prix subventionnés, qui ont un impact négatif pour la commercialisation des produits locaux.

65. Les conditions socio-économiques résultant de cette urbanisation ont des effets à la fois positifs et négatifs sur l'état nutritionnel de la population. Certains effets sont positifs, comme l'amélioration des apports alimentaires résultant de la disponibilité et de la variété accrues des denrées alimentaires et de plus grandes facilités d'accès aux services sanitaires et autres services sociaux. Les régimes alimentaires urbains sont plus variés que dans les zones rurales, notamment en ce qui concerne les matières grasses, les produits animaux, le fer et la vitamine A, bien que l'apport énergétique total ne soit pas nécessairement plus élevé. Ceci s'explique peut-être par le fait que les enquêtes ne peuvent pas toujours tenir compte des repas pris sur le pouce dans les zones urbaines. Une explication plus plausible serait que la dépense d'énergie est inférieure dans les zones urbaines à ce qu'elle est à la campagne, de sorte que les besoins de consommation sont aussi moindres.

66. Les modèles de consommation alimentaire urbains conduisent à remplacer des denrées de base comme les racines, tubercules et céréales secondaires par d'autres sources d'énergie, notamment le blé et le riz. Ces changements entraînent souvent un gonflement des dépenses d'importation, voire des excédents de denrées alimentaires traditionnelles. Le régime alimentaire urbain a tendance à remplacer les glucides complexes par des glucides et sucres raffinés et des lipides. Des enquêtes sur les ménages effectuées récemment en Amérique latine et en Afrique ont confirmé que les modèles de consommation dans les zones urbaines des pays en développement se caractérisent par une consommation accrue de sucre, d'alcool, de boissons sans alcool, de céréales et de denrées alimentaires transformées, mais indiquent également une amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire, un abaissement des taux de mortalité infantile et un accroissement de la longévité. Le développement urbain rapide exige également des efforts considérables de la part de l'infrastructure et des services chargés de protéger, outre la production alimentaire, la qualité des aliments.

67. Dans les zones urbaines, les femmes arrêtent un peu plus tôt d'allaiter leur enfant au sein et commencent plus tôt à leur donner des aliments. En Asie, l'allaitement maternel est moins pratiqué dans les zones urbaines que dans les zones rurales, bien que, lorsque la durée de l'allaitement au sein diminue, les changements concernant le moment du sevrage soient les mêmes dans les zones rurales et urbaines. Dans la plupart des pays, le nombre de femmes continuant à allaiter leur enfant au sein après six mois a fortement diminué dans les zones urbaines. Il n'y a qu'aux Philippines que l'on a noté une réduction du nombre de femmes allaitant leur nouveau-né. Du point de vue de l'allaitement maternel, les différences entre les zones urbaines et rurales sont plus importantes en Amérique latine et aux Caraïbes, tandis qu'elles sont moins prononcées en Afrique et au Proche-Orient.

68. L'urbanisation peut avoir d'autres effets négatifs sur la nutrition. Par exemple, la croissance rapide de la population urbaine s'accompagne souvent de logements de fortune, de problèmes d'approvisionnement en eau et de l'accumulation de déchets et d'excréments humains qui rendent l'environnement malsain. Même lorsque ces problèmes sont maîtrisés, ce qui contribue à réduire la morbidité, on enregistre une augmentation notable des maladies liées au régime alimentaire, ou des maladies non transmissibles, qui sont liées à une modification des modes de consommation alimentaire et à des styles de vie plus sédentaires. Toutes les populations urbaines ne bénéficient pas de la même manière de la meilleure disponibilité des biens et services et, en fait, le nombre absolu et le nombre relatif de citoyens pauvres augmentent dans beaucoup de pays. Ainsi, dans certaines régions, les foyers de pauvreté se sont déplacés des zones rurales vers les zones urbaines et périurbaines.

69. Il convient d'accorder une attention particulière à des groupes spécifiques au sein de la population urbaine, où les situations sont plus diversifiées que dans la population rurale. Bien que la malnutrition soit en moyenne moins fréquente dans les villes, elle est plus grave parmi les citoyens pauvres, notamment chez les jeunes enfants.

70. Les ménages urbains doivent acheter la quasi-totalité de leurs vivres, qui sont la plupart du temps préparés commercialement et vendus dans la rue ou sur les marchés. Ceci est vrai parfois même des aliments pour bébé. Les citoyens pauvres sont aussi plus sensibles aux facteurs économiques affectant les marchés alimentaires, du fait qu'ils consacrent une plus forte proportion de leur budget à se nourrir et tirent l'essentiel de leur revenu d'un travail salarié. En outre, les ménages urbains ne jouissent pas toujours du réseau de soutien social dont bénéficient les foyers ruraux, notamment les sans-abri et les ménages dirigés par des femmes. Les marchés de denrées alimentaires sont souvent situés loin des zones occupées illégalement par les plus pauvres.

71. Les politiques démographiques s'intéressent parfois au problème de la répartition de la population entre les zones rurales et urbaines, en vue généralement de modérer le taux de migration vers les villes et de réduire ainsi la pression sur les infrastructures et les services urbains. Ces politiques reposent sur les diverses stratégies visant à réduire les écarts de développement entre les zones urbaines et rurales. Toutefois, étant donné que ces politiques visent des objectifs, à long terme et ne sont pas toujours très efficaces, il est difficile de prouver qu'elles ont un impact particulier sur l'état nutritionnel de la population rurale ou de la population urbaine.

72. En revanche, les politiques alimentaires peuvent avoir un impact sur l'urbanisation. On tient compte des populations urbaines lorsqu'on formule des politiques alimentaires. Par exemple, les prix des produits alimentaires de base sont maintenus à des niveaux très bas et subventionnés; on encourage la commercialisation des produits alimentaires pour les citoyens; les prix et la qualité des denrées alimentaires sont mieux contrôlés dans les villes. Ceci contribue à donner un avantage comparatif supplémentaire au fait de résider dans une ville plutôt qu'à la campagne et offre à la population rurale une motivation supplémentaire pour aller vivre en ville. Cette incitation est d'autant plus forte que les prix à la production et, par conséquent, les revenus des agriculteurs sont maintenus à un niveau très bas.

Environnement économique international et nutrition

73. Les questions politiques multilatérales ayant un impact sur la nutrition et le bien-être humain peuvent se résumer comme suit: questions relatives aux conditions du commerce international de biens et services, et politiques affectant la liberté de circulation des personnes et de la main-d'œuvre; stratégies de réduction de la dette internationale et transferts de ressources internationaux, notamment aide au développement, y compris son élément d'aide alimentaire. A l'exception de cette partie de l'aide alimentaire internationale qui est livrée directement aux bénéficiaires finals, ces trois catégories de politiques ont surtout un impact indirect sur la nutrition, grâce à leur influence sur l'emploi, les revenus, les prix, le stock d'actifs productifs et les ressources financières dont disposent les pays concernés. Ainsi, en règle générale mais avec quelques réserves, des approches plus libérales dans ces domaines de coopération multilatérale seraient favorables à une amélioration de la nutrition, tandis que des approches restrictives limiteraient le développement. Les trois domaines d'action multilatérale précités sont examinés dans les paragraphes ci-après.

POLITIQUES COMMERCIALES INTERNATIONALES

74. Sur le plan mondial, tout tend à prouver que la croissance du revenu et la croissance commerciale vont de pair. Il est prouvé également que la suppression des obstacles aux échanges, qui sont nombreux, pourrait renforcer les recettes en devises, l'emploi et le PNB. Les analyses récentes donnent à penser que la suppression des obstacles au commerce des biens de la part des pays développés entraînerait une augmentation nette des recettes en devises des pays en développement de l'ordre de 40 milliards de dollars E.-U. par an, soit 3 pour cent du PNB ou 75 milliards de dollars E.-U. par an. La mesure dans laquelle un pays pourrait bénéficier de tels gains dépendrait évidemment de sa politique intérieure en matière de taux de change, par exemple, de taxes à l'exportation, de droits d'importation, ainsi que d'incitations aux producteurs à investir et à produire les biens qui peuvent être exportés.

75. La suppression des obstacles aux échanges ne profiterait pas nécessairement à tout le monde. En vérité, dans la mesure où la libéralisation impliquerait une érosion des accords commerciaux préférentiels actuels, certains pays et certains secteurs qui profitent de ces arrangements subiraient des pertes. De même, la libéralisation des échanges pourrait avoir des effets très divers, puisque les distorsions actuelles des échanges et leur impact sur les cours mondiaux et sur les flux d'échanges diffèrent considérablement d'un secteur à l'autre.

76. Les politiques agricoles des pays industrialisés ont un impact important, et peut-être non voulu, sur le niveau et la variabilité des cours mondiaux des produits agricoles et sur le volume et la structure des échanges internationaux. L'appui fourni aux producteurs nationaux sur une période prolongée a un impact considérable sur la structure des flux commerciaux agricoles, la répartition des revenus et le bien-être économique en général. En outre, des politiques qui visent à assurer une certaine stabilité aux agriculteurs et aux consommateurs nationaux ont souvent un impact prononcé sur les prix et les échanges mondiaux.

77. Les effets négatifs des politiques agricoles des pays industrialisés sur le secteur agricole d'autres pays exportateurs de produits agricoles sont nombreux. Tout d'abord, les pays industrialisés qui soutiennent leur production intérieure importent peu de produits agricoles. Deuxièmement, lorsque la production intérieure dépasse les besoins du pays et que l'excédent ainsi engendré est exporté sur les marchés mondiaux, le volume des exportations d'autres pays exportateurs s'en ressent. Troisièmement, dans une situation de surapprovisionnement du marché mondial, les cours mondiaux sont déprimés et les

recettes d'exportation d'autres pays s'en ressentent également quel que soit le volume exporté. Enfin, les cours mondiaux peuvent aussi être plus instables qu'ils le seraient autrement et défavorise, par conséquent, les exportateurs qui sont plus sensibles aux forces du marché libre.

78. Les politiques agricoles des pays industrialisés ont des conséquences à la fois positives et négatives pour les pays en développement à déficit vivrier. En règle générale, les effets positifs se résument aux gains des importateurs de denrées alimentaires qui ont accès à des approvisionnements à des prix favorables, ainsi qu'à la disponibilité de l'aide alimentaire. Lorsque des denrées bon marché sont disponibles en abondance sur le marché mondial, les pays en développement à déficit vivrier structurel important, peuvent mettre en œuvre des programmes visant à améliorer l'accès des pauvres aux denrées alimentaires et résoudre ainsi en partie leurs problèmes immédiats de balance des paiements. Toutefois, l'impact des politiques agricoles des pays industrialisés sur la solution à long terme des problèmes alimentaires des pays en développement, soit grâce à l'autosuffisance alimentaire, soit grâce à une autonomie fondée sur les échanges, est rarement positif. En raison de la faiblesse des prix des produits alimentaires sur les marchés mondiaux, beaucoup de pays en développement ont tendance à opter pour une politique de denrées alimentaires bon marché.

79. Dans les pays en développement qui fixent les prix agricoles par rapport à des cours mondiaux qui sont anormalement bas en raison des mesures de protection, les prix intérieurs sont inférieurs à ce qu'ils devraient être. Dans ces circonstances, la rentabilité de l'investissement national et étranger dans l'agriculture décroît, des ressources productives sont détournées vers d'autres secteurs moins compétitifs et l'adoption de nouvelles technologies et de mesures visant à améliorer la productivité est reportée. L'effet à long terme est la perpétuation du déficit vivrier et de la dépendance vis-à-vis des aliments importés, y compris de l'aide alimentaire.

80. L'impact de la libéralisation des politiques agricoles des pays industrialisés sur la sécurité alimentaire des pays en développement a été évalué à l'occasion de plusieurs études effectuées récemment. Celles-ci mettent en lumière les incidences possibles de la libéralisation du commerce sur la sécurité alimentaire mondiale. La libéralisation des politiques agricoles des pays industrialisés est censée faire monter les cours mondiaux et stimuler la croissance du commerce mondial. En ce qui concerne les pays en développement, elle entraînerait une augmentation du niveau général de leurs revenus réels, améliorerait leurs termes de l'échange et entraînerait une augmentation considérable de revenus ruraux.

81. Les pays en développement qui profiteraient le plus d'une libéralisation des politiques agricoles des pays industrialisés seraient ceux qui exportent en quantités substantielles les produits dont le commerce serait libéralisé. Les bénéfices potentiels dépendraient aussi de la réaction des pays exportateurs à un environnement commercial plus ouvert. Ils seraient encore renforcés si les pays en développement modifiaient leurs politiques en fonction des changements survenus dans les politiques agricoles dans les pays industrialisés de façon à les compléter.

82. L'issue positive des Négociations commerciales multilatérales d'Uruguay, processus qui fut lancé vers la fin de 1986 pour poursuivre la libéralisation du commerce international dans tous les secteurs, y compris les produits agricoles et tropicaux, pourrait donc avoir des conséquences très importantes sur la sécurité alimentaire et la nutrition. De même, le prix à payer au cas où cette occasion de libéraliser le commerce serait perdue pourrait être très élevé sur le plan du bien-être nutritionnel de millions de personnes défavorisées.

DETTE INTERNATIONALE

83. La situation de la dette extérieure des pays en développement demeure critique. D'après la Banque mondiale, en 1990, le montant total de la dette non remboursée, estimé

à 1 341 milliards de dollars E.-U., dépassait de 10 pour cent le niveau des années précédentes. En Afrique subsaharienne, l'importance relative de la dette par rapport à l'économie a augmenté sensiblement en 1990, puisqu'elle représente désormais quelque 112 pour cent du PNB de la région. Parmi les autres régions en développement qui souffrent le plus de cette situation, à savoir l'Afrique du Nord et le Proche-Orient, d'une part, et l'Amérique latine et les Caraïbes, d'autre part, le rapport dette/PNB demeure également élevé, à 87 pour cent et 48 pour cent respectivement.

84. Si le ratio global du service de la dette aux exportations des pays en développement (service des intérêts et remboursements comme pourcentage des exportations de biens et services) a légèrement diminué en 1990, il demeure néanmoins à un niveau exceptionnellement élevé. Par exemple, du début des années 70 à la fin des années 80, on estime que ce ratio est passé de 13,3 pour cent à 23,2 pour cent pour l'ensemble des pays en développement et de 4,7 pour cent à 25,1 pour cent pour les seuls pays d'Afrique subsaharienne.

85. Il convient de noter que les indicateurs régionaux susmentionnés sont des moyennes et que l'ampleur du problème de la dette, et par conséquent son impact sur la nutrition, diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Toutefois, tandis que jusqu'en 1982 les pays en développement enregistraient un transfert net de ressources liées à la dette en leur faveur, à partir de cette date là, ces pays ont vu une part de plus en plus importante de ces ressources (242 milliards de dollars E.-U. pendant la période 1983-89) revenir à leurs créanciers.

86. Pendant les années 80, aux problèmes croissants liés au service d'une dette ingérable s'est ajoutée, pour beaucoup de pays en développement, une importante contraction des recettes d'exportation. Pendant toute la décennie, l'accent a été mis sur la nécessité pour les pays endettés de réformer leur politique macro-économique intérieure: on pensait à l'époque que le produit de la dette pouvait être résolu de cette façon en y associant un rééchelonnement des dettes existantes. Il ne fait pas de doute que la capacité des pays à rembourser leur dette dépend de politiques intérieures qui engendrent des excédents; mais les politiques doivent aussi prévoir une augmentation satisfaisante de la consommation intérieure et stimuler les investissements, tout en induisant un renversement de la tendance à la fuite des capitaux.

87. Toutefois, la solution imaginée dans les années 80 ne tenait pas compte des graves handicaps extérieurs des pays en développement, sur lesquels ces pays n'avaient la plupart du temps aucun contrôle. Les obstacles à l'obtention de devises en quantités suffisantes étaient les suivants: la croissance extrêmement modeste, voire la stagnation, de la demande de produits primaires sur les principaux marchés d'importation, pour diverses raisons; les politiques protectionnistes des pays créanciers qui limitaient les débouchés de certains produits d'exportation des pays en développement; et les effets des programmes d'ajustement structurel qui faisaient que, dans certains cas, les pays en développement devaient accroître leurs exportations de produits pour lesquels la demande internationale ne progressait pas au même rythme. Dans cette situation, la compression des importations tant de biens de consommation que de biens d'équipement devait jouer un rôle majeur pour assurer le service de la dette extérieure.

88. La restructuration et l'accumulation de devises en quantités suffisantes se sont avérées exceptionnellement difficiles dans les années 80. En même temps, le troisième élément qui doit assurer une gestion appropriée de la dette, à savoir la réduction directe de la dette, a peu progressé à ce jour. Les mentalités ont changé, toutefois, et l'on penche aujourd'hui pour une réduction de la dette par opposition à un simple rééchelonnement et un certain nombre de plans novateurs ont été élaborés (et appliqués dans quelques pays débiteurs) au cours des dernières années. Si plusieurs pays en développement ont profité de l'augmentation du nombre des prêts-subsventions parmi les prêts officiels d'aide au développement, l'impact général de cette tendance est resté modeste.

RESSOURCES EXTÉRIEURES POUR LE DÉVELOPPEMENT

89. Tout en étant incluse dans les transferts de ressources aux pays en développement cités ci-dessus, l'aide extérieure au développement mérite un traitement distinct, dans le cadre de ce document, pour un certain nombre de raisons. Tout d'abord, les pays donateurs peuvent accorder une aide au développement pour la réalisation d'objectifs bien précis, ce qu'ils font assez souvent. Par exemple, dans leur déclaration énonçant la stratégie adoptée en matière d'aide pour les années 90, les ministres des pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) et les chefs des institutions donatrices multilatérales ont cité la mise en valeur des ressources humaines et le soulagement de la pauvreté parmi les priorités de l'aide au développement. Deuxièmement, le ciblage de l'assistance peut établir, et établit parfois, des différences entre les pays bénéficiaires et/ou entre les bénéficiaires au sein d'un même pays. On cite à cet égard, d'une part, le fait que l'accès aux ressources accordées à des conditions extrêmement libérales au titre de l'Association internationale de développement (IDA) du Groupe de la Banque mondiale est limité aux pays à faible revenu et d'autre part, le fait que leurs Directives et Critères pour l'aide alimentaire recommandent d'accorder la priorité aux pays à déficit vivrier et à faible revenu.

90. Dans l'ensemble, l'aide au développement, tout en fournissant un appui au développement économique et social général, peut être un véhicule extrêmement efficace pour atteindre des objectifs particuliers, y compris dans le domaine de la nutrition. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que certaines conditions soient réunies. Or, le volume global de l'aide au développement reste désespérément bas. En particulier l'aide au développement fournie par les pays de l'OCDE, qui atteint actuellement 52 milliards de dollars E.-U. par an, représente en moyenne 0,35 pour cent de leur PNB, alors que l'objectif adopté sur le plan international est de 0,7 pour cent du PNB. Deuxièmement, rien ne permet de dire à ce jour que l'aide au développement ait été attribuée pour la réalisation d'objectifs comme le soulagement de la pauvreté. A cet égard, on a signalé qu'un quart seulement de l'aide va aux dix pays qui comptent ensemble les trois quarts environ des personnes les plus défavorisées du monde. Enfin, un certain nombre d'études ont démontré la nécessité, et indiqué des moyens possibles, d'améliorer l'efficacité de l'aide.

Bibliographie du Chapitre trois

- ACC/SCN. 1990. *Women and nutrition*. ACC/SCN Symposium report. Nutrition policy discussion paper no. 6.
- ACC/SCN. 1992. Breastfeeding, birth spacing and nutrition. Annual Symposium on Population and Nutrition. SCN News. Geneva.
- Chenery, H. *et al.* 1974. *Redistribution with growth*. Oxford, Oxford University Press.
- Cooper Weil D., Alicusian, A., Wilson, J., Reich, M. & Bradley, D. 1990. The impact of development policies on health: a review of the literature. Geneva, WHO.
- Cornia, G., Jolly, R. & Stewart, F. 1987 and 1988. *Adjustment with a human face*. Vol. 1: *Protecting the vulnerable and promoting growth*. Vol. 2: *Country case studies*. Oxford, Clarendon Press.
- Demery, L. & Addison, T. 1987. *The alleviation of poverty under structural adjustment*, Washington, DC, World Bank.
- Dreze, J. & Sen, A. 1989. *Hunger and public action*. Oxford, Clarendon Press.
- FAO. 1988. *Urbanization, food consumption patterns and nutrition*. Committee on Agriculture. Rome, FAO. (COAG/89/5)
- FAO. 1991. *Agricultural issues in structural adjustment programs*. FAO Economic and social development paper no. 66. Rome, FAO.
- Gross, R. & Monteiro, C.A. 1989. Urban nutrition in developing countries: some lessons to learn. *UNU Food Nutr. Bull.*, 11(2):14-20.
- Harpham, T. & Stephens, C. 1991. Urbanization and health in developing countries. *World Health Stat. Quar.*, 44(2): 62-69.
- Hicks, N. & Kubish, A. 1983. *The effects of expenditure reductions in developing countries*. Washington, DC, World Bank.
- Jamal, V., ed. 1988. The African crisis: food security and structural adjustment. *Int. Lab. Rev.*, 127(6).
- Kennedy, E. & Cogill, B. 1987. *Income and nutritional effects of the commercialisation of agriculture in Southwestern Kenya*. Research report no. 63. Washington, DC, IFPRI.
- Maxwell, S., ed. 1988. Cash crops in developing countries. *IDS Bull.*, 19(2).
- Maxwell, S., ed. 1990. Food security in developing countries. *IDS Bull.*, 21(3).
- McGuire, J. & Popkin, B. 1990. *Helping women improve nutrition in the developing world: beating the zero sum game*. World Bank technical paper no. 114. Washington, DC, World Bank.
- Pinstrup-Andersen, P. 1985. Food prices and the poor in developing countries. *Eur. Rev. Agri. Econ.*, 12(78):69-81.
- Pinstrup-Andersen, P. 1987. Macroeconomic adjustment policies and human nutrition: available evidence and research needs. *UNU Food Nutr. Bull.*, 9(1):69-86.
- Pinstrup-Andersen, P., ed. 1988. *Food subsidies in developing countries: costs, benefits and policy options*. Washington, DC, Johns Hopkins Press for IFPRI.
- Popkin, B.M. & Bisgrove, E.Z. 1988. Urbanization and nutrition in low income countries. *UNU Food Nutr. Bull.*, 10(1):3-23.
- Prema, K., Bamji, M.S. & Damodaram, M. 1981. *Nutrition, fertility and mortality: a review*. Rome, FAO.
- Szostak, W.B. & Sekula, W. 1991. Nutritional implications of political and economic changes in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):687-693.
- Traill, B. & Henson, S. 1991. The nutritional implications of changing food systems in Eastern Europe. *Proc. Nutr. Soc.*, 50(3):703-718.
- von Braun, J. & Kennedy, E. 1986. *Commercialisation of subsistence agriculture: income and nutritional effects in developing countries*. Washington, DC, IFPRI.
- von Braun J. & Pandya-Lorch, R. 1991. *Income sources of malnourished people in rural areas: microlevel information and policy implications*. Working papers on commercialisation of agriculture and nutrition no. 5. Washington, DC, IFPRI.
- UNDP. 1991. *Human development report*. New York.
- UNICEF. 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. UNICEF policy review no. 1. New York.
- World Bank. 1986. *Poverty and hunger: issues and options for food security in developing countries: a World Bank policy study*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank. 1990. *World development report*. Washington, DC, World Bank.
- WHO/WFP. 1988. *Structural adjustment, health, nutrition and food aid in the African region*.
- WHO. 1992. *Our planet, our health: report of the WHO Commission on Health and Environment*. Geneva.

Chapitre quatre

Politiques et programmes visant à améliorer la nutrition

1. Depuis quatre décennies, le développement économique et le bien-être social ont fait dans l'ensemble des progrès remarquables dans le monde. Toutefois, ces progrès globaux ne doivent pas faire oublier les dures réalités qui existent encore dans de nombreux pays et parmi certaines catégories de populations restées à l'écart du développement social et économique et dont une grande partie des besoins fondamentaux ne sont toujours pas satisfaits.

2. Il y a dans le monde une cinquantaine de pays à faible revenu dont le PNB par habitant est inférieur à 610 dollars E.-U. par an. Dans ces pays, la sous-alimentation est très courante, particulièrement chez les jeunes enfants et les femmes, et la prévalence du dépérissement, de l'arrêt de la croissance et des carences en oligo-éléments est élevée. Des populations importantes vivent dans des régions pauvres et isolées, où elles sont exposées à des pénuries alimentaires et à des difficultés environnementales et économiques récurrentes. Dans beaucoup de ces pays, les infrastructures sont sous-développées, le secteur privé est faible et les pouvoirs publics sont souvent incapables de fournir les différents services nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Les problèmes de nutrition sont avant tout dus à la sous-alimentation, mais certaines populations urbaines sont touchées par des maladies chroniques liées à l'alimentation.

3. D'autre part, dans une quarantaine de pays à revenu élevé, des maladies liées à l'alimentation, notamment l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, le diabète sucré chez l'adulte et la carie dentaire constituent des problèmes de santé publique majeurs. Dans ces pays, bien que les disponibilités alimentaires soient suffisantes et les revenus moyens par habitant élevés, on trouve encore des ménages qui souffrent de formes de sous-alimentation similaires à celles qu'on observe dans les pays à faible revenu. Enfin, un troisième groupe est constitué par quelque 80 pays à revenu moyen dans lesquels peuvent coexister des problèmes graves de sous-alimentation et de suralimentation.

4. Pour s'attaquer à ces problèmes très divers, il faut élaborer des stratégies nationales et internationales appropriées, adaptées aux circonstances. Outre la diversité des problèmes nutritionnels et de leurs causes, il faut prendre en considération la diversité des pays en ce qui concerne leurs ressources en personnel qualifié, leurs infrastructures et les politiques et programmes qu'ils mettent en œuvre pour réduire les causes de la malnutrition.

POLITIQUES ET PROGRAMMES AXÉS SUR LA NUTRITION

5. Nous examinerons dans cette section certains domaines d'action prioritaire dans lesquels les politiques mises en œuvre peuvent avoir un effet majeur sur la nutrition, afin de mettre en évidence certains aspects importants que les planificateurs et décideurs doivent prendre en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nutritionnelle. Les politiques que nous examinerons sont regroupées par thèmes:

- Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages
- Protection du consommateur par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires
- Prévention des carences spécifiques en micronutriments
- Promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains
- Prévention et traitement des maladies infectieuses
- Prise en charge des groupes défavorisés sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel
- Evaluation, analyse et surveillance nutritionnelles

6. Cette approche thématique permet d'élaborer une base commune pour l'appréhension des problèmes de nutrition par les différents secteurs concernés et de rechercher les solutions de façon plus ciblée, et d'éviter que certains nombreux aspects du problème ne soient négligés, tout en donnant à chaque secteur ou organisme la possibilité d'optimiser sa contribution à l'amélioration de la situation. Ces thèmes ont été examinés aux huit réunions régionales tenues en préparation de la Conférence internationale sur la nutrition et l'exposé ci-dessous reprend les principales conclusions de ces réunions.

Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages

7. La sécurité alimentaire des ménages dépend avant tout de la possibilité pour les familles d'obtenir suffisamment de nourriture pour donner en permanence à chacun de leurs membres tous les aliments dont ils ont besoin pour mener une vie saine et active. L'insécurité alimentaire au niveau des ménages peut prendre différentes formes, qui appellent des mesures différentes. On parle d'insécurité alimentaire chronique lorsque les ménages sont constamment à court de nourriture. L'insécurité alimentaire saisonnière apparaît lorsqu'un chômage saisonnier ou la période de soudure qui précède les récoltes se traduisent par des pénuries et des prix alimentaires élevés. L'insécurité alimentaire transitoire apparaît en cas de mauvaises récoltes ou de maladies du cheptel, de perte d'emploi, de difficultés d'importation, de catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme, etc.

8. La cause fondamentale de l'insécurité alimentaire des ménages est la pauvreté. Cette insécurité touche des catégories de population très diverses, dans les campagnes comme dans les villes. Les groupes vulnérables sont notamment les agriculteurs qui exploitent des terres marginales, les paysans sans terre, les journaliers, les petits pêcheurs et exploitants forestiers, les populations pastorales et les citadins pauvres. Pour accroître la productivité et les revenus de ces divers groupes, il faut mettre en œuvre une stratégie faisant appel à de nombreux instruments et concilier efficacité immédiate et améliorations à long terme.

9. Le choix des politiques à mettre en œuvre dépend des caractéristiques des problèmes de sécurité alimentaire du pays considéré et de la population visée, des ressources et des capacités infrastructurelles et institutionnelles. Il faut s'efforcer de donner à tous les ménages les moyens de se nourrir de façon autonome et permanente.

10. La sécurité alimentaire comporte trois aspects. Premièrement, il faut que les disponibilités alimentaires soient suffisantes tant à l'échelon national qu'à celui des ménages. Deuxièmement, il faut assurer une stabilité raisonnable de l'approvisionnement, aussi bien sur l'année que d'une année à l'autre. Troisièmement, et cet aspect est peut-être le plus critique, il faut faire en sorte que chaque ménage ait les moyens matériels et économiques d'accéder aux aliments et les moyens de produire ou d'acheter la nourriture dont il a besoin.

11. La sécurité alimentaire des ménages nécessite une intervention dans les domaines clés suivants:

12. **Stratégie de développement global et politique macro-économique.** Les diverses stratégies de développement envisageables peuvent avoir des effets très différents sur la réduction de la pauvreté et l'insécurité alimentaire. Les pouvoirs publics peuvent faire beaucoup pour réduire l'insécurité alimentaire, même lorsque les revenus par habitant sont bas. Toutefois, il faut mettre en place les conditions d'une croissance économique équitable si l'on veut que le recul de la pauvreté et les progrès de la sécurité alimentaire soient durables.

13. Le compromis entre objectifs de politique macro-économique et sécurité alimentaire est souvent difficile à faire pour les pays en développement, car le taux de change, la politique de commerce extérieur, l'inflation et le déficit budgétaire peuvent avoir des répercussions importantes sur les prix, les revenus et l'emploi, en particulier chez les plus pauvres. Les programmes d'ajustement structurel visant à promouvoir la croissance économique par une réforme macro-économique impliquent souvent une réduction des subventions à la production et à la consommation qui peut, à court terme, accroître l'insécurité alimentaire des pauvres. C'est pourquoi les programmes d'ajustement structurel

doivent comprendre des mesures propres à atténuer les effets négatifs sur la sécurité alimentaire des pauvres; si certains de ces effets sont inévitables, il faut envisager des mesures compensatoires appropriées pour les amortir.

14. Accélération de la croissance du secteur agricole et alimentaire et promotion du développement rural avec des actions particulières en faveur des pauvres. La croissance du secteur agro-alimentaire est vitale pour la sécurité alimentaire. Dans la plupart des pays en développement, elle est indispensable non seulement pour assurer un approvisionnement alimentaire suffisant et stable, mais aussi parce que la majorité de la population vit de ces activités. Un régime favorable aux producteurs et l'introduction de techniques nouvelles permettant d'accroître la production et l'emploi peuvent réduire la pauvreté et améliorer la sécurité alimentaire.

15. Les effets des politiques d'expansion de la production agro-alimentaire sur la sécurité alimentaire peuvent être amplifiés lorsque ces politiques accroissent et stabilisent la production et les revenus des pauvres. C'est pourquoi certaines mesures propres à stimuler la productivité, comme l'amélioration de l'accès aux intrants, au crédit, aux résultats de la recherche et aux autres services agricoles ainsi qu'aux marchés, par le développement des infrastructures, peuvent être particulièrement utiles pour les petits agriculteurs et les agriculteurs marginaux. Des mesures visant à améliorer l'accès aux facteurs de production, le niveau des qualifications et l'accès au crédit et autres intrants peuvent aussi aider d'autres groupes menacés par l'insécurité alimentaire, comme les citadins pauvres et les populations qui vivent de la pêche et de la foresterie. Le renforcement des élites locales, la prise en charge communautaire, la participation de la population et l'accroissement du pouvoir des femmes, en tant que productrices et que consommatrices, peuvent être des interventions extrêmement efficaces.

16. Amélioration de l'accès à la terre et aux autres ressources naturelles. Les réformes agraires peuvent accroître la productivité et les revenus des pauvres, car dans de nombreux pays l'impossibilité d'accéder à la terre et aux autres ressources naturelles est une cause majeure de pauvreté et d'insécurité alimentaire des ménages. La situation est souvent aggravée par la dégradation de l'environnement et la perte du droit d'usage des terres publiques et des ressources forestières et halieutiques en raison des pressions démographiques et de choix politiques. Mettre en œuvre une véritable réforme des modes de faire-valoir, redistribuer les terres lorsque la propriété foncière est répartie de façon trop inéquitable et favoriser l'installation sur de nouvelles terres lorsqu'elle est possible sont autant de moyens d'améliorer l'accès à la terre et aux autres ressources naturelles.

17. Crédit aux ménages pauvres. Le développement de l'investissement privé pour la création d'activités indépendantes peut apporter une contribution utile au renforcement de la sécurité alimentaire. L'expérience a montré que les programmes de crédit les plus efficaces à cet égard sont ceux qui combinent l'octroi de petits crédits avec des mesures visant à renforcer la motivation collective et à apporter une assistance et des conseils techniques. Les programmes de crédit destinés à des groupes de femmes se sont révélés particulièrement utiles pour l'amélioration de la sécurité alimentaire.

18. Création d'emplois. Dans cet aspect clé de la lutte contre la pauvreté rurale et urbaine, le secteur privé peut jouer un rôle très important en créant des emplois dans l'agriculture et dans l'industrie. Les travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre peuvent être un instrument efficace de la stratégie de sécurité alimentaire. Ils sont utiles à deux titres: dans l'immédiat en accroissant les revenus des pauvres et à plus long terme en leur permettant d'accroître leurs ressources grâce à l'amélioration d'infrastructures telles que systèmes d'irrigation, réseaux routiers, etc. Pour que les programmes de travaux publics bénéficient avant tout à ceux qui sont menacés d'insécurité alimentaire, il faut les concentrer dans les régions défavorisées, où la pauvreté prédomine; en outre, on peut les concevoir de telle façon que le ciblage soit automatique, comme dans le cas du mécanisme de garantie de l'emploi mis en œuvre dans l'Etat du Maharashtra en Inde.

19. **Mécanismes de redistribution.** Les mécanismes de redistribution des revenus, comme des subventions alimentaires, permettent d'accroître la consommation de nourriture. Cependant, ces mesures sont très coûteuses pour des pays en développement dont les ressources sont limitées. C'est pourquoi l'efficacité des subventions alimentaires généralisées pour assurer une sécurité alimentaire durable est souvent contestée. On tend à préférer des subventions ciblées, des bons de ravitaillement ou des programmes d'alimentation visant des groupes vulnérables précis. Malheureusement cela exige une infrastructure administrative qui pour le moment dépasse les capacités de beaucoup de pays en développement. À défaut, on peut choisir des mesures à ciblage automatique, par exemple en ne distribuant que des produits alimentaires consommés avant tout par les pauvres ou en installant des centres de distribution dans les régions où vivent les plus pauvres.

20. **Stabilisation de l'approvisionnement alimentaire.** Les politiques de stabilisation reposent souvent sur la constitution de stocks publics pour pallier les pénuries en cas de mauvaises récoltes ou pendant la période de soudure. La constitution de stocks limités, surtout sous forme de réserves alimentaires stratégiques pour faire face aux premières urgences, est utile. Cependant, le stockage est coûteux et il faut soigneusement en évaluer le coût et l'utilité. Il peut être plus judicieux de recourir à des mesures de type commercial, qui permettent à un pays de se procurer sur le marché mondial les aliments dont il a besoin, soit à des conditions commerciales, soit au titre de l'aide alimentaire. Dans la pratique, chaque pays doit choisir une politique combinant, dans des proportions adaptées à sa situation, le stockage et les achats sur le marché mondial.

21. Il est souvent nécessaire d'investir dans l'agriculture pour améliorer la manutention après récolte, le stockage, la conservation et la distribution, de façon à réduire les pertes à tous les stades. Les mesures visant à encourager la transformation locale et à améliorer l'utilisation et la conservation des aliments traditionnels peuvent aussi contribuer à accroître la sécurité alimentaire des ménages.

22. Pour faire face aux fluctuations intra et intersaisonnières des disponibilités et de la consommation d'aliments, une stratégie fondamentale pourrait consister à accroître la capacité de production et/ou les sources de revenus des ménages. En outre, le renforcement des circuits commerciaux peut contribuer à stabiliser l'approvisionnement alimentaire sur l'année. Différentes stratégies culturelles peuvent aussi être utiles, notamment le développement des cultures de racines et de cultures secondaires, la rotation, les cultures mixtes, la sélection de variétés adaptées, l'échelonnement des semis et des récoltes et le développement des jardins familiaux ou collectifs. Les cultures pérennes, comme les arbres qui produisent des fruits, des fruits à coque ou des feuilles et des pousses comestibles peuvent dans la période de soudure aussi aider à pallier les pénuries saisonnières.

23. **Amélioration de la planification préalable.** Les catastrophes naturelles comme les sécheresses, inondations, cyclones et tremblements de terre sont une cause d'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire menace aussi les réfugiés et les personnes déplacées. Ces problèmes appellent des interventions aux niveaux tant national et qu'international. Au niveau national, il faut renforcer les capacités de faire face aux situations d'urgence et aux pénuries alimentaires qui en découlent. L'action préventive doit porter sur quatre domaines fondamentaux, à savoir la mise en place d'un système d'alerte rapide, la constitution de stocks alimentaires d'urgence situés à des endroits stratégiques et entreposés dans bonnes conditions, la préparation de plans d'intervention pour diverses situations (famines, etc.) et des mesures permettant aux personnes touchées de bénéficier d'une aide accrue, par exemple dans le cadre de programmes de travaux publics. Enfin, des actions susceptibles de prévenir ces catastrophes, par exemple la création de systèmes d'irrigation dans des régions sujettes à la sécheresse ou la construction d'ouvrages anti-inondation, peuvent aussi être utiles.

24. La communauté internationale a un rôle important à jouer en aidant les pays à prévenir les catastrophes et à y faire face ainsi qu'à répondre aux besoins des réfugiés et personnes déplacées. Le Système mondial d'information et d'alerte rapide sur l'alimentation et l'agriculture (SMIAR) de la FAO fournit à la communauté internationale des renseignements régulièrement mis à jour sur les disponibilités alimentaires actuelles et projetées par pays. La FAO s'emploie à améliorer ce système pour pouvoir mieux suivre l'évolution des conditions socio-économiques susceptibles d'avoir une influence sur la sécurité alimentaire de groupes vulnérables. Un mécanisme international renforcé, comme la Réserve alimentaire nationale d'urgence (RAIU), pourrait aussi être très utile en permettant à la communauté internationale de réagir rapidement et efficacement en cas de situation d'urgence. Les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle crucial en améliorant la sécurité alimentaire des ménages, notamment dans les situations d'urgence, en donnant l'alerte à temps, en surveillant la situation alimentaire et nutritionnelle, en mobilisant des ressources et en exécutant des programmes sur le terrain.

25. **Aide alimentaire.** L'aide alimentaire peut apporter une contribution majeure à l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages en cas de catastrophe naturelle ou due à l'action de l'homme. Elle peut aussi aider les gouvernements à faire face aux problèmes d'insécurité alimentaire chronique. L'aide alimentaire peut renforcer la balance des paiements, aider à stabiliser les prix des aliments, permettre de constituer des réserves alimentaires, faciliter la mise en œuvre de programmes de travaux publics et, si elle est échangée contre des espèces, fournir des ressources financières aux gouvernements. Dans la mesure où elle permet d'économiser sur les importations de nourriture, elle est équivalente à un don en devises, ce qui peut libérer des ressources pour accroître les importations de produits alimentaires achetés à des conditions commerciales ou d'intrants pour l'agriculture et donc améliorer la disponibilité alimentaire globale.

26. L'échange de l'aide alimentaire contre des espèces, qui est de plus en plus accepté par les donateurs et les bénéficiaires, a des effets positifs sur le développement et la nutrition. La vente sur le marché libre des produits fournis au titre de l'aide alimentaire pèse sur les prix et équivaut donc à une subvention implicite qui peut améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables. Cependant, il faut veiller à ce que cela ne décourage pas la production locale.

27. **Renforcement des mécanismes de survie des ménages face aux catastrophes.**

On peut distinguer trois stades dans la réaction des ménages face aux catastrophes: la prévention des dégâts, la gestion de la crise et l'effondrement. Pour répondre efficacement aux situations d'urgence, il importe de bien comprendre les mécanismes de survie des ménages afin de les renforcer. Cependant, dans le cas des ménages pauvres, il ne suffit manifestement pas de compter uniquement sur ces mécanismes car ceux-ci ne peuvent pas suffire en cas de catastrophe. En outre, lorsque les catastrophes sont trop fréquentes, elles affaiblissent considérablement ces mécanismes de survie et accroissent dangereusement la vulnérabilité des ménages. Faute de disposer des ressources, de l'aide institutionnelle et des autres moyens nécessaires, les ménages ne sont pas toujours à même de surmonter les catastrophes, qu'elles soient naturelles ou dues à l'action de l'homme. Il faut agir sur deux axes: premièrement, il faut renforcer l'aptitude des ménages à se protéger contre les effets des catastrophes, par exemple en constituant des réserves alimentaires à l'échelon de la famille ou de la communauté, en construisant des installations de transformation, en créant des systèmes collectifs d'épargne et de crédits, en diversifiant les sources de revenu, en renforçant la base de production, en construisant des routes et autres infrastructures de commercialisation, etc. Deuxièmement, il faut aider les ménages lorsque la catastrophe se produit, par exemple en leur fournissant des semences de cultures à croissance rapide, des aliments fourragers, de l'eau et une aide alimentaire et en prenant des mesures spécifiques pour remédier aux effets débilissants de la catastrophe.

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE, FAMINE ET MÉCANISMES DE SURVIE: LEÇONS À TIRER DE LA SITUATION EN AFRIQUE

La famine, qui a sévi dans la Corne de l'Afrique et le Sahel il y a quelques années, menace encore certains pays de ces régions. En outre, de nombreuses personnes en Afrique australe courent désormais le risque d'une sous-nutrition grave. L'insécurité alimentaire et la famine sont inséparables de la pauvreté. De nombreux survivants de la famine de la Corne de l'Afrique s'en sont tirés avec très peu d'avoirs et une base de revenus agricoles de plus en plus fragile qui ne saurait les protéger des crises à venir. Dans ces conditions, les populations sont dans un état d'insécurité alimentaire permanente et leur vulnérabilité aux futures crises s'en trouve aggravée.

Bien que les famines qui ont sévi en Ethiopie, au Soudan et au Burkina Faso aient été différentes, les facteurs qui ont contribué à leur apparition sont assez semblables: tendance à la sécheresse, avoirs limités, manque de possibilités d'emploi, technologie agricole peu développée, infrastructure rurale déficiente et mauvaise hygiène du milieu. L'incapacité des ménages à faire face à des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et l'absence de préparation des gouvernements contribuent aussi aux situations de famine.

La séquence des événements qui conduisent à la famine est complexe. En Ethiopie et au Soudan, par exemple, bien qu'il y ait une relation étroite entre la sécheresse et la production alimentaire, une année de sécheresse n'entraîne pas nécessairement la famine. S'il est important de noter que la famine ne se produit pas brutalement, ceci ne signifie pas qu'à l'avenir des famines ne puissent pas être déclenchées par une seule année de sécheresse. Les ressources des ménages dans les régions enclines à la sécheresse ont déjà bien diminué, laissant les ménages encore plus vulnérables qu'ils ne l'étaient auparavant. On ne peut donc plus compter sur les seuls mécanismes de survie de la population locale et l'intervention des pouvoirs publics est de plus en plus nécessaire pour prévenir la famine et se préparer à y faire face.

Lorsque des pénuries alimentaires sont imminentes, les foyers ruraux adoptent toute une gamme de stratégies de gestion des ressources, souvent appelées mécanismes de survie, longtemps avant que la famine ne menace. Ces stratégies consistent en une séquence d'activités de survie et sont, en un sens, une extension des activités quotidiennes qui aident les gens à gérer leurs ressources dans les moments difficiles. En temps normal, les ménages limitent les risques de diverses façons: les agriculteurs pratiquent la diversification des cultures, utilisent des variétés de semences résistantes à la sécheresse, économisent et investissent et stockent des denrées alimentaires. Les réseaux de soutien social fondés sur les dons, le partage des denrées alimentaires et la fourniture de prêts aident aussi les ménages à gérer leurs ressources de façon à mieux résister aux difficultés.

Des études réalisées en Ethiopie, au Soudan et au Burkina Faso indiquent qu'à mesure que les stocks alimentaires familiaux diminuent, les ménages réagissent d'abord en vendant le bétail, puis en vendant les biens et les bijoux du ménage, en empruntant aux parents et amis et en recherchant des emplois non agricoles. A mesure que la crise s'aggrave, la consommation alimentaire est réduite à un ou, pour les ménages les mieux lotis, à deux repas par jour, et l'on commence à consommer des aliments sauvages ou "de famine", comme les feuilles et baies sauvages et les rongeurs. L'état nutritionnel des enfants pâtit bien évidemment de la réduction du nombre des repas quotidiens.

Finalement, en Ethiopie et au Soudan, une fois épuisées toutes les stratégies de survie disponibles, comme les secours n'arrivaient toujours pas, les gens n'ont plus eu d'autre choix que d'émigrer vers les camps de secours où l'on distribuait une aide alimentaire ou, dans les pires des cas, de mourir sur place de maladies.

Pour prévenir de futures famines, on aurait besoin d'informations détaillées sur la capacité des gens à faire face aux urgences alimentaires. La connaissance des réactions de la population – notamment celles qui indiquent "une difficulté inhabituelle" – joue un rôle décisif dans la programmation de secours efficaces. La prévention de l'insécurité alimentaire passe par une meilleure information sur les groupes dont les sources d'approvisionnement sont aléatoires. Il faudrait savoir notamment qui ils sont, où ils se trouvent, et dans quelle mesure leurs ménages et leur communauté ont les moyens de s'en sortir.

Les projets de travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre jouent un rôle capital en renforçant le pouvoir d'achat des pauvres pendant les périodes de pénurie alimentaire et en prévenant de la sorte les migrations désespérées vers les camps et les villes. La sécurité alimentaire à long terme et la prévention de la famine dépendent avant tout de l'adoption de politiques favorisant la croissance agricole grâce à des technologies agricoles améliorées, la constitution de réserves de céréales stratégiques, l'établissement de systèmes d'alerte rapide efficaces, l'amélioration de l'infrastructure rurale et la fourniture de services sanitaires et éducatifs de base.

D'après: "Food Insecurity, Famines, and Coping Mechanisms: Lessons from Ethiopia, Sudan and Burkina Faso". J. von Braun, P. Webb, T. Reardon et T. Teklu. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, (IFPRI), Washington, décembre 1991.

Protection du consommateur par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires

28. Une bonne nutrition passe nécessairement par un renforcement des systèmes de contrôle de la sécurité et de la qualité des aliments, par la promotion de méthodes de fabrication appropriées et par une éducation des consommateurs en matière de manipulation des aliments. Les gouvernements, les industries alimentaires, les consommateurs et les organisations internationales ont tous un rôle important à jouer.

29. Il faut mettre en place un système efficace de contrôle de la qualité des aliments pour faire en sorte que ceux-ci soient sans danger et que leur qualité soit préservée pendant la production, la manipulation, la transformation et le conditionnement. Les mesures appropriées permettent aussi de réduire les pertes et de promouvoir un régime sain ainsi que l'emploi de technologies appropriées dans l'alimentation. Enfin, l'assurance de la qualité et de la sécurité des aliments peut stimuler les échanges internationaux de produits alimentaires et contribuer à la création d'emplois, à l'accroissement des revenus et, en fin de compte, à l'amélioration de l'état nutritionnel.

30. Il entre dans les attributions des gouvernements d'assurer un approvisionnement en aliments nutritifs et variés, dont la qualité et l'innocuité soient assurées, pour que la population puisse avoir un régime sain. Cela nécessite tout un appareil législatif, réglementaire et normatif, ainsi que des programmes efficaces d'inspection et de contrôle, notamment au moyen d'analyses de laboratoire. Cependant, comme les ressources disponibles pour l'inspection et le contrôle sont limitées, chaque pays doit définir ses priorités en matière de protection de la santé publique et de garantie de la qualité des produits. Pour cela, il est indispensable que chaque pays assure une surveillance des maladies d'origine alimentaire, des teneurs en contaminants et des ressources disponibles. Il faut donc que les gouvernements recueillent et analysent régulièrement des renseignements sur la qualité et la sécurité des aliments. En cas de problèmes ou de doute, il est souhaitable de faire des enquêtes spécifiques et d'instaurer une surveillance sanitaire.

31. Les gouvernements doivent éduquer les consommateurs et conseiller l'industrie alimentaire sur divers aspects de la qualité et de la sécurité des aliments, notamment en ce qui concerne les pratiques recommandées dans l'agriculture et dans la manipulation et la transformation des aliments et les mesures propres à réduire les pertes et à éviter les contaminations. Il faut informer l'industrie et les consommateurs sur la législation, la réglementation et les normes relatives aux aliments. Il convient de lancer des programmes d'éducation ciblés visant certains groupes, notamment les économiquement faibles, les personnes qui ont récemment immigré en ville, les femmes (en raison de leur rôle majeur dans la prise en charge des autres membres de la famille), les personnes qui ont des besoins nutritionnels particuliers et tous ceux qui sont appelés à manipuler des aliments, notamment les marchands ambulants, les agriculteurs, les superviseurs de l'industrie, les éducateurs et les professionnels de la santé. Enfin, il peut être nécessaire que les gouvernements réglementent l'étiquetage des aliments et fixent des directives pour la publicité afin d'aider les consommateurs à choisir en connaissance de cause.

32. Les gouvernements doivent veiller à ce que les notions de qualité et de sécurité des produits alimentaires soient intégrées aux diverses actions publiques intéressant la nutrition, comme les programmes d'alimentation, l'éducation nutritionnelle, les soins de santé primaires, etc. Dans les pays en développement, il est indispensable que des organismes internationaux mettent en œuvre des programmes d'assistance dans ces domaines. Dans le cadre des efforts généraux d'éducation en matière de santé et de

LE COMMERCE DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA

L'exportation de produits primaires, semi-transformés et transformés joue un rôle majeur dans l'expansion économique de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes et constitue une importante source de devises. En 1989, les exportations de produits agricoles, halieutiques et forestiers représentaient 31 pour cent des exportations de la région et leur valeur totalisait 38 milliards de dollars E.-U. En 1988, les exportations de produits alimentaires constituaient 13,1 pour cent des exportations du Brésil, 13,4 pour cent de celles du Chili, 40,3 pour cent de celles de l'Équateur, 9,1 pour cent de celles du Mexique et 32,6 pour cent de celles de l'Uruguay. En 1989, les exportations de poissons et de produits de la mer de l'Amérique latine ont représenté 3,405 milliards de dollars E.-U., les principaux exportateurs étant le Chili (861 millions de dollars), le Mexique (484 millions de dollars), le Pérou (437 millions de dollars) et l'Équateur (437 millions de dollars).

L'épidémie de choléra, dont l'apparition a été signalée au Pérou au début de 1991, continue de se propager dans d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elle a déjà beaucoup tué et son coût économique a été considérable. Elle a eu des effets catastrophiques sur le commerce alimentaire intérieur et extérieur, en particulier au début, car différents produits alimentaires ont été associés à la transmission du choléra. L'inquiétude suscitée dans les pays touchés et dans les pays qui importent des aliments d'Amérique latine a été aggravée par l'absence de mécanismes de prévention au niveau local.

Comme les produits de la mer frais et congelés et, dans une moindre mesure, les fruits et légumes lavés à l'eau, peuvent très facilement être contaminés par le choléra, les pays qui importent des produits alimentaires d'Amérique latine ont renforcé les mesures de contrôle et de quarantaine. Cela a considérablement entravé le commerce de nombreux pays d'Amérique latine, en particulier le Pérou, et eu de graves répercussions sur leur économie. En outre, dans plusieurs pays d'Amérique latine, le commerce intérieur a été affecté car les consommateurs craignaient que les aliments ne soient contaminés. Au Pérou, on a soupçonné les aliments vendus sur la voie publique d'être un vecteur possible de transmission du choléra. Des mesures ont été prises pour améliorer la manipulation et la préparation de ces aliments et, dans certains cas, la vente d'aliments sur la voie publique a été soumise à des restrictions. Des produits comme les poissons et légumes ont été incriminés et leur consommation a fortement baissé. Malgré les mesures prises par les gouvernements, la consommation a mis longtemps à retrouver son niveau antérieur.

Les pauvres ont subi d'importantes pertes de revenu en raison de cette contraction du commerce. Les petits producteurs pouvaient continuer à consommer leur propre production, mais ne pouvaient plus la vendre à un prix suffisant pour couvrir leurs dépenses, y compris l'achat d'autres produits alimentaires, ce qui les a forcés à modifier leur régime. Malgré les mesures prises pour améliorer la manipulation et la préparation des aliments, la vente sur la voie publique a parfois été interdite, ce qui a eu des répercussions graves sur une importante fraction de la population qui vivait de cette activité.

Les renseignements sur les pertes économiques consécutives à l'épidémie de choléra sont encore rares et lacunaires. Néanmoins, dans le cas du Pérou, la perte estimative jusqu'en 1991 pour le seul secteur des pêches atteindrait environ 5 milliards de dollars E.-U. L'association des exportateurs péruviens a estimé la perte directe à 13 milliards de dollars E.-U.

Source: FAO/PAHO/WHO Joint Technical Consultation on Food Safety and Trade in View of the Cholera Epidemic in the Americas, FAO's Food Control Programme For the Prevention and Control of Cholera in the Americas, Buenos-Aires, (Argentine), 6-8 avril 1992.

nutrition, il faut intégrer aux programmes d'enseignement des cours insistant sur la nécessité de manipuler soigneusement les aliments afin d'éviter les contaminations. Les pouvoirs publics peuvent contribuer à l'amélioration des connaissances concernant la qualité et à la sécurité des produits alimentaires en faisant faire des recherches en santé publique et en technologie agro-alimentaire.

33. Il est rare que les pays à faible revenu aient les structures institutionnelles nécessaires pour mettre en œuvre des programmes exhaustifs de contrôle de la qualité des aliments, mais cela ne doit pas les empêcher de commencer à développer leurs capacités dans ce domaine. Dans beaucoup de pays à faible revenu, la priorité est d'améliorer l'accès aux aliments et, tant pour les ménages qu'au niveau national, il convient de souligner l'importance de l'amélioration de la qualité et de la sécurité à cet égard. Les pays qui possèdent déjà une législation et des mécanismes pour en contrôler

l'application, notamment des services d'inspection et des laboratoires, peuvent aider d'autres pays sur ce plan, dans l'esprit de la coopération technique entre pays en développement. Cependant, la plupart des pays à faible revenu auront besoin de l'aide des organisations internationales pour se doter de l'infrastructure nécessaire.

34. Dans beaucoup de pays à revenu moyen, en transition d'une économie essentiellement rurale et agricole vers une société urbaine et marchande, il faut renforcer les mécanismes de contrôle pour faire respecter des normes élémentaires d'hygiène dans la préparation des aliments. Un réseau d'adduction d'eau et d'assainissement de base sont indispensables pour garantir la qualité et la sécurité des aliments tant au niveau des ménages que dans les circuits commerciaux.

35. A tous les stades, de la production agricole jusqu'aux services de restauration, l'industrie a un rôle à jouer dans le maintien de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires. Dans l'agriculture, il faut notamment employer convenablement les pesticides, engrais et médicaments vétérinaires et contrôler les méthodes de stockage et de transport des produits récoltés, ainsi que les modalités d'utilisation des produits chimiques. L'industrie alimentaire peut en outre contribuer à mettre au point des solutions techniques peu coûteuses pour assurer la qualité et la sécurité des aliments, en appliquant des méthodes modernes d'assurance de la qualité (Système des points de contrôle critique pour l'analyse des risques) et en formant les superviseurs et ceux qui manipulent les produits alimentaires.

36. Les organisations internationales peuvent jouer un rôle très important en fournissant des conseils et une assistance technique spécialisée aux gouvernements en matière de qualité et de sécurité des produits alimentaires, notamment pour ce qui concerne l'utilisation des additifs alimentaires et les teneurs tolérables dans différents produits alimentaires ainsi que les taux de contamination à ne pas dépasser. A l'échelle mondiale, les organisations internationales devront continuer à surveiller les teneurs des produits alimentaires en certains contaminants et l'incidence et la prévalence des maladies d'origine alimentaire aux niveaux régional et mondial.

37. De plus, les organisations internationales sont une source irremplaçable de conseils aux pays membres pour l'élaboration de lois et de règlements et de normes et directives en matière de qualité, de sécurité et d'étiquetage des aliments, comme celles qu'établit la Commission du Codex Alimentarius (Codex), organe subsidiaire de la FAO et de l'OMS. Ces normes internationales protègent la santé des consommateurs et garantissent un commerce loyal. Les normes alimentaires sont importantes pour la promotion du commerce national et international des produits alimentaires. Les normes et codes de conduite contribuant à garantir l'innocuité des produits doivent faire partie intégrante des dispositifs nationaux et internationaux visant à assurer la sécurité alimentaire.

Prévention des carences spécifiques en micronutriments

38. Parmi les objectifs du Plan d'action adopté par le Sommet mondial pour l'enfance et auquel ont souscrit plusieurs organisations internationales figurent l'éradication presque totale des carences en iode et en vitamine A et une importante réduction des carences en fer d'ici la fin de la décennie. Ces trois objectifs peuvent être atteints si l'on consent rapidement des efforts concertés. L'élimination des carences en oligo-éléments fait appel à des techniques connues et peu coûteuses et ne présente donc pas de difficultés majeures. Les chercheurs en nutrition, les gouvernements, le secteur privé et les collectivités ont là une possibilité exceptionnelle de s'associer dans une action efficace.

39. L'essentiel est que chaque pays élabore et mette en œuvre un plan national d'action, avec une stratégie et des mesures précises, afin d'éliminer les carences en oligo-éléments. A ce jour, la plupart des pays qui se sont attaqués à ces problèmes les ont abordés séparément. Les programmes qui ont été évalués n'ont souvent atteint qu'une petite proportion de la population menacée par les différentes carences. Seuls quelques pays ont élaboré des programmes intégrés, complémentaires et de longue haleine.

40. Comme les stratégies à mettre en œuvre sont très différentes et nécessitent souvent l'intervention d'acteurs très différents, chaque carence appelle un plan d'action spécifique. Toutefois, cela n'empêche pas de les coordonner dans le cadre d'un seul plan d'ensemble. Dans la plupart des pays, une des premières choses à faire est d'évaluer plus précisément l'importance des carences les plus courantes. Beaucoup de pays ont déjà fait des enquêtes locales ou régionales, mais elles sont souvent dépassées. En outre, la situation évolue constamment en raison des actions entreprises, d'où la nécessité d'une réévaluation périodique, au moins tous les cinq ans. Les évaluations peuvent se faire à l'échelle nationale (pour définir les zones atteintes) ou être concentrées sur les zones qu'on suppose atteintes. Il est souhaitable de faire l'évaluation district par district et d'employer des méthodes aussi peu coûteuses que possible. Pour cela, on peut notamment essayer d'intégrer l'évaluation des carences en oligo-éléments dans d'autres enquêtes nutritionnelles, sans perdre de vue sa spécificité. Dans chaque cas, il convient de déterminer les causes immédiates et profondes des carences, et de donner certaines informations aux populations touchées. Pour pouvoir planifier, mettre en œuvre ou évaluer sans frais excessifs les programmes de lutte contre les carences en micronutriments, il faut disposer de certaines informations de base, non seulement sur les aspects sanitaires, mais aussi sur les facteurs alimentaires, socio-culturels et économiques.

41. On peut distinguer quatre stratégies fondamentales:

42. **Amélioration du régime alimentaire.** Par exemple en développant la production et la consommation d'aliments riches en micronutriments, notamment les légumes à feuilles vertes et les fruits qui fournissent un apport important en vitamine A, fer et autres oligo-éléments. Cette stratégie est généralement la plus fondamentale et la plus efficace à long terme, du moins pour les carences en vitamine A et en fer. Pour l'iode, les produits de la mer fournissent un apport intéressant et il convient de réduire autant que possible la consommation d'aliments goitrogènes.

43. La prévention des carences en oligo-éléments par la diversification de l'alimentation est généralement considérée comme une stratégie à long terme. Cependant, des expériences récentes ont montré qu'il est possible d'obtenir assez rapidement une modification importante des habitudes alimentaires, par exemple en encourageant la production et la consommation de certains légumes. Dans les campagnes et même dans les villes, il est très souvent possible de produire dans un jardin familial un complément alimentaire riche en micronutriments. A l'échelon national, on peut orienter la politique alimentaire et agricole de façon à accroître la disponibilité d'aliments riches en micro-

nutriments. Il faut faire un gros effort d'éducation et de communication pour porter au niveau nécessaire la compréhension, la motivation et la participation de la population. La modification du régime alimentaire est un aspect crucial des stratégies visant à accroître la sécurité alimentaire des ménages par une action communautaire. C'est la seule solution durable pour l'élimination définitive des carences en oligo-éléments.

44. **Enrichissement des aliments.** Adjonction d'iode au sel (ou à d'autres aliments courants), adjonction de vitamine A aux matières grasses ou huiles, au sucre, au sel, etc. ou adjonction de fer au blé, au riz ou au sel. On a aussi essayé avec succès d'enrichir le monosodium glutamate, des préparations lactées et divers aliments de sevrage en différents oligo-éléments, notamment dans des pays industrialisés. Dans ces pays, les programmes d'enrichissement ont permis d'éliminer totalement ou presque la plupart des carences en oligo-éléments; les carences en iode et en fer sont encore assez répandue en Europe, mais leur prévalence est faible.

45. Dans les pays en développement, le principal problème est que l'enrichissement est relativement coûteux et difficile à mettre en œuvre. Par exemple, l'enrichissement du sel nécessite généralement une coopération du secteur privé, qui est difficile à coordonner lorsqu'il existe de nombreux petits producteurs; en outre, il n'est pas toujours facile d'élaborer, de promulguer et de faire respecter des textes législatifs appropriés. Il faut absolument que les pays acquièrent les moyens de mettre en œuvre et de gérer de tels programmes et de mener des campagnes d'information à grande échelle. La coopération active des producteurs et distributeurs de sel et autres produits alimentaires et la motivation des consommateurs et des collectivités sont indispensables. Sur le plan technique, il est facile d'enrichir les aliments dans les pays industrialisés, mais dans les pays en développement, la plupart des produits qui pourraient être enrichis ne sont pas de consommation universelle, sauf le sel qui est à peu près le seul support envisageable.

46. **Complémentation.** Il s'agit de l'administration d'huile iodée (orale ou par injection), de vitamine A (comprimés fortement dosés ou autre forme d'administration orale) et de fer médicamenteux. La complémentation est généralement considérée comme une mesure à court terme, d'efficacité immédiate, à appliquer en attendant la mise en œuvre de mesures de longue haleine, par exemple en situation d'urgence pour des populations déplacées. Cependant, une intervention même de courte durée peut nécessiter un ou deux ans de préparation et d'organisation si elle doit être menée sur une grande échelle. La majorité des pays distribue couramment des compléments de fer, par l'intermédiaire des services de santé maternelle et infantile (SMI) et des services de santé locaux ainsi que, parfois, dans le cadre de programmes de soins de santé primaires au niveau communautaire. Cependant, dans la plupart des cas, ces interventions ne sont pas systématiques et n'atteignent qu'une fraction de la population. Il y a beaucoup à faire pour améliorer l'approvisionnement en comprimés, la portée des programmes, la formation du personnel de santé et le suivi. Il existe déjà des circuits qui permettraient de distribuer ces compléments; par exemple les services de SMI et les programmes de vaccination, les dispensaires de soins de santé primaires, le système scolaire, les services de vulgarisation et des organisations non gouvernementales distribuent des comprimés de fer. Cependant, souvent les groupes cibles (femmes enceintes, enfants d'âge préscolaire ou scolaire) ne sont pas les mêmes pour chaque oligo-élément et il faut surmonter de nombreux obstacles opérationnels pour intégrer ces activités à d'autres services de santé.

47. **Politique de santé publique.** De nombreuses mesures méritent d'être encouragées: mesures législatives, notamment mécanismes de contrôle de la qualité et de l'innocuité des aliments pour les programmes d'enrichissement; aménagement de l'environnement (adduction d'eau, assainissement, hygiène des aliments); programmes de vaccination, lutte contre les maladies endémiques, SMI et soins de santé primaires et éducation et information en matière de santé. En outre, il est indispensable d'encourager l'allaitement naturel et d'améliorer la nutrition des mères.

48. Certaines de ces actions doivent être très spécifiques, comme l'iodation du sel, mais dans la plupart des cas elles doivent s'inscrire dans le cadre plus général des soins de santé primaires et de la stratégie de développement global à tous les niveaux: famille, collectivité locale, district et ensemble du pays. Pour obtenir les meilleurs résultats, il faut absolument associer ces actions à des mesures de lutte contre les maladies infectieuses, de SMI et de planification familiale, notamment l'encouragement de l'allaitement naturel, et d'amélioration de la sécurité des produits alimentaires.

49. Il est possible de combiner les actions concernant deux micronutriments ou plus. Cela permet de réduire les coûts, de renforcer les soins de santé primaires et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. On peut notamment envisager les actions combinées suivantes:

- Dans le cas de la vitamine A et du fer, il est facile d'agir sur l'alimentation puisque ces deux oligo-éléments (ainsi que d'autres) sont présents en grande quantité dans de nombreux aliments. En outre, l'état nutritionnel en oligo-éléments des jeunes enfants pourrait souvent être amélioré par une distribution plus équitable de la nourriture au sein de la famille.
- Double ou triple enrichissement: par exemple, il est techniquement possible d'enrichir le sel à la fois en iode et en fer, mais cette méthode est encore au stade expérimental et il faut poursuivre les recherches pour en réduire le coût. Il devrait être possible d'ajouter plusieurs oligo-éléments à certains aliments comme le lait ou les mélanges de céréales et de légumineuses distribuées dans les programmes d'aide alimentaire.
- Les programmes de complémentation combinée, intégrés dans les programmes de santé existant comme suggéré ci-dessus, permettent très souvent une intervention rapide et peu coûteuse; des recherches opérationnelles dans ce domaine seraient utiles.
- Tous ces programmes doivent être étayés par une communication à grande échelle mettant l'accent sur l'éducation nutritionnelle de la population; cette action doit être considérablement intensifiée et l'on obtiendra le meilleur rapport coût/efficacité en agissant simultanément sur les trois principales carences.
- Dans de nombreux pays, il est possible de mettre en place une direction et des structures de gestion commune, ce qui pourrait faciliter la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, tant dans le pays qu'à l'extérieur.
- L'évaluation simultanée (initiale ou périodique) de l'état nutritionnel en oligo-éléments est un autre domaine dans lequel une action commune serait possible. Toutefois, les classes d'âges pertinentes ne sont pas les mêmes pour les trois micronutriments, ce qui complique la tâche et il faut donc poursuivre les recherches sur ce plan.

Promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains

50. La promotion de régimes alimentaires et de comportements plus sains est un des aspects les plus importants de l'action globale visant à améliorer la nutrition. Les gens doivent non seulement avoir accès à une nourriture variée, sans danger et abordable, mais aussi à des informations sur ce qui constitue un régime alimentaire sain et sur la meilleure manière de répondre à leurs besoins nutritionnels. Outre l'éducation, les stratégies visant à promouvoir des régimes alimentaires sains doivent motiver les gens et leur donner la possibilité de modifier leur comportements en tenant compte de leurs préférences, de leur mode de vie et du temps dont ils disposent.

51. Un certain nombre de pays, tant développés qu'en développement, se sont employés à promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains, et certaines de ces actions ont été bien documentées par un groupe d'étude de l'OMS (1990). Le recul de certaines maladies non transmissibles liées à l'alimentation, qui étaient en augmentation dans certains pays développés, est attribuable à ces efforts, ainsi qu'à l'amélioration des soins médicaux et du dépistage. Des efforts similaires pourraient avoir les mêmes effets dans des pays en développement.

52. En raison de la rapide expansion des maladies non transmissibles liées à l'alimentation dans de nombreux pays en développement, il est plus nécessaire que jamais d'intégrer des considérations de nutrition dans les politiques et plans de développement. Pour promouvoir des modes de vie et des régimes alimentaires sains, on peut agir dans les domaines suivants: éducation nutritionnelle et conseils diététiques destinés au grand public; formation des agents de soins de santé, des vulgarisateurs agricoles, etc.; directives destinées aux services responsables de l'alimentation et participation de groupes de consommateurs et des industries alimentaires; assurance de la qualité et de la sécurité des produits alimentaires, contrôle et évaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle nationale; stimulation de l'offre des divers aliments nécessaires pour permettre aux consommateurs d'adopter un régime plus sain.

53. *Des conseils diététiques* ont été publiés par le gouvernement et par des organisations privées dans certains pays, généralement sur la base d'une analyse scientifique détaillée des relations entre régime alimentaire et santé. En outre, des organismes scientifiques ont établi des recommandations concernant les apports alimentaires journaliers. En général, ces recommandations correspondent à ce qui est nécessaire pour que presque tous les membres d'une population évitent les carences et couvrent leurs besoins sans courir de risques. Elles sont couramment employées, notamment pour la planification et l'achat d'approvisionnements alimentaires destinés à des sous-groupes de population, pour l'établissement de normes pour les programmes d'alimentation et pour l'étiquetage nutritionnel.

54. Plus récemment, les gouvernements et des organisations privées se sont mis à publier des conseils alimentaires qui tiennent compte du souci, de plus en plus général, de prévenir les maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Ces conseils, adaptés à la situation locale, encouragent la population à choisir un régime équilibré et à adopter des modes de vie et des comportements plus sains, en particulier l'allaitement naturel. On conseille de plus en plus d'éviter les habitudes alimentaires et modes de vie associés à un risque accru de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Les conseils alimentaires sont particulièrement utiles lorsqu'ils servent de principes directeurs pour l'ensemble des messages d'éducation nutritionnelle de grande diffusion, ce qui permet de faire en sorte que les consommateurs reçoivent une information cohérente et exacte.

55. *Des objectifs alimentaires* figurent souvent dans les conseils en matière de régime; ils recommandent d'inclure certains aliments ou groupes d'aliments dans la ration

quotidienne. Pour définir ces objectifs, il faut tenir compte de l'approvisionnement alimentaire, de l'environnement, et des caractéristiques économiques, sociales et culturelles; il faut donc les adapter à la population visée.

56. Outre les conseils d'alimentation qualitatifs, certains pays ont proposé des objectifs quantitatifs concernant les différents nutriments. Le Groupe d'étude de l'OMS (1990) a recommandé de tels *objectifs nutritionnels pour la population*: ils sont exprimés en termes de fourchettes pour la consommation moyenne de différents nutriments à l'échelle d'un pays ou d'une collectivité. Le groupe avait envisagé ces objectifs comme des outils de planification de caractère général, tenant compte de la nature, de la quantité et de la qualité des aliments produits, importés ou consommés, et comme des critères pour l'évaluation de l'efficacité des campagnes de communication.

57. *L'étiquetage alimentaire et nutritionnel* peut aider la population à choisir un régime alimentaire sain. Les renseignements relatifs aux teneurs en nutriments peuvent faciliter la mise en œuvre des conseils alimentaires. La Commission du Codex Alimentarius FAO/OMS a élaboré, pour examen par les gouvernements, des principes directeurs sur l'étiquetage nutritionnel applicables à tous les aliments conditionnés et aux aliments destinés à la restauration. Certains pays ont récemment envisagé de simplifier l'étiquetage nutritionnel en n'y faisant figurer que les nutriments ou composants alimentaires qui présentent de l'importance du point de vue de la santé publique. Des enquêtes auprès des consommateurs menées dans des pays développés montrent que ceux-ci s'intéressent de plus en plus aux teneurs en nutriments et souhaitent un étiquetage plus simple. D'importants travaux ont été entrepris dans le but de comparer diverses présentations pour l'étiquetage nutritionnel afin d'en faciliter la lecture. Enfin, certains pays réglementent expressément l'emploi de *qualificatifs* tels que "faible teneur en matières grasses" ou "basses calories" dans l'étiquetage des aliments, les réservant à des produits qui satisfont à des critères précis.

58. *L'éducation* à tous les niveaux joue aussi un rôle clé dans la promotion de régimes alimentaires et de modes de vie sains. Certaines méthodes ont fait leurs preuves pour motiver les consommateurs et les inciter à modifier leur comportement afin d'améliorer leur nutrition et d'adopter un mode de vie plus sain. En général, on a constaté que les campagnes d'éducation nutritionnelles les plus efficaces à cet égard sont celles qui ont pour objectif de modifier les comportements, plutôt que simplement de diffuser des renseignements. Les méthodes les plus efficaces s'inspirent des techniques d'action sociale axées sur l'apprentissage, la promotion de certains comportements et des techniques de communication de masse associant divertissement et éducation. Elles ont des effets positifs sur l'état nutritionnel même dans des populations à faible revenu.

59. La teneur et l'orientation des messages éducatifs doivent être adaptés à la population visée, selon qu'elle est rurale ou urbaine et en fonction de son mode de vie, de sa culture et des aliments primaires ou transformés auxquels elle a accès. Le choix des supports éducatifs ou de diffusion doit aussi être adapté, puisque les populations rurales sont généralement plus dispersées et moins alphabétisées que les citadins, en particulier dans les pays en développement. Il faut donc soigneusement planifier toutes les interventions éducatives visant à promouvoir des modes de vie et des régimes alimentaires plus sains. Il faut rassembler les informations nécessaires pour définir les groupes cibles, les objectifs, les stratégies, les méthodes et les ressources, en fonction des conditions politiques, économiques et sociales locales.

60. Le but des campagnes de communication nutritionnelle est de modifier certains comportements alimentaires nocifs. Les éléments dont on dispose donnent à penser que ces campagnes sont au moins aussi efficaces, compte tenu de leur coût, que d'autres interventions concernant la nutrition. Enfin, il faut absolument qu'elles soient poursuivies sur une longue période si l'on veut obtenir des changements de comportement significatifs et durables.

COMMUNIQUER POUR AMÉLIORER LES COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE NUTRITION

Au cours de ces deux dernières décennies, on a peu à peu élaboré des méthodes de communication efficaces pour améliorer la nutrition par une modification des comportements. Pour cela, on fait appel à diverses techniques modernes de communication qui s'appuient sur des principes de marketing et de science du comportement afin de cerner certains comportements liés à la nutrition, dans leur contexte social, et de mettre au point des messages et des supports appropriés destinés à l'audience cible. Il est indispensable de faire participer les membres de la communauté à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de communication. Les programmes fondés sur ces principes ont eu des effets positifs sur l'état nutritionnel de divers groupes de la population et notamment des personnes à faible revenu.

Pour une efficacité maximale, il faut prendre en considération les préférences des consommateurs, la disponibilité et l'accessibilité de différentes pratiques et les effets nutritionnels probables des modifications de comportement proposées. La plupart des programmes de communication nutritionnelle ont cherché avant tout à influencer les consommateurs et les dispensateurs de soins pour améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants, encourager l'allaitement naturel et remédier aux carences en vitamine A et autres oligo-éléments. En outre certains programmes ont cherché à renforcer la position des dispensateurs de soins et à influencer les autres membres du ménage ou de la communauté de façon à favoriser une meilleure distribution des ressources et à surmonter les résistances au changement.

Un certain nombre de campagnes de communication nutritionnelle réussies permettent de tirer les conclusions suivantes:

- Les comportements précis et concrets sont ceux qui ont le plus de chance d'être adoptés.
- Pour que les changements de comportement soient durables, un effort de longue haleine est nécessaire.
- Il est indispensable que l'audience cible soit fréquemment et directement exposée aux messages.
- Il faut rassembler une information de base, en faisant les recherches nécessaires, pour pouvoir construire une stratégie de communication efficace.
- Il est indispensable de bien définir et atteindre l'audience cible.
- Pour qu'une campagne de communication nutritionnelle et le matériel employé soient efficaces, il faut absolument prendre en considération les préférences des consommateurs.
- Les notables et réseaux locaux peuvent jouer un rôle efficace dans la promotion de solutions aux problèmes nutritionnels.
- Il faut analyser les différents circuits de communication (directe et de masse) pour évaluer l'audience touchée et la fréquence de l'exposition aux messages. Dans la plupart des cas, il faut combiner communication directe et communication de masse.
- Il faut former les agents de vulgarisation pour leur donner les compétences nécessaires en matière de communication directe et indirecte, et les superviser.

Les responsables politiques, les fonctionnaires, les administrateurs de programmes et autres décideurs peuvent grandement contribuer à l'efficacité des campagnes de communication nutritionnelle: accorder à la communication nutritionnelle un rang de priorité élevée et y affecter des ressources suffisantes, notamment un personnel comportant des responsables de programme et des éducateurs de santé bien formés; adopter une approche multidisciplinaire pour définir les problèmes de nutrition et planifier les interventions; associer les interventions nutritionnelles à d'autres programmes de santé et de développement socio-économique; adopter une approche graduelle en se concentrant sur deux ou trois interventions nutritionnelles et sur des comportements précis qui peuvent avoir des effets importants sur l'état nutritionnel; mobiliser les universités, agences de publicité et autres milieux possédant les compétences nécessaires; évaluer les coûts récurrents minimums par bénéficiaire et les ajouter aux coûts initiaux; prévoir des délais suffisants et une affectation durable des ressources humaines et autres pour faire en sorte que les modifications de comportement ne soient pas éphémères.

Source: Parlato, M.C. Green and C. Fishman, "Communicating to Improve Nutrition Behaviour: The Challenge of Motivating the Audience to Act", Academy for Educational Development, Washington D.C., 1992.

61. Les médias locaux et nationaux peuvent jouer un grand rôle dans la promotion de la nutrition et de la santé. Il faut susciter leur adhésion totale en associant leurs dirigeants à l'élaboration de la campagne dès le début. Ceux-ci, comprenant mieux l'importance du régime alimentaire et du mode de vie et la façon dont les comportements se propagent d'un groupe social à un autre, pourront inciter leurs collègues à communiquer au public une information plus équilibrée lorsque des intérêts commerciaux vantent des produits nocifs comme le tabac ou l'alcool ou encouragent des régimes alimentaires et des comportements nuisibles pour la santé.

62. La conception et la production de matériels éducatifs adaptés à la communication de masse obéissent à des principes bien établis. On peut pour cela faire appel à des spécialistes des médias, de même que pour définir la meilleure manière d'amplifier l'action communautaire. L'expérience acquise à ce jour permet de tirer les conclusions suivantes en matière d'information nutritionnelle: les comportements les plus susceptibles d'être adoptés sont ceux qui sont bien définis; la réussite exige un effort soutenu; il est indispensable que les intéressés soient fréquemment et directement exposés aux messages; l'élaboration d'une stratégie de communication efficace peut nécessiter des recherches approfondies; il faut absolument définir et atteindre l'audience cible appropriée; enfin il faut tenir compte des préférences des consommateurs.

63. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, différents spécialistes, tels que les médecins, infirmiers, enseignants, vulgarisateurs agricoles et autres agents communautaires, laissent passer de nombreuses occasions de promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains car ils n'y sont pas préparés. Il faut absolument prévoir dans la stratégie globale une formation, tant institutionnalisée qu'informelle, pour que ces catégories professionnelles soient mieux à même de promouvoir des modes de vie et des régimes alimentaires sains.

64. Le *secteur de la santé* a un grand rôle à jouer dans la promotion de modes de vie et de régimes alimentaires sains, qui devrait être systématiquement intégrée dans les activités des services de santé et dans les actions de protection et de promotion sanitaires proposées aux individus ou groupes particulièrement vulnérables.

65. Même si la tâche première du *système scolaire* est de former les enfants et les adolescents, l'éducation en matière de santé dans le cadre scolaire peut avoir des effets positifs sur les membres adultes de la famille. L'éducation nutritionnelle devrait faire partie intégrante d'un programme complet d'éducation en matière de santé destiné aux jeunes et aux enfants d'âge scolaire, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cadre scolaire. Cela nécessite des programmes d'enseignement adaptés, une préparation spécifique des enseignants, la production de matériel d'enseignement spécifique, une adaptation du cadre scolaire visant à favoriser un régime alimentaire sain (jardins scolaires ou collectifs, application de règles d'hygiène alimentaire dans la communauté, etc.) et une coopération entre l'école, les parents, la communauté et les services sanitaires, agricoles et sociaux locaux.

66. Sur les *lieux de travail*, une bonne nutrition peut être encouragée par la subvention des repas ou des mesures favorisant la vente de repas équilibrés. Ces prestations en faveur des salariés et d'autres comme celles qui visent à promouvoir l'activité sportive (parrainage d'équipes, ou financement d'équipements), à décourager le tabagisme et la consommation de boissons alcoolisées et à créer un environnement hygiénique et des conditions de travail salubres sont autant de mesures qui les encouragent à adopter un mode de vie sain.

67. La *contribution de l'industrie alimentaire* à la promotion de régimes alimentaires sains consiste principalement à élaborer et à commercialiser un éventail d'aliments sans danger et de bonne qualité. Comme le montre clairement par exemple l'augmentation des ventes de produits tels que les produits laitiers à faible teneur en matières grasses, l'industrie alimentaire est capable et désireuse de répondre aux exigences formulées par les

consommateurs soucieux de leur santé. Le rôle de l'éducation nutritionnelle et sanitaire est important à cet égard: elle doit communiquer un message approprié pour créer cette demande. La législation et la réglementation relatives à l'étiquetage des aliments et à la publicité peuvent encourager l'industrie et la distribution à décrire de manière exacte et loyale les qualités nutritionnelles des aliments et préserver la qualité et l'innocuité des produits alimentaires.

68. La *restauration collective* peut jouer un rôle important dans la promotion de régimes alimentaires sains. Moyennant des conseils, une législation et une supervision appropriée, elle peut avoir une grande influence sur l'alimentation et d'autres aspects du mode de vie en raison de l'importance de la population qu'elle dessert: enfants scolarisés, salariés du commerce et de l'industrie et autres personnes qui passent une partie de leur journée loin de leur domicile.

69. Au niveau national, l'amélioration de la nutrition et la promotion de régimes alimentaires sains ont de nombreuses répercussions sur l'économie agricole, les politiques industrielles et sociales et le commerce extérieur. Il faudra évidemment un certain temps pour élaborer des politiques et programmes cohérents et modifier des attitudes profondément ancrées. Dans certains pays, la promotion de régimes alimentaires traditionnels auxquels est associé un risque réduit de maladies non transmissibles liées à l'alimentation a entraîné un regain d'intérêt pour la production et la commercialisation d'aliments traditionnels.

Prévention et traitement des maladies infectieuses

70. La prévention et le traitement des maladies infectieuses ont pour objet d'en réduire l'incidence, la durée et la gravité. Les principaux domaines d'action sont l'éducation en matière de santé, l'hygiène du milieu et des aliments, la vaccination, les soins curatifs, la surveillance et la promotion de la croissance et les soins de santé primaires.

71. Une grande partie des maladies infectieuses pourrait être évitée par des comportements appropriés. L'éducation en matière de santé vise à modifier les attitudes et comportements. En informant le public et les groupes exposés sur les mécanismes de transmission des maladies infectieuses et parasitaires, l'assainissement, l'hygiène alimentaire, la prévention des diarrhées et les traitements à domicile, on peut réduire la transmission de ces maladies. La promotion de l'allaitement naturel peut diminuer l'incidence et la gravité des épisodes diarrhéiques chez les nourrissons, même au-delà de six mois. L'action éducative visant à prévenir les diarrhées doit aussi porter sur la préparation des aliments de sevrage, l'emploi d'aliments fermentés, le traitement de l'eau, l'hygiène corporelle et l'assainissement. Les actions éducatives, soit destinées à des groupes précis comme les mères qui fréquentent les dispensaires, soit diffusées par l'intermédiaire de la radio et de la télévision, peuvent avoir un effet considérable (OMS, 1986 et FISE, 1991). Les mesures pratiques enseignées à l'école peuvent atteindre aussi les parents. Les programmes d'éducation extrascolaires, notamment les cours d'alphabétisation, peuvent aussi aborder des questions de santé. En Indonésie, un important projet visant à communiquer des informations nutritionnelles et à modifier les comportements a démontré qu'à elle seule, l'éducation peut améliorer l'état nutritionnel de certains groupes vulnérables.

72. Les programmes d'hygiène du milieu, qui concernent la salubrité de l'eau, l'élimination des déjections humaines et des ordures municipales et l'amélioration de l'habitat, peuvent apporter une contribution importante à la réduction de la morbidité due à différentes maladies infectieuses transmises par l'eau et les excréments. Ainsi, dans un projet financé par la Banque mondiale en Colombie, pour chaque augmentation de 10 pour cent du nombre de latrines installées, la proportion d'enfants souffrant de problèmes nutritionnels a diminué de 15 pour cent. L'amélioration de la salubrité de l'eau peut aussi réduire considérablement l'incidence des diarrhées et de diverses maladies infectieuses transmises par l'eau.

73. Les maladies d'origine alimentaire sont très courantes et ont une prévalence élevée. La majorité des diarrhées sont transmises par les aliments, de même que de nombreuses autres maladies dues à des bactéries, virus, mycotoxines et parasites. Pour prévenir ces maladies, il faut agir notamment sur l'hygiène des aliments et l'hygiène corporelle, le contrôle de la qualité des aliments et la législation, par exemple en fixant des normes pour la pasteurisation du lait et la qualité chimique et microbiologique des aliments préparés. L'amélioration de la sécurité des produits alimentaires peut jouer un grand rôle pour enrayer le complexe malnutrition-maladies infectieuses.

74. Dans la plupart des pays en développement, la proportion de la population vaccinée est en augmentation constante depuis dix ans, mais elle est parfois encore insuffisante dans le cas des maladies qui nécessitent des rappels. Le taux de vaccination augmenterait sensiblement si les enfants amenés en consultation dans les dispensaires pouvaient être pesés et immunisés lors de la même consultation. On estime que 69 pour cent des non-immunisations sont dues à de telles occasions manquées.

75. Un traitement rapide et approprié des maladies infectieuses peut avoir des effets importants sur l'état nutritionnel. L'exemple le plus remarquable est celui de la réhydratation orale en cas de diarrhée, traitement aujourd'hui largement accepté et

employé. Un apport alimentaire suffisant pendant et après les diarrhées, surtout en cas de diarrhée chronique, réduit les répercussions sur l'état nutritionnel et accélère la convalescence. En cas d'infections respiratoires aiguës, de diarrhées, de paludisme, de maladies infantiles et de parasitoses, les soins curatifs à domicile ou en dispensaire contribuent à prévenir la malnutrition. La disponibilité et l'accessibilité de médicaments essentiels déterminent en partie le degré d'utilisation des services de santé et leur capacité d'abréger les maladies et d'améliorer l'état nutritionnel.

76. Pour le SIDA, il n'existe pas encore de traitement ni de vaccin. Même si l'on découvrait un traitement efficace, son coût le mettrait probablement hors de portée d'une grande partie des victimes. Les soins à donner aux malades sont notamment un régime alimentaire approprié et des mesures visant à réduire l'exposition aux maladies infectieuses courantes. La prévention vise essentiellement à éviter le contact avec le virus, que ce soit par blessure, par injection ou par contact sexuel. On s'efforce actuellement d'intégrer ces mesures dans d'autres programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles, notamment parmi des groupes tels que les prostituées et leurs clients.

SIDA ET ALLAITEMENT NATUREL

Avec la propagation du SIDA dans le monde, un nombre croissant de femmes en âge de procréer sont contaminées par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), qui peut être transmis au fœtus ou au nouveau-né. Un tiers environ des enfants nés de mères séropositives deviennent eux-mêmes séropositifs. La contamination se fait souvent pendant la grossesse et l'accouchement, mais certaines données récentes confirment des cas de contamination par le lait maternel. Heureusement, dans la grande majorité des cas, les nourrissons dont la mère est contaminée par le VIH ne contractent pas le virus par l'allaitement naturel.

En 1992, l'OMS et le FISE ont organisé ensemble une consultation technique pour examiner toutes les données disponibles sur la transmission du VIH et l'allaitement naturel. Ils ont conclu que, dans les régions où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de mortalité postnatale et où cette mortalité est élevée, il faut conseiller aux mères l'allaitement naturel, car le risque de contamination du nourrisson par le lait maternel est probablement beaucoup moins élevé que le risque de décès par d'autres causes si l'allaitement naturel est abandonné. Les femmes qui vivent dans un tel milieu et qui savent qu'elles sont contaminées par le VIH, si elles ont la possibilité d'alimenter leur bébé convenablement d'une autre manière, doivent demander conseil à leur agent de santé.

En revanche, lorsque les maladies infectieuses ne constituent pas la principale cause de mortalité chez les nourrissons et que le taux de mortalité est faible, il convient en général de conseiller aux mères qui se savent contaminées par le VIH d'utiliser des substituts du lait maternel appropriés. Dans de telles situations, il est souhaitable que les femmes puissent faire, de façon facultative et confidentielle, un test de contamination par le VIH et qu'elles puissent être conseillées avant et après le test; il convient en outre de les encourager de faire un test avant l'accouchement.

77. Le dépistage précoce des retards de croissance est une des principales méthodes globales de lutte contre le complexe malnutrition-maladies infectieuses. Il faut d'abord diagnostiquer les causes du retard de croissance, puis prendre des mesures appropriées, soit dans les centres de santé, soit dans la communauté. La cause majeure du retard de croissance est souvent une maladie infectieuse. Un gros effort est nécessaire pour apprendre aux personnels de santé et aux notables à porter ce genre de diagnostic. De nombreux pays sont en train d'élaborer des programmes communautaires de surveillance et de promotion de la croissance, souvent dans le cadre d'un effort concerté réunissant collectivités locales, services de santé publics et organisations non gouvernementales.

78. L'accessibilité, l'acceptabilité et l'adéquation des services de santé déterminent en grande partie dans quelle mesure les populations en bénéficient et modifient leur comportement pour améliorer leur état de santé. En particulier, l'extension des services de santé maternelle et infantile (SMI) dans des régions isolées ou mal desservies peut beaucoup aider la lutte contre les maladies infectieuses et la malnutrition.

79. Les soins de santé primaires ou au niveau communautaire constituent le principal moyen de répondre aux besoins des communautés dans ce domaine en les faisant participer à la planification et à l'exécution de ces soins, en les sensibilisant aux questions de santé et en les mobilisant, afin de prévenir les maladies infectieuses grâce à l'amélioration de l'hygiène du milieu et à la modification de pratiques nocives.

80. Pour éliminer les causes les plus fondamentales de la malnutrition et des maladies infectieuses, il importe également d'agir en dehors du secteur de la santé. Chaque maladie infectieuse a son propre mécanisme de transmission et, dans la plupart des cas, celui-ci est lié à l'environnement. Par exemple, la propagation des maladies respiratoires est aggravée par le surpeuplement. La contamination de l'eau et des aliments, le manque d'eau pour l'hygiène corporelle et domestique, le contact avec des insectes et d'autres animaux contribuent directement à la transmission des maladies diarrhéiques. Une mauvaise élimination des excréments accroît les risques de contamination par des parasites intestinaux, soit à travers la peau, soit par voie orale. La transmission de parasitoses à vecteur, comme le paludisme et la schistosomiase, est favorisée par des environnements naturels ou artificiels propices à la prolifération des vecteurs. L'Inde et le Portugal ont expérimenté avec succès les méthodes d'irrigation intermittente qui entravent la reproduction des moustiques et réduisent l'incidence du paludisme. Une bonne conception des ouvrages d'irrigation permet de limiter la propagation de la schistosomiase.

81. Dans la plupart des cas, il faut mettre en œuvre des programmes de soins de santé spécifiques visant à empêcher ou à réduire la reproduction de l'agent pathogène ou la contamination, qu'elle se fasse directement ou par l'intermédiaire de vecteurs. Cependant, il faut veiller à ce que les projets ou activités de développement nouveaux ou en cours ne créent pas de nouveaux problèmes de santé. Toutes les propositions de projets de développement devraient comprendre une analyse d'impact nutritionnel ou sanitaire.

Prise en charge des groupes défavorisés sur le plan socio-économique et vulnérables sur le plan nutritionnel

82. Les politiques d'amélioration de la prise en charge des personnes vulnérables, comme les nourrissons, les jeunes enfants et les mères, devraient viser directement à renforcer la capacité de prise en charge de la famille en tant qu'unité sociale et économique. La prise en charge a aussi une influence importante sur le bien-être nutritionnel et la santé d'autres membres vulnérables de la société, comme les personnes âgées, les handicapés, les réfugiés et les personnes déplacées. Souvent, elle exige un renforcement des capacités aux niveaux des communautés, des pays et de la communauté internationale.

83. **Encouragement de l'allaitement naturel.** L'amélioration de la prise en charge des nourrissons, qui est particulièrement importante, passe avant tout par l'allaitement naturel. L'allaitement est le noyau d'une relation dynamique entre la mère et le nourrisson, qui a des aspects psychologiques et sociaux allant bien au-delà de l'alimentation. Il faut veiller à ce que l'allaitement naturel s'instaure dans de bonnes conditions dès la naissance, que le colostrum ne soit pas jeté mais donné au nourrisson dans les premiers jours de la vie et que les nourrissons soient allaités uniquement au sein pendant 4 à 6 mois. Pour cela, il faut conseiller, encourager et préparer la mère pendant les consultations prénatales et après l'accouchement. Comme l'accouchement en maternité ou à l'hôpital se répand de plus en plus dans les pays en développement, il est indispensable de faire en sorte que ces établissements soient dotés d'équipements appropriés et encouragent l'allaitement naturel, par exemple en mettant les nouveau-nés dans le lit de leur mère.

84. Ayant constaté que les services de maternité subissaient souvent des influences néfastes qui les conduisaient notamment à employer sans nécessité des substituts du lait maternel, on a défini dix principes "pour une naissance heureuse". Partout dans le monde, on s'efforce maintenant de faire appliquer ces principes et de mettre en œuvre des programmes de formation à cet effet. Presque tous les pays ont besoin d'agir rapidement et avec détermination dans ce sens pour éviter un nouveau recul de l'allaitement naturel, lié au progrès de l'urbanisation. Il faut élaborer et appliquer des programmes nationaux de protection et de promotion de l'allaitement naturel. Par ailleurs, il existe des critères pour évaluer la diffusion de l'allaitement naturel au niveau national et il faut les utiliser pour surveiller la mise en œuvre de ces programmes. Enfin, il faut développer et intensifier les conseils et encouragements individuels pour inciter les mères à adopter l'allaitement naturel dans tous les établissements médico-sanitaires. Les pays où l'allaitement naturel est peu pratiqué devraient s'efforcer d'y revenir et les autres de préserver ou même d'améliorer la situation actuelle, en particulier dans les villes.

85. **L'alimentation des jeunes enfants.** Vers l'âge de 4 à 6 mois commence le processus de sevrage, avec l'introduction progressive d'aliments complémentaires préparés de façon à être faciles à digérer par les nourrissons, en fonction des aliments disponibles localement et des traditions culturelles. Beaucoup de pays, mais pas tous, ont des directives nationales pour l'alimentation des enfants en bas âge. Parfois, ces directives ont été établies avant qu'on ne saisisse toute l'importance de la fréquence des repas (4 à 6 par jour) et de la densité énergétique des aliments pour nourrissons. Il faut insister davantage sur la nécessité d'utiliser des gruaux de céréales suffisamment concentrés (les mélanges traditionnels sont souvent trop dilués) et d'y ajouter un peu d'huile végétale, et d'employer à meilleur escient des aliments comme les légumineuses, les légumes verts et jaunes, etc., qui sont riches en protéines et en micronutriments. L'utilisation de céréales fermentées ou maltées pendant le sevrage est aussi très intéressante et devrait être encouragée si elle a déjà été essayée dans le pays, ou étudiée si ce n'est pas le cas.

86. Evidemment, les conseils pour l'alimentation des bébés et jeunes enfants doivent être adaptés en fonction des aliments disponibles localement et des coutumes. Souvent, les directives nationales doivent être adaptées aux conditions écologiques et aux habitudes alimentaires des différentes régions d'un pays. Enfin, il faut insister davantage sur la nécessité, pour les mères ou les autres personnes qui s'occupent des enfants, de continuer à veiller étroitement sur leur bien-être, en particulier pendant les maladies infectieuses et, de façon générale, pendant la deuxième année, âge auquel les enfants sont souvent confiés à un grand-parent ou à une sœur aînée.

87. **Bien-être maternel.** Dans beaucoup de familles, les femmes sont les principales responsables de la prise en charge. C'est pourquoi la capacité de prise en charge au niveau familial dépend beaucoup de l'état de santé et du niveau d'instruction de la mère, ainsi que du temps et de l'énergie dont elle dispose et de l'influence qu'elle peut exercer sur l'emploi des ressources du ménage. Plusieurs types d'actions sont donc nécessaires pour améliorer la capacité de prise en charge dans le foyer. Tout d'abord, il faut améliorer la santé physique et mentale de la mère en lui donnant accès à des services médico-sociaux, notamment soins généraux, consultations prénatales, services d'obstétrique et de planification familiale. Il convient aussi d'établir et de diffuser largement des directives pour l'alimentation des mères pendant la grossesse et l'allaitement. Un espacement suffisant des naissances peut être bénéfique tant pour la mère que pour les enfants. Si les maternités sont trop rapprochées, les enfants risquent d'avoir un poids insuffisant à la naissance et la mère d'être incapable de s'occuper convenablement du nouveau-né et des autres jeunes enfants. La mère elle-même risque d'être dénutrie en cas de grossesses trop fréquentes et surchargée par de nombreuses tâches ménagères et par les soins à donner aux enfants. La planification familiale doit également s'adresser au père, à qui il faut faire comprendre l'intérêt d'un espacement des naissances. A cet égard, on peut aussi souligner que l'allaitement naturel contribue à accroître l'espacement des grossesses.

88. Il faut prendre des mesures pour améliorer le niveau d'instruction et l'alphabétisation des mères, car cela peut contribuer à leur donner les compétences et les connaissances requises pour une meilleure prise en charge des enfants. Il importe tout particulièrement que l'éducation des mères donne une place suffisante à la prise en charge des enfants, en insistant notamment sur l'allaitement naturel exclusif pendant les premiers mois de la vie, la densité énergétique et la qualité des aliments de compléments, les pratiques de sevrage appropriées, la lutte contre les contaminations et la fréquence des repas. Le niveau d'instruction des mères peut aussi avoir une influence sur les décisions des parents concernant l'emploi de leur temps et de leurs ressources. En outre, il convient d'encourager l'alphabétisation et la formation des pères car leurs croyances et l'importance qu'ils attachent au bien-être de leurs enfants peuvent avoir un effet important sur l'état nutritionnel de ceux-ci.

89. Le temps dont dispose la mère, sa charge de travail et le revenu qu'elle peut obtenir ont aussi une grande influence sur l'état nutritionnel des enfants. Souvent, lorsque c'est la mère qui décide comment employer un revenu, elle donne plus de poids à la nutrition familiale que le père. Si la mère travaille trop pour pouvoir s'occuper des enfants, cela peut avoir des effets négatifs sur leur état nutritionnel mais en revanche le revenu ainsi obtenu peut lui permettre de mieux les nourrir. C'est pourquoi il faut aider les mères à bien doser la répartition de leur temps entre la famille et leur travail extérieur. Par ailleurs, l'introduction de certaines techniques peut considérablement alléger le fardeau des femmes. Cependant, souvent, le plus important est d'assurer un partage plus équitable des tâches domestiques et autres entre les membres de la famille.

90. **Prise en charge des personnes âgées et handicapées.** La population vieillit dans les pays développés comme dans les pays en développement. Un régime alimentaire approprié contribue beaucoup à éviter ou à retarder l'apparition ultérieure de maladies non transmissibles liées à l'alimentation et c'est pourquoi il convient de promouvoir l'adoption de régimes et de modes de vie plus sains pour les enfants et les adultes. Les personnes âgées réduisent généralement leur alimentation, ce qui est souvent dû au fait que leurs

besoins diminuent en raison du ralentissement du métabolisme basal, de la réduction de leur activité physique et de la diminution de la masse corporelle maigre. D'autres facteurs, comme l'apathie et la dépression ou la prise de certains médicaments et la consommation d'alcool, peuvent réduire l'appétit. Enfin, la paupérisation des personnes âgées accroît le risque de carences nutritionnelles.

91. Les personnes âgées souffrent souvent de la solitude et il peut être nécessaire d'intervenir pour y remédier. Les soins de santé communautaires qui leur sont destinés doivent être totalement intégrés dans les soins de santé primaires. Les programmes de fourniture de produits alimentaires ou de repas préparés peuvent les aider à avoir une alimentation suffisante et équilibrée. En général, les structures familiales traditionnelles de la plupart des sociétés assurent une bonne prise en charge des personnes âgées, mais elles sont souvent affaiblies par l'urbanisation ou la paupérisation.

92. Les stratégies de prise en charge des handicapés devraient viser à réduire leur dépendance et à accroître leur autonomie. Il faut promouvoir et renforcer les mécanismes familiaux et communautaires, pour aider les handicapés à gérer leur situation et, parfois, améliorer la formation professionnelle.

93. **Prise en charge au niveau de la communauté.** Dans de nombreuses communautés, les institutions traditionnelles comme la famille élargie contribuent beaucoup à la prise en charge des personnes en situation difficile. Ce soutien social, familial ou communautaire peut améliorer la prise en charge des femmes et des enfants grâce à la réduction de la charge de travail, à l'octroi d'une aide économique, à l'amélioration des connaissances ou au soutien affectif. La prise en charge collective des enfants, la création de groupes de travail ou de coopératives ou un partage informel des tâches peuvent jouer un rôle crucial et aider considérablement à résoudre les problèmes de prise en charge des enfants ou de charge de travail excessive. Cependant, cette entraide traditionnelle est menacée par l'urbanisation et la rapidité de l'évolution sociale. C'est pourquoi il faut prendre des mesures pour renforcer les organisations de femmes, aider les sœurs aînées auxquelles sont confiés de jeunes enfants et encourager les pères à participer à la prise en charge des enfants, en utilisant les médias et des groupes de soutien.

94. La prise en charge communautaire est un autre aspect important de la stratégie d'amélioration de la nutrition. Dans les sociétés traditionnelles, en particulier à la campagne, la capacité de déceler les problèmes nutritionnels et de prendre les mesures appropriées dépend beaucoup de la compétence des responsables villageois. Certes, des mesures très utiles peuvent être prises même lorsque les questions nutritionnelles ne sont pas bien comprises, par exemple avec l'organisation d'activités sociales, agricoles ou rémunératrices au niveau du village, mais le renforcement des structures villageoises peut apporter une contribution très utile à l'évaluation des problèmes nutritionnels et à la définition des réponses appropriées. Il peut être nécessaire de renforcer l'administration publique au niveau des villages par la démocratisation et la décentralisation et par des programmes de formation des notables en matière d'analyse et de gestion. Le développement des ressources humaines locales et la mise en œuvre d'actions spécifiques concernant la nutrition dans chaque collectivité devraient faire partie intégrante des plans de développement locaux.

95. Dans les villes, ce genre d'intervention peut être plus difficile que dans les campagnes en raison de l'effritement des structures et des valeurs traditionnelles et de la fragmentation sociale. La sous-alimentation et la suralimentation peuvent coexister et ces deux catégories de problèmes appellent des réponses différentes. Il importe donc d'intégrer les considérations nutritionnelles dans la planification urbaine et les processus administratifs locaux.

TANZANIE: PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LE PROGRAMME NUTRITIONNEL D'IRINGA

La mobilisation sociale est un des aspects les plus importants du Programme nutritionnel d'Iringa, en Tanzanie. Selon la définition du Programme conjoint OMS/FISE d'appui à la nutrition, la mobilisation sociale combine conseils et éducation à tous les échelons de la hiérarchie administrative. Les conseils doivent sensibiliser les intéressés aux problèmes de la nutrition et favoriser l'affectation de ressources pour les résoudre. L'éducation est indissociable du conseil; elle doit mettre à la disposition de ceux qui veulent agir les instruments et capacités nécessaires pour le faire efficacement.

Un des objectifs de ce programme était d'améliorer, à tous les niveaux de la société, les capacités d'évaluation et d'analyse des problèmes de nutrition et d'élaboration des mesures appropriées. La surveillance de la croissance des enfants au niveau communautaire s'est révélée particulièrement efficace. Des comités de santé villageois, aidés par des agents de santé locaux, ont créé et géré un réseau d'enregistrement par ménage et par village. Les villages ont fourni des statistiques d'état civil. Les dispensaires villageois ont établi une fiche de croissance pour tous les enfants de moins de cinq ans, qui étaient pesés au moins tous les trois mois, et tenu un registre de la croissance des enfants par ménage et établi un rapport de synthèse par village. Les comités de santé villageois ont conseillé les parents des enfants dont la croissance était jugée insuffisante. Les villages ont tenu un registre des décès d'enfants, indiquant leur âge au moment du décès et leurs derniers signes cliniques ou symptômes.

Pour évaluer les résultats du programme, les responsables ont fait une enquête sur les ménages et vérifié les connaissances des mères en ce qui concerne les fiches de croissance et la réhydratation orale.

Presque 80 pour cent des mères interrogées comprenaient parfaitement l'utilité et l'emploi des fiches de croissance. Les résultats étaient moins bons pour les sels de réhydratation orale: la majorité des mères ne savaient pas vraiment comment s'en servir.

Au bout de trois ans, on a analysé les effets globaux sur l'état nutritionnel, à partir de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et grave. Entre 1984, début du projet, et 1987, on a constaté une nette réduction du pourcentage de jeunes enfants présentant une insuffisance pondérale grave (moins de 60 pour cent du poids/âge de référence), qui est passé de 6,3 pour cent à 1,7 pour cent, ainsi que de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée (moins de 80 pour cent de la valeur de référence), qui est passée de 51 pour cent à 37 pour cent, dans les 168 villages visés par le projet. Dans 442 autres villages témoins, en 1987, 5,6 pour cent des enfants souffraient d'insuffisance pondérale grave et 50,7 pour cent d'insuffisance pondérale modérée. Dans les villages visés par le projet, la mortalité des jeunes enfants a aussi considérablement diminué. Ces éléments confirment que le Programme nutritionnel d'Iringa a eu un effet très prononcé sur la malnutrition des jeunes enfants et a été une grande réussite en ce qui concerne le renforcement des capacités familiales et communautaires pour l'amélioration de l'état nutritionnel.

Source: The Joint WHO/UNICEF Nutrition Support Programme in Iringa, Tanzania. 1983-1988 Evaluation Report. 1988.

96. **Prise en charge au niveau national.** Au niveau national, il faut élaborer des techniques appropriées et mettre en place de meilleures infrastructures, notamment pour permettre aux femmes de gagner du temps et de réduire leur charge de travail. Il faut essayer de faciliter la corvée d'eau et de bois et l'accès aux services de santé et d'améliorer l'hygiène et l'assainissement et les techniques d'exploitation agricole et de préparation des aliments employées par les femmes.

97. Les droits des femmes en matière de propriété et de revenus doivent être renforcés par une action législative. Il faut notamment améliorer leur accès au crédit et leur permettre d'avoir plus d'influence sur l'affectation des ressources du ménage en créant des emplois féminins et en améliorant l'exploitation des actifs familiaux.

98. Dans la mesure du possible, les gouvernements doivent essayer de mettre en place une couverture sociale pour les femmes. Par exemple, les congés de maternité peuvent avoir des effets très importants sur la santé et la nutrition des femmes et des enfants.

99. **Prise en charge des réfugiés et personnes déplacées.** Les stratégies de prise en charge ont aussi une dimension internationale. En particulier, lorsque des réfugiés traversent des frontières, des organismes internationaux sont appelés à leur venir en aide.

En raison de leur dénuement, les réfugiés sont très exposés aux formes de maladies fréquentes dans les autres groupes vulnérables des pays en développement. La malnutrition, les maladies infectieuses et les troubles mentaux et affectifs sont parmi les problèmes les plus fréquents chez les personnes déplacées. En outre, de nombreux réfugiés ont très peu de chance de retrouver leur pays.

100. Les réfugiés et les populations déplacées, comme les autres groupes vulnérables, ne doivent pas être considérés comme totalement démunis et dépendants. Il faut leur donner les moyens de faire face à la situation et répondre à leurs besoins fondamentaux, pour les aider à devenir autonomes, au besoin dans leur nouvel environnement. Les éventuelles rations alimentaires doivent être établies en fonction des besoins et non de la nature des ressources immédiatement disponibles chez les donateurs.

Evaluation, analyse et surveillance nutritionnelles

101. Il est indispensable de disposer d'une bonne information pour prendre les bonnes décisions en matière de politiques et programmes visant à améliorer l'état nutritionnel des populations. Pour être utile, l'information doit être fournie aux personnes compétentes à tous les échelons, de l'individu jusqu'à la communauté internationale, à temps et sous une forme aisément compréhensible.

102. Les informations relatives à la nutrition sont nécessaires à plusieurs fins: identification des problèmes chroniques de nutrition et de leurs causes, prévision et dépistage des problèmes de nutrition ponctuels ou aigus, choix des populations cibles pour les secours temporaires et pour la formulation des politiques et programmes à long terme; suivi et évaluation des effets des programmes de développement et des interventions à court et à long terme.

103. La nutrition étant influencée par tout un éventail de facteurs sociaux et économiques, l'état nutritionnel d'une population est un indicateur très sensible du niveau global de développement d'une société. Les indicateurs liés à la nutrition, comme le nombre de personnes sous-alimentées, la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique ou la distribution de l'IMC chez l'adulte, combinés à des indicateurs plus traditionnels du développement national comme le PNB, pourraient donner une bonne image du niveau de bien-être et de développement.

104. La collecte et l'analyse d'informations nutritionnelles doivent répondre aux besoins des décideurs. Trop souvent, l'information n'est pas employée. Sans une idée précise du genre d'information requise, des personnes qui en ont besoin, du moment auquel elle est nécessaire et des objectifs qu'elle doit servir, on risque de gaspiller beaucoup de temps et de ressources.

105. Dans l'idéal, il faudrait connaître tant le nombre de personnes déjà touchées par tel ou tel type de malnutrition que le nombre de personnes menacées par la malnutrition. Il faudrait aussi avoir des renseignements sur la répartition géographique de la malnutrition et l'évolution de l'état nutritionnel des groupes vulnérables. En outre, la mise au point et le suivi des programmes nécessitent aussi des informations sur les facteurs qui influencent l'état nutritionnel.

106. Initialement, il faut distinguer les principaux problèmes nutritionnels dus à la sous-consommation et à des maladies infectieuses, qui est le problème majeur dans la plupart des pays en développement, des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation, qui sont aussi prévalentes dans la plupart des pays. Les crises alimentaires aiguës, consécutives à des catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme, appellent une action différente de celle que requièrent la sous-nutrition endémique ou chronique, qui est souvent le problème le plus grave, et les carences en oligo-éléments. Une évaluation préliminaire doit permettre de déterminer quels sont les problèmes prioritaires et les groupes les plus touchés. Elle peut généralement se fonder sur le dépouillement et l'analyse des informations existantes; cependant, il faut tenir compte du risque de distorsions lorsqu'on utilise des échantillons non représentatifs.

107. **Evaluation et surveillance nutritionnelles.** Généralement, la meilleure manière de surveiller les situations nutritionnelles est d'utiliser un minimum d'indicateurs et de suivre en priorité ceux qui se prêtent à une évaluation régulière. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants d'âge préscolaire est l'indicateur de sous-alimentation le plus couramment employé. Les principales sources d'information sont les fiches de croissance établies par les communautés, les dispensaires ou les écoles, les sondages nutritionnels périodiques ou les enquêtes sur les ménages exécutées dans différents buts au niveau

national ou local. Il est indispensable d'obtenir des données représentatives à intervalles réguliers au niveau de l'unité administrative appropriée, et souhaitable de dégager des tendances, en utilisant toujours les mêmes indicateurs et les mêmes communautés (postes sentinelles), dans le cadre soit d'un suivi permanent, soit d'enquêtes périodiques. Une certaine segmentation en-dessous du niveau national, selon des critères tels que les subdivisions administratives, les régions rurales et urbaines, les zones écologiques et éventuellement certains facteurs socio-économiques, comme les sources de revenu, l'accès aux services et aux programmes, peut être utile, si les données nécessaires sont disponibles.

SURVEILLANCE DE LA NUTRITION – PRINCIPAUX INDICATEURS

- **Crises alimentaires**
Composition de la production.
Prix sur les marchés.
Stocks alimentaires.
Baisse du poids corporel.
- **Malnutrition protéino-énergétique**
Anthropométrie infantile (poids/taille, poids/âge, taille/âge).
Croissance des enfants
Incidence ou prévalence des maladies infectieuses.
Apport alimentaire rapporté aux besoins.
Indice de masse corporelle.
- **Sécurité alimentaires des ménages**
Taux d'emploi.
Prix du marché.
Variations des revenus réels et du pouvoir d'achat.
Disponibilité énergétique alimentaire.
- **Capacité de prise en charge**
Instruction des mères.
Taux d'alphabétisation.
Taux d'emploi des mères.
Dépenses publiques.
Allaitement naturel (durée/pourcentage).
- **Complexe malnutrition-infections**
Incidence des diarrhées.
Taux de vaccination.
Assainissement (type de latrines).
Disponibilité d'eau propre.
Poids/âge des enfants.
- **Carences en micronutriments**
Carence en fer: taux d'anémie.
Vitamine A: cécité crépusculaire et xérophtalmie chez les enfants.
Iode: goitre, crétinisme.
- **Maladies chroniques non transmissibles**
Morbidité ou mortalité par maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, certains cancers; comparaison avec la morbidité par maladies infectieuses.
Pyramide des âges.
Mortalité par classe d'âge.
Evolution des régimes alimentaires et modes de vie.

108. Il faut constamment réexaminer les causes de la nutrition et, éventuellement, les grouper en fonction de critères liés à la sécurité alimentaire des ménages, à la situation sanitaire et aux conditions de prise en charge, comme nous l'avons vu au Chapitre II. L'évaluation et la surveillance nutritionnelles nécessitent certaines informations sur chacun de ces facteurs, qui pourront provenir en partie de sources existantes.

109. Dans le cas particulier des *crises alimentaires* dues à la sécheresse, aux problèmes économiques, aux migrations ou aux guerres, il faut engager rapidement des ressources pour les travaux publics et la distribution de vivres. Souvent, les indicateurs avancés les plus importants s'appuient sur la prévision des disponibilités alimentaires et sur les prix. Dans les pays sujets à la sécheresse, il est utile de combiner les informations sur la pluviosité et l'état des cultures et du cheptel avec d'autres informations sur les stocks et réserves alimentaires et l'état du marché et avec différents indicateurs socio-économiques pour prévoir les crises alimentaires. Depuis quelques années, le Botswana, l'Inde et l'Indonésie ont montré qu'il est possible de surmonter les crises alimentaires, à condition d'être déterminé, et que l'information joue un grand rôle à cet égard. Les systèmes d'alerte rapide, au niveau national ou sous-régional, fournissent des renseignements précieux dans ce domaine, de même que les préoccupations exprimées par la population, notamment dans la presse, les modifications de comportement, les indicateurs fondés sur les prix des aliments, les postes sentinelles, les procédures d'évaluation rapide et le suivi de la mise en œuvre des interventions.

110. La lutte contre la *sous-alimentation endémique* s'appuie souvent sur l'évaluation et la surveillance d'indicateurs de l'état nutritionnel, qui sont généralement l'anthropométrie des enfants, le poids à la naissance, la taille et le poids des mères et, parfois, les taux de mortalité. Il peut être difficile d'évaluer l'état de la sécurité alimentaire des ménages, mais la surveillance d'indicateurs tels que les prix alimentaires peut être relativement simple et est employée dans certains systèmes nationaux d'alerte rapide. Il faut essayer d'employer en priorité les indicateurs qui peuvent être extraits d'enquêtes existantes, notamment par l'analyse de données courantes comme les prix et le niveau de la production locale, éventuellement complétées par des recherches, des discussions locales, etc.

111. Pour améliorer l'état de santé général, les principales interventions doivent porter sur le complexe malnutrition-maladies infectieuses, les soins de santé primaires et la promotion de modes de vie sains. La surveillance des *maladies infectieuses* se fait au niveau communautaire par l'intermédiaire des services de soins de santé primaires, s'ils existent, et par les réseaux de notification. Cela permet de surveiller l'incidence des maladies infectieuses, notamment les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, le paludisme et la rougeole. Les principales activités du secteur de la santé qu'il faut suivre sont le traitement des maladies infectieuses, les campagnes de vaccination, l'emploi de la réhydratation orale, l'éducation en matière de santé et de nutrition, la réduction des carences en oligo-éléments et les mesures intéressant l'hygiène du milieu telles que l'amélioration de la salubrité de l'eau et des aliments et l'évacuation des ordures. L'évaluation des modes de vie se fonde sur le suivi de la pratique des exercices physiques, du tabagisme et du régime alimentaire, ainsi que de l'incidence ou de la prévalence des principales maladies non transmissibles liées à l'alimentation, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

112. Il faut mettre au point des méthodes pour évaluer et surveiller la *capacité de prise en charge* des ménages et notamment les contraintes subies par les femmes et les efforts visant à améliorer leur situation. Il convient d'analyser, par sexe si cela est pertinent, des indicateurs du niveau d'instruction, de l'accès aux ressources et de la maîtrise des ressources, de la capacité d'utiliser les services de la santé et techniques disponibles dans les secteurs et de l'agriculture, de l'état des droits de propriété et des revenus ainsi que de la charge de travail. Lorsque c'est possible, il faut aussi évaluer l'état nutritionnel des femmes et notamment la prévalence de l'anémie.

113. En raison de l'importance primordiale de l'*allaitement naturel* pour la nutrition des nourrissons et de son influence sur la santé maternelle, notamment par ses effets sur l'espacement des grossesses, il convient d'analyser les pratiques en la matière et les facteurs qui les déterminent. Il faut évaluer, ne serait-ce que qualitativement, les pratiques d'alimentation des nourrissons et de sevrage.

114. Les *carences en oligo-éléments* – essentiellement iode, fer et vitamine A – peuvent être évaluées et surveillées par une analyse de la disponibilité et de la consommation d'aliments, des signes cliniques de carence, de signes biochimiques et des effets des programmes de lutte contre les carences. On peut obtenir les données essentielles en combinant des résultats d'enquêtes et les données fournies par le système de santé.

115. Certaines *maladies non transmissibles*, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité et certains cancers, sont très probablement liées au régime alimentaire. Il peut être utile de suivre l'évolution des habitudes alimentaires et de ces maladies. Au niveau national, on peut souvent, à partir des bilans des disponibilités alimentaires, suivre l'évolution de données telles que l'apport énergétique total, le pourcentage de l'apport énergétique constitué par des lipides et le pourcentage de lipides d'origine animale, (qui donne une indication de la consommation de lipides saturés). Lorsqu'on soupçonne que certains groupes de la population sont particulièrement exposés, il est souhaitable de faire des enquêtes périodiques sur leur consommation alimentaire pour voir dans quelle mesure leur régime s'écarte des recommandations, car les bilans alimentaires ne donnent aucune indication sur la consommation effective des individus ni d'estimations par sous-groupe de population. Comme dans de nombreux pays en développement il est difficile d'obtenir des données nationales détaillées sur la mortalité et la morbidité, des enquêtes locales sur certaines zones peuvent apporter des informations utiles, tant que le système de santé n'assure pas une couverture systématique. Lorsque c'est possible, il peut être souhaitable de surveiller certains indicateurs de santé intermédiaires, comme la tension artérielle, la teneur du sang en glucose, la cholestérolémie et l'indice de masse corporelle, pour évaluer les risques de maladies non transmissibles liées à l'alimentation dans les groupes exposés. Pour commencer, on peut extraire des renseignements des dossiers des dispensaires.

116. **Renforcement des systèmes d'information nutritionnelle.** On a aussi besoin d'informations sur la mise en œuvre de mesures visant certains problèmes de nutrition ou certains groupes ou secteurs géographiques cibles. Ces informations ont été recueillies sur une grande échelle dans le cadre des programmes de lutte contre la carence en iode et le seront progressivement pour d'autres oligo-éléments. Dans le cadre du programme de lutte contre les carences en iode, on a défini les principales activités et établi un système de notation pour mesurer leur degré de mise en œuvre. La surveillance de la mise en œuvre des programmes s'est révélée un instrument de gestion efficace et devrait être généralisée et étendue à tous les aspects des programmes nutritionnels.

117. Les ressources consacrées à la collecte et à l'analyse des données doivent favoriser une utilisation efficace des importantes ressources que nécessitent les interventions visant à améliorer la situation. Il est clair qu'au stade exploratoire, l'information ne justifie qu'un investissement relativement mineur. Cependant, la collecte d'informations n'est pas très coûteuse si on la compare au coût d'une activité inefficace, et il est manifestement injustifié de consacrer des ressources à l'information en l'absence d'interventions. Les interventions susceptibles d'avoir un effet important sur la nutrition, notamment en améliorant la sécurité alimentaire des ménages, sont coûteuses et, par conséquent, l'obtention de l'information pertinente, même si elle nécessite des enquêtes spéciales, sera probablement un bon investissement dans la mesure où elle permettra d'employer efficacement les fonds publics.

118. Il faut exploiter autant que possibles les sources existantes, notamment lorsque les ressources disponibles sont très limitées. Dans de nombreux pays, les programmes de surveillance de la croissance constituent des sources d'information très utiles. Il faut aussi

utiliser les données sur le poids à la naissance lorsqu'elles sont disponibles. La surveillance des prix fait souvent partie des enquêtes statistiques systématiques et peut être employée pour surveiller la sécurité alimentaire des ménages. Les données concernant l'exécution des programmes peuvent aussi être utiles. Enfin, les enquêtes sur les ménages comportent fréquemment un volet nutritionnel. Il faut explorer la possibilité de traiter les données sur les budgets des ménages pour évaluer l'apport énergétique. Lorsque les données sont très lacunaires et qu'il importe d'en disposer rapidement ou d'en améliorer la qualité, on peut envisager d'utiliser des postes sentinelles.

119. Outre leur utilisation traditionnelle pour l'obtention d'informations détaillées, souvent d'ordre qualitatif, sur l'exécution des programmes, les procédures d'évaluation rapide peuvent jouer un rôle important à tous les stades de l'évaluation de la situation des communautés, y compris pour les évaluations initiales et les suites à donner.

LA SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE AUX ÉTATS-UNIS

Aux Etats-Unis, la surveillance nutritionnelle joue un rôle fondamental pour la prise de décisions et la recherche. Elle fournit des renseignements et des bases de données pour les décisions publiques en matière d'éducation nutritionnelle, de programmes de nutrition dans le cadre de la santé publique, de programmes d'aide alimentaire, de subventions fédérales pour la fourniture de repas et de réglementation concernant l'enrichissement, la sécurité et l'étiquetage des produits alimentaires ainsi que leur production et leur commercialisation.

Les activités de surveillance nutritionnelle remontent à 1896. Cependant, ce n'est que vers la fin des années 70 que le gouvernement fédéral a institutionnalisé le système national de surveillance nutritionnelle, lorsque le Congrès a demandé aux départements de l'agriculture, de la santé et des services sociaux d'élaborer un système coordonné et complet de surveillance. Ce système comporte cinq grandes composantes: indicateurs nutritionnels et indicateurs de santé connexes; consommation d'aliments et de nutriments; évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements; base de données sur la composition des aliments et les nutriments; détermination de la disponibilité alimentaire. Outre les deux enquêtes de base (enquête nationale sur la consommation alimentaire/enquête permanente sur les apports alimentaires individuels et enquête nationale sur la santé et l'état nutritionnel), il existe une quarantaine d'enquêtes ou de mécanismes de surveillance.

En 1990 a été promulguée la Loi nationale sur la surveillance et la recherche nutritionnelles. Elle visait à renforcer la surveillance nutritionnelle à l'échelon national en chargeant les secrétaires à l'agriculture et à la santé d'établir et de mettre en œuvre un plan d'ensemble décennal d'évaluation et de suivi permanent de l'état nutritionnel et du régime alimentaire de la population. Les actions du gouvernement fédéral en la matière ont principalement porté sur la description de la situation alimentaire et nutritionnelle de la population en général ainsi que par âge, sexe et groupes ethniques. En outre, les Etats, les collectivités locales et des organisations non gouvernementales suivent certains aspects de la nutrition, notamment des indicateurs d'insécurité alimentaire dans les familles à faible revenu avec enfants.

120. Le développement des capacités institutionnelles joue un rôle central dans la surveillance nutritionnelle. Dans la plupart des cas, les systèmes de surveillance ont été perfectionnés année après année. Au bout d'un certain temps, ils prennent place dans un cycle information-réaction qui est très efficace. De nombreux pays en sont encore au stade de la mise en place de programmes nationaux et de systèmes d'information nutritionnelle cohérents et commencent généralement par la collecte de données sur la sous-alimentation des enfants. Souvent, lorsque les sources et systèmes d'information sont rodés, on peut élaborer un système plus polyvalent, en tenant compte des priorités et ressources nationales et en visant avant tout à fournir les informations nécessaires pour la mise en œuvre de mesures correctrices.

121. **Soutien mondial à la surveillance nutritionnelle.** Au niveau mondial, l'évaluation de la sécurité alimentaire sert principalement à appuyer des demandes de ressources pour la lutte globale contre la faim et la malnutrition et à alerter les donateurs en cas de crise alimentaire imminente, notamment pour qu'ils puissent affecter des produits et des crédits

à l'aide alimentaire d'urgence et suspendre cette aide une fois la crise passée. Cette évaluation se fonde sur diverses sources, comme les bilans des disponibilités alimentaires de la FAO et le Système mondial d'information et d'alerte rapide (SMIAR).

122. Les estimations faites par la FAO à partir des bilans alimentaires, qui indiquent le niveau et l'évolution de disponibilité énergétique alimentaire par pays et par année, peuvent être combinées avec les informations fournies par le SMIAR de la FAO pour une évaluation plus récente des disponibilités alimentaires. Cela permet de préciser le niveau actuel de la sous-alimentation par groupes de pays ou même par pays, avec une moyenne mobile, et d'en suivre l'évolution année après année. Ces évaluations paraissent techniquement réalisables, mais la méthode n'est pas encore éprouvée.

123. Sous l'égide de l'OMS ont été entrepris des projets internationaux de surveillance sanitaire qui intéressent un certain nombre de pays, comme les projets MONICA (voir encadré au chapitre premier) et EURONUT. Le projet MONICA vise à recueillir des informations sur l'évolution des maladies cardio-vasculaires et des facteurs de risque et notamment sur les aspects qualitatifs des régimes alimentaires. Il sera étendu à certains pays en développement dans le cadre du Réseau mondial de surveillance et de prévention des maladies cardio-vasculaires. Le projet EURONUT vise à étudier les habitudes alimentaires des personnes âgées dans 12 pays européens.

124. La banque de données mondiales sur l'anthropométrie nutritionnelle et la base de données mondiales pour l'analyse des tendances nutritionnelles, créées par l'OMS, vont englober divers paramètres liés à la nutrition. Par ailleurs, on est en train de mettre en place un système d'informations sur les oligo-éléments qui contiendra des données sur l'état nutritionnel en oligo-éléments et sur les programmes et interventions de lutte contre les carences, pays par pays, et d'organiser une formation visant à renforcer ces systèmes d'information aux échelons régional et national.

FAO – LE SYSTÈME MONDIAL D'INFORMATION ET D'ALERTE RAPIDE (SMIAR)

Un réseau mondial basé au Siège de la FAO veille sur la situation alimentaire mondiale. Le Système mondial d'information et d'alerte rapide (SMIAR) rassemble, analyse et diffuse les données les plus récentes sur tous les facteurs susceptibles d'affecter l'offre et la demande de produits alimentaires. Ces informations peuvent concerner les conditions climatiques, les maladies des animaux ou des végétaux, les problèmes de transport, aussi bien que les politiques publiques qui ont des effets sur la production, la consommation, les prix et les échanges de produits alimentaires de base.

Le SMIAR obtient ces informations de diverses sources, notamment d'institutions nationales et des bureaux régionaux de la FAO. D'autres institutions des Nations Unies et plus de 50 organisations non gouvernementales, qui travaillent sur le terrain ou dans des opérations d'urgence, fournissent aussi d'importantes informations. Lorsque la situation alimentaire est précaire ou incertaine, les missions d'évaluation des récoltes visitent la région.

Depuis quelques années, l'efficacité du SMIAR a été grandement accrue grâce à diverses avancées technologiques. L'expansion des sources de données, les progrès des techniques de télédétection et de l'informatique et le perfectionnement des méthodes d'analyse ont permis des progrès considérables. Le SMIAR utilise de plus en plus souvent des moyens électroniques, comme le Réseau international d'urgence des Nations Unies, pour transmettre rapidement des rapports sur les situations qui menacent la sécurité alimentaire.

Par ailleurs, on peut employer tout un éventail d'indicateurs socio-économiques pour surveiller la sécurité alimentaire, par exemple les stocks de céréales, l'approvisionnement des marchés, les salaires (ruraux et urbains), les prix du bétail, les taux d'abattage, la durée de l'attente dans les commerces alimentaires, les mouvements de population et la croissance démographiques ainsi que l'incidence de la malnutrition grave et de l'inanition. La FAO s'emploie actuellement à améliorer l'utilisation des indicateurs nutritionnels et socio-économiques dans les rapports du SMIAR.

Comme, en dernière analyse, la sécurité alimentaire n'est possible que si les gens ont accès à la nourriture nécessaire, on explore aussi les différents moyens d'évaluer non seulement la disponibilité mais aussi la distribution des aliments. Une première étape importante a été franchie avec la cartographie des risques, qui indique, dans quelques pays seulement pour le moment, l'importance et les caractéristiques des groupes de population les plus menacés par l'insécurité alimentaire, les causes de cette insécurité, le degré de sécurité alimentaire et l'état nutritionnel actuels de ces groupes.

Bibliographie du Chapitre quatre

- FAO/WHO.** 1992. Improving household food security: theme no. 1. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Protecting consumers through improved food quality and safety: theme no. 2. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Caring for the socio-economically deprived and nutritionally vulnerable: theme no. 3. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Preventing and managing infectious diseases: theme no. 4. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Promoting appropriate diets and healthy life-styles: theme no. 5. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Preventing specific micronutrient deficiencies: theme no. 6. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- FAO/WHO.** 1992. Assessing, analysing and monitoring nutrition situations: theme no. 7. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.

Chapitre cinq

Relever le défi de la nutrition

1. Dans les précédents chapitres, nous avons examiné l'ampleur, la nature et les tendances d'évolution des problèmes de nutrition et les facteurs qui les influencent. Nous avons souligné l'importance de la nutrition pour l'épanouissement humain et en tant que résultat du développement national, et passé en revue les politiques qui l'influencent. Le dernier chapitre est consacré aux principes fondamentaux à appliquer pour améliorer l'état nutritionnel et au rôle que les gouvernements et autres institutions peuvent jouer à cet égard.

Intégration des considérations nutritionnelles dans les programmes de développement

2. L'essentiel est de créer un environnement dans lequel les ménages devraient pouvoir satisfaire leurs besoins nutritionnels de façon durable. Pour cela, il faut mettre en œuvre des *politiques de croissance économique et de développement social durables* susceptibles d'améliorer le sort des pauvres et les victimes de la malnutrition, parallèlement à d'autres mesures visant à assurer un approvisionnement stable en produits alimentaires de bonne qualité et sans danger, de façon à répondre aux besoins nutritionnels de l'ensemble de la population. Il est aussi possible de réduire la malnutrition avec une croissance et un développement économique non ciblés, mais cela risque de prendre probablement beaucoup plus de temps et d'impliquer un coût humain considérable pour une grande partie des pauvres du monde. A contrario, les tentatives de résoudre les problèmes de nutrition essentiellement au moyen de programmes ou interventions spécifiques, visant souvent les femmes et les enfants, peuvent rester sans effets sur les causes fondamentales que sont la pauvreté, l'ignorance, la maladie et la discrimination sociale.
3. Il faut rechercher une croissance équitable – faisant du bien-être de la population l'axe principal des efforts de développement – et mettre en place des mécanismes pour faire en sorte que le développement profite aux pauvres et aux victimes de la malnutrition. Pour que les efforts menés dans tous les secteurs aient des effets positifs sur l'état nutritionnel, il faut intégrer des considérations nutritionnelles dans les objectifs qui leur sont assignés. Toutefois, cela ne suffit pas et il faut en outre des *interventions ciblées* visant à régler les problèmes particuliers des populations vulnérables sur le plan nutritionnel, car on ne peut pas laisser la malnutrition continuer de causer tant de souffrances et de pertes en attendant que la situation s'améliore grâce à un développement économique et social plus équitable.
4. Dans la promotion d'une croissance équitable et la protection des personnes vulnérables sur le plan nutritionnel, les *collectivités locales ont un rôle* clé à jouer. Généralement, elles ne savent que trop bien quels sont leurs problèmes et ce qui faudrait faire pour améliorer leur bien-être. La participation des populations à la planification et à la mise en œuvre de certains aspects des stratégies est nécessaire et doit être encouragée. En fin de compte, ce sont les populations concernées elles-mêmes qui pourront assurer le succès de tel ou tel élément d'une stratégie. Les progrès de la démocratie qu'on observe depuis quelques décennies partout dans le monde donnent aux communautés la possibilité de participer plus efficacement aux efforts visant à améliorer le bien-être nutritionnel, voire de les gérer elles-mêmes. En donnant plus de pouvoir aux plus démunis, on les amènera à participer davantage au processus de développement et donc à l'amélioration de leur nutrition. Cela vaut tout particulièrement pour les femmes.
5. Cependant, sauf rares exceptions, les organisations et dirigeants communautaires sont souvent peu compétents sur le plan technique, mal informés sur les questions nutritionnelles et incapables d'évaluer et d'analyser convenablement les problèmes nutritionnels ou de prendre les initiatives nécessaires. C'est pourquoi il est clair que les niveaux intermédiaires de l'administration nationale (provinces/districts) doivent soutenir les collectivités locales et jouer un rôle de médiateur entre l'échelon local, où les activités sont effectivement exécutées, et l'échelon national, responsable des grandes orientations et de l'allocation des ressources. Il est souvent nécessaire de *renforcer les compétences techniques et administratives* des institutions communautaires et intermédiaires pour leur permettre de définir et de résoudre les problèmes nutritionnels.

6. *Le développement des ressources humaines et la formation* sont donc aussi des domaines d'intervention très importants. Beaucoup de pays n'ont pas suffisamment de personnel formé pour analyser les problèmes nutritionnels et leurs causes et participer à la formulation de stratégies et interventions efficaces pour y remédier. Le manque de compétences techniques, tant parmi les nutritionnistes qui s'occupent de problèmes de développement n'intéressant pas directement la nutrition que parmi divers responsables de la planification du développement et de la formulation des politiques lorsqu'ils s'occupent de questions de nutrition, rend parfois très difficile l'élaboration de programmes efficaces. Pour intensifier l'action aux échelons intermédiaires dans les domaines de la santé et de l'agriculture pour améliorer la nutrition, on aura besoin d'un nombre encore plus grand de personnes convenablement formées à tous les échelons, ce qui exigera aussi un développement des structures de formation. Les institutions nationales qui gèrent des programmes de formation dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition peuvent avoir une grande influence sur la conception, la mise en œuvre et le suivi de programmes susceptibles d'améliorer la nutrition.

STRATÉGIES D'AIDE AUX FEMMES ET D'AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE NUTRITIONNEL

Une étude importante sur le rôle et les responsabilités des femmes en ce qui concerne le bien-être nutritionnel de leur famille a recommandé cinq groupes de stratégies pour aider les femmes à s'acquitter de ces rôles et responsabilités de manière plus efficace et plus équitable. Le premier groupe de stratégies vise à réduire les contraintes liées à leur fonction génératrice. Les deux stratégies les plus efficaces à cet effet consistent l'une à repousser l'âge auquel les femmes commencent à avoir des enfants et l'autre à allonger l'intervalle de temps entre les naissances. Ces deux stratégies supposent que l'on améliore l'accès des filles à l'éducation, de mettre en œuvre des campagnes d'information et modifier les facteurs qui conduisent les femmes à avoir des familles nombreuses (en réduisant, par exemple, les exigences en temps et en main-d'œuvre des tâches de production et en luttant contre la pauvreté et la dégradation de l'environnement).

Le second groupe de stratégies vise à réduire la charge que représente pour les femmes l'entretien et l'éducation des enfants. Pour atteindre cet objectif, il faut augmenter les possibilités d'éducation, améliorer la formation sanitaire et nutritionnelle, faciliter l'accès des femmes aux technologies permettant d'économiser du temps et du travail, faire adopter des barèmes de salaires plus équitables pour les femmes et mettre en place des systèmes de gardes d'enfants novateurs, comme les crèches mobiles et les garderies organisées par la communauté.

Le troisième groupe de stratégies vise à améliorer l'accès des femmes aux services sanitaires et nutritionnels. Ces stratégies supposent que l'on remette l'accent sur la santé maternelle et infantile, notamment sur la disponibilité de soins pré et postnatals et sur l'assistance à l'accouchement et l'information à ce sujet, que l'on développe les services de vulgarisation, notamment dans les zones rurales, et que l'on améliore la qualité des services offerts.

Le quatrième groupe de stratégies vise à renforcer la position des femmes en matière de production alimentaire et agricole. A cette fin, il faudrait renforcer la visibilité des contributions économiques des femmes à la production alimentaire en améliorant les bases de données et les statistiques nationales et améliorer l'accès des femmes aux facteurs de production comme la terre, la technologie, le crédit, la formation et la vulgarisation.

Enfin, le cinquième groupe de stratégies vise à rehausser et à améliorer le statut des femmes dans la société. A cette fin, il faudrait multiplier les possibilités d'éducation et de formation offertes aux jeunes filles et aux femmes, multiplier les possibilités qu'ont les femmes d'occuper un emploi rémunérateur et de contrôler l'utilisation des revenus du ménage, encourager les femmes à s'organiser et à participer à la vie politique du pays et modifier les attitudes sociales et culturelles dans le sens d'une plus grande reconnaissance de l'égalité des hommes et des femmes par le biais des institutions éducatives, politiques et juridiques.

En conclusion, l'application de ces diverses stratégies devrait résoudre, ensemble ou séparément, les problèmes fondamentaux que rencontrent les femmes pour assurer durablement le bon état nutritionnel et la santé des membres de leur famille: ces problèmes sont dus à la pauvreté, à l'ignorance, à la maladie, à la croissance démographique, à la dégradation de l'environnement, aux inégalités économiques et politiques et à la discrimination sociale.

Source: "Women, Food and Nutrition Issues in Need of a Global Focus", de H. Ghassemi, dans *Women and Nutrition*, ACC/SCN Symposium Report, Nutrition Policy Discussion Paper N° 6, 1990.

7. Dans de nombreux cas, il faudra aussi s'efforcer tout particulièrement *d'améliorer le statut de la femme* dans la famille et dans la société. Le rôle crucial des femmes dans la sécurité alimentaire, du fait de leurs responsabilités dans les domaines de la production, de la transformation, du stockage et de la commercialisation des produits alimentaires, est aujourd'hui mieux reconnu. En outre, elles exercent une grande influence sur l'état nutritionnel de la famille par la préparation des repas, par leurs connaissances nutritionnelles et par leurs contributions aux revenus du ménage. Cependant, notamment dans le cas des femmes pauvres en zone rurale et du nombre croissant de femmes qui sont chefs de famille, les interventions nutritionnelles spécifiques ne sont souvent pas conçues de façon à leur permettre de mieux faire face à leurs obligations tant économiques que domestiques. En fait, ces interventions ne s'attaquent pas suffisamment aux causes fondamentales de la malnutrition, alors même qu'il existe des stratégies efficaces.

8. Si l'on veut relever le défi de la nutrition, il faut que tous les secteurs concernés – les gouvernements, les ONG, le secteur privé, la communauté scientifique, les organismes de financement bilatéraux et multilatéraux et les organisations internationales – jouent leur rôle. Chacun d'entre eux peut, à lui seul, contribuer à l'amélioration du bien-être nutritionnel, mais une action concertée sera beaucoup plus efficace. C'est pourquoi il faut élaborer des arrangements et structures institutionnels appropriés pour promouvoir cette *coopération intersectorielle*. De même, au sein de l'administration publique, il faut renforcer les liens entre les divers ministères dont les politiques et programmes ont des effets sur la nutrition. La coopération entre les ministères de l'agriculture et de la santé est particulièrement importante. Cette coopération est nécessaire non seulement au niveau national, mais aussi au niveau des provinces et des districts, c'est-à-dire là où les programmes sont exécutés.

9. Les autres ministères doivent eux-aussi voir comment ils peuvent, dans le cadre de leurs propres programmes, contribuer à améliorer la nutrition. Beaucoup de pays ont un bureau central de planification ainsi que des services de planification spécialisés dans différents ministères, qui devraient se préoccuper des questions de nutrition. Une première étape importante consiste à faire de l'amélioration de la nutrition un objectif explicite de leurs politiques et programmes. Dans certains pays, il faut commencer par faire savoir aux divers services de planification et décideurs quels sont les moyens dont on dispose aujourd'hui pour définir et résoudre les problèmes nutritionnels.

10. Il faut aussi prendre en considération l'aspect international du problème. Les pays développés comme les pays en développement doivent se pencher sur les problèmes fondamentaux qui déterminent l'état nutritionnel de leurs populations, notamment dans les pays dans lesquels certaines catégories sociales sont restées à l'écart du processus de développement. Une amélioration durable de la nutrition exige un *engagement commun des collectivités locales, des gouvernements et des organisations internationales*. Les organisations bilatérales et les organisations non gouvernementales internationales (ONGI) ont aussi un rôle indispensable à jouer dans le processus général de développement et pourraient participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies communes pour résoudre les problèmes de nutrition.

11. Enfin, *les questions de nutrition devraient aussi être examinées dans les différentes instances internationales*, qui devraient plus particulièrement se pencher sur le cas des pays dans lesquels la situation nutritionnelle ne s'est améliorée que lentement ou n'a pas progressé du tout. Les efforts internationaux devraient être ciblés sur les populations marginalisées dont l'état nutritionnel s'aggrave en période de crise sociale et économique et qui souffrent de malnutrition. L'aide internationale devrait aussi viser à aider ces pays à atténuer les répercussions sociales des programmes d'ajustement structurel. Le système des Nations Unies est l'institution la mieux placée pour promouvoir et coordonner ces entreprises et la coopération interinstitutions devrait englober toutes les organisations compétentes.

L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE NUTRITION DANS LES PLANS DE DÉVELOPPEMENT NATIONAUX

L'expérience thaïlandaise

Il y a peu de temps encore, la malnutrition protéino-énergétique (MPE) était en Thaïlande un problème qui touchait la moitié des enfants âgés de moins de cinq ans. En 1977, le premier Plan alimentaire et nutritionnel a été inclus dans le quatrième Plan national de développement économique et social. Ce plan alimentaire et nutritionnel a eu pour effet essentiellement de sensibiliser les secteurs public et privé aux problèmes de malnutrition du pays. Mais les objectifs de ce plan n'ont pu être atteints en raison du manque de collaboration intersectorielle et de la participation insuffisante des populations vulnérables.

Cinq ans après, dans le cadre du cinquième Plan national de développement économique et social, un nouveau Plan alimentaire et nutritionnel plus complet a été mis au point à la lumière de l'expérience acquise, compte tenu du fait que la malnutrition est essentiellement une conséquence de la pauvreté et de l'ignorance. Des interventions spécifiques ont été organisées pour venir en aide dans les plus brefs délais aux populations dans le besoin, tandis que des mesures destinées à produire des effets à long terme ont été progressivement mises en place. Les interventions spécifiques ont compris des programmes d'alimentation complémentaire dans les villages ou les écoles, des campagnes d'éducation nutritionnelle, la collecte de données sur l'état nutritionnel, des activités d'enrichissement des aliments et de perfectionnement de la main-d'œuvre.

En outre, un Plan de soulagement de la pauvreté a été mis en œuvre dans les régions les plus pauvres de Thaïlande, afin d'y améliorer les conditions de vie. Le plan comprenait quatre éléments principaux: la production agricole, la création d'emplois ruraux, la fourniture de services sanitaires de base et le développement des activités villageoises. Des communautés locales ont activement participé à l'élaboration et à l'exécution de ce plan, ce qui explique en partie le succès du programme. Un appui politique ferme de la part des échelons supérieurs de la hiérarchie a facilité la coordination entre les secteurs de l'agriculture, de la santé et du développement rural. En 1983, un indicateur des "besoins minimums de base" mesurant la qualité de la vie des ruraux a été introduit pour identifier les zones à secourir et les actions à entreprendre pour améliorer les conditions de vie.

Toutes ces activités mises ensemble, le Plan de soulagement de la pauvreté, les interventions spécifiques en matière de nutrition et l'indicateur des besoins minimums de base ont permis d'améliorer sensiblement les conditions de vie, et par conséquent l'état nutritionnel des groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables. La malnutrition protéino-énergétique modérée et grave est presque éliminée et sa prévalence parmi les enfants d'âge préscolaire est tombée de 51 à 21 pour cent. Les denrées alimentaires disponibles sont plus nombreuses et plus variées, le cheptel a augmenté et les services sanitaires touchent désormais près de 80 pour cent de la population.

L'expérience thaïlandaise montre que la sensibilisation et l'engagement des pouvoirs publics sont des conditions nécessaires à l'élaboration de programmes rationnels et viables de lutte contre la malnutrition. La participation de la population à toutes les étapes du processus et la collaboration intersectorielle sont deux autres éléments indispensables pour assurer le succès des phases de préparation et d'exécution.

Source: "Kiranondana Public Policy and implementation strategies for alleviation of malnutrition and poverty in Thailand". Tontisirin, K., UNICEF, Florence, Italie, mars 1-3, 1990.

12. Certaines des causes les plus fondamentales de la malnutrition – croissance démographique, dégradation de l'environnement, pauvreté, répartition inégale du pouvoir économique – sont de caractère essentiellement structurel. Si l'on veut améliorer la nutrition, il faudra prendre des mesures radicales pour s'attaquer à ces problèmes majeurs; en attendant, il faut aussi progresser pas à pas et *intégrer progressivement des objectifs nutritionnels dans les politiques et programmes concernés*, tout en renforçant les institutions susceptibles d'améliorer la situation. Ces solutions doivent être conçues dans le cadre d'une stratégie de développement à long terme.

13. Les principes ci-dessus s'appliquent essentiellement aux situations de sous-alimentation, mais ils valent également pour la prévention des maladies non transmissibles liées à l'alimentation, qui repose en grande partie sur la communication sociale: le *rôle des consommateurs et de l'éducation des consommateurs* est donc crucial. Il faut avant tout responsabiliser les consommateurs pour qu'ils adaptent leur régime alimentaire et leur mode de vie en fonction des dernières connaissances nutritionnelles. La principale différence est que les causes fondamentales relèvent de l'ignorance ou du manque de motivation plutôt que de la pauvreté ou de l'environnement naturel. Les moyens de communication appropriés sont le plus souvent les médias et le message doit viser avant tout à modifier les comportements individuels, plutôt que les comportements collectifs. Un effort du secteur public et du secteur privé est nécessaire pour améliorer l'offre d'un éventail d'aliments variés, indispensables pour un régime sain, ainsi que leur accessibilité, notamment pour les pauvres. Il est aussi très important de former et de conseiller les professionnels de la santé et les notables pour leur permettre de jouer leur rôle dans la prévention des problèmes nutritionnels. Les pays où existent des problèmes de sous-alimentation et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation doivent certes lutter contre celles-ci mais pas au détriment de la lutte contre la sous-alimentation.

Stratégies d'action

14. L'efficacité de la lutte pour l'amélioration de la nutrition dépend de la conception et de la mise en œuvre de stratégies et d'interventions appropriées. Un suivi régulier des différentes composantes des politiques et programmes, associé à une surveillance de la situation nutritionnelle, permettra aux décideurs de se tenir informés sur le degré de mise en œuvre des stratégies, de leurs effets sur l'état nutritionnel et donc de prendre des mesures correctives immédiates dès que cela est nécessaire. Pour cela, il faudra mettre en place des mécanismes et procédures adaptés au caractère multisectoriel des problèmes de nutrition. Il n'est pas nécessaire d'intégrer totalement les politiques, plans ou programmes, mais il ne faut pas négliger le fait que de très nombreux secteurs ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la nutrition et qu'il convient de leur confier des tâches et de leur donner les moyens d'agir.

15. Pour mettre en pratique leur volonté d'améliorer la nutrition, les pays devront généralement élaborer ou affiner des politiques et plans d'action visant les problèmes prioritaires. A cet égard, de nombreux pays ont déjà pris de l'avance et mis en place des politiques et programmes efficaces ou défini des domaines d'action dans le cadre de la préparation de la CIN. Ce processus de définition des orientations doit faire en sorte que l'amélioration du bien-être et de l'état nutritionnel devienne un objectif explicite des politiques et plans nationaux de développement général.

16. En pratique, il faut souvent agir sur trois axes complémentaires pour traiter les problèmes de nutrition. *Premièrement, la volonté de promouvoir une croissance équitable* doit se traduire par l'intégration des objectifs et de considérations nutritionnels dans les plans de développement nationaux, sectoriels et intégrés et par l'engagement des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces objectifs. Cela implique aussi que chaque ministère intéressé analyse ses programmes pour évaluer leurs effets sur la nutrition et conçoive des mesures concrètes pour améliorer la nutrition dans son domaine de compétence.

17. *Deuxièmement, il faut agir par des interventions ciblées sur certains problèmes ou certains groupes de population.* Il faut identifier les problèmes prioritaires et élaborer des programmes concrets pour les résoudre. Ces programmes pourraient porter par exemple sur des problèmes précis d'insécurité alimentaire chronique, sur la prise en charge et l'alimentation des enfants, la lutte contre les maladies infectieuses, les secours en cas de catastrophe, etc. Ils doivent être ciblés, pas trop coûteux, gérables et bien planifiés, avec une définition précise des activités, des délais et des ressources. Il est indispensable de surveiller leur mise en œuvre et d'évaluer leurs effets.

18. *Troisièmement, il faut élaborer des actions à base communautaire pour encourager l'évaluation des problèmes et la mise en œuvre des mesures appropriées à l'échelon local.* La participation locale est indispensable pour que les communautés deviennent autonomes et capables d'appréhender leurs problèmes de nutrition et de les résoudre durablement. Ces actions peuvent être associées à des activités de développement en cours (comme la vulgarisation agricole ou la santé communautaire) ou constituer une composante distincte d'un plan de développement local ou régional.

19. Chacun de ces trois axes d'intervention nécessite une information suffisante pour l'identification des problèmes et le suivi. Un engagement ferme des gouvernements en faveur de l'amélioration de la nutrition est indispensable au succès de ces actions, qui peut nécessiter en outre un soutien de l'ensemble du secteur d'aide au développement. Dans les sections ci-après, nous examinerons le rôle et les responsabilités de diverses institutions, publiques et privées, dans cette stratégie.

RÔLE DU GOUVERNEMENT

20. Les gouvernements doivent jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre les problèmes de nutrition car ils peuvent avoir une influence considérable sur l'état nutritionnel de leur population. Par exemple, la politique macro-économique peut avoir des effets sur le prix des aliments, les salaires et la disponibilité et la qualité des services. Il est fréquent que les pouvoirs publics fournissent des services agricoles et des soins de santé et mettent en œuvre des programmes visant à protéger les populations vulnérables sur le plan nutritionnel, particulièrement en cas de catastrophes. Tout en prenant en charge directement certains aspects de la nutrition, ils devraient aussi encourager d'autres institutions à agir sur d'autres plans et faciliter leurs interventions.

21. La décision de confier certaines tâches à des institutions comme les entreprises privées ou les ONG dépend de tout un éventail de facteurs dont un des plus importants est l'importance des ressources publiques. Cependant, comme les organisations caritatives privées ne peuvent atteindre qu'une petite partie de ceux qui ont le plus besoin d'aides spécifiques, l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire.

22. **Activités sectorielles.** Les principales institutions du secteur public compétentes pour intervenir directement dans le domaine de la nutrition sont les ministères de l'agriculture et de l'alimentation, de la santé, de l'éducation et de la sécurité sociale. Les administrations publiques responsables des finances, de la planification et du développement économiques, du commerce et de l'industrie, ainsi que les administrations locales peuvent aussi avoir un rôle important. Dans certains pays, il existe aussi un institut de la nutrition qui fait de la recherche et de la formation ainsi que, plus rarement, un conseil national de la nutrition ou autre organe similaire qui aide les ministères d'exécution à intégrer des considérations nutritionnelles dans leurs plans, politiques et projets. Tous les pays doivent se doter d'une structure efficace pour la coopération interministérielle sur les questions de nutrition.

23. Les ministères de l'agriculture et de la santé jouent un rôle majeur dans l'amélioration de la nutrition et la plupart ont des services spécialisés dans ce domaine. Le cas échéant, les gouvernements peuvent envisager d'élargir ou de renforcer les ressources de ces services puisque c'est généralement là que se concentrent actuellement les spécialistes de la nutrition. Cependant, il est fréquent que les services ministériels responsables de la nutrition soient un peu en marge des activités principales de planification, de mise en œuvre et de suivi des politiques et programmes, et il convient d'y remédier. En outre, il faut que tous les ministères concernés, en particulier ceux qui sont chargés de la planification et du développement économiques, aient une vision d'ensemble et tiennent compte des effets de leurs activités sur la nutrition, ce qui peut nécessiter une certaine réorientation et formation de leur personnel.

24. Les ministères pourraient analyser leurs politiques, programmes ou projets sous l'angle de leur impact nutritionnel, en utilisant à la fois les données et informations disponibles et les connaissances de fonctionnaires expérimentés. Certains pays ont déjà déblayé le terrain pour ce travail dans le cadre de l'élaboration du document national pour la CIN.

25. Dans le secteur de la santé, on pourrait mieux tirer parti des possibilités offertes par la stratégie de l'OMS pour la santé pour tous d'ici l'an 2000. Les services de santé maternelle et infantile et les soins de santé primaires, en particulier la promotion de la surveillance de la croissance des enfants au niveau communautaire, constituent un cadre dans lequel il est possible de mener une action efficace en matière de nutrition. La lutte contre les maladies diarrhéiques et la vaccination sont deux activités courantes du secteur de la santé qui ont des effets importants sur l'état nutritionnel. L'éducation en matière de nutrition pourrait aussi être intégrée de façon plus efficace dans ces systèmes.

MESURES SUGGÉRÉES AUX GOUVERNEMENTS POUR AMÉLIORER LA NUTRITION

- L'ampleur et la gravité des problèmes de nutrition devraient être évaluées et leurs causes analysées.
- Les planificateurs et nutritionnistes devraient étudier les facteurs déterminant l'état nutritionnel de divers groupes de populations vulnérables et affectés de façon à parvenir à un consensus sur la question.
- L'amélioration du bien-être nutritionnel devrait devenir un objectif explicite des politiques, plans, programmes et projets de développement national et sectoriel.
- La capacité des secteurs pertinents à analyser les effets nutritionnels des politiques et programmes de développement devrait être renforcée.
- Les effets potentiels sur la nutrition, notamment des groupes de populations les plus vulnérables, des politiques et plans de développement généraux pertinents devraient être analysés et les mesures propres à renforcer leurs bénéfices nutritionnels devraient être identifiées et incorporées dans les divers programmes sectoriels.
- Il faudrait renforcer ou développer dans chaque secteur, selon les besoins, les capacités techniques et les mécanismes nécessaires, aux niveaux national et intermédiaire, pour analyser, formuler, planifier et mettre en œuvre les politiques nutritionnelles.
- Il faudrait concevoir et mettre en œuvre, notamment au niveau des districts et des communautés locales, des programmes spécifiques (ou des interventions) visant à améliorer les approvisionnements alimentaires et la nutrition. Les domaines d'action prioritaire seraient: le renforcement de la sécurité alimentaire des ménages, la prévention des carences protéino-énergétiques parmi les groupes les plus vulnérables et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des denrées alimentaires.
- Il faudrait poursuivre et renforcer à chaque niveau les mesures visant à prévenir les carences en certains micronutriments (fer, iode, vitamine A) et à y remédier.
- Les maladies non transmissibles liées au régime alimentaire devraient également être évaluées et lorsqu'il s'agit d'un problème de santé publique, il faudrait prendre ou intensifier des mesures de prévention, notamment par le biais de l'éducation des consommateurs.
- Il faudrait mettre au point des systèmes de surveillance de l'alimentation et de la nutrition au niveau des districts et au niveau national ou renforcer les systèmes existants, afin d'améliorer les décisions prises à chacun de ces niveaux.
- Il faudrait développer les capacités de suivi systématique des activités et interventions dans chacun de ces domaines et à chaque niveau.
- Il faudrait faire des efforts concertés pour acheminer des ressources supplémentaires vers les régions et les groupes de population qui ne profitent pas suffisamment du processus global de développement social et économique.

26. L'agriculture offre de nombreuses possibilités: expansion de la production dans des régions négligées; encouragement des cultures traditionnelles; amélioration des modes d'exploitation et des rendements; promotion d'activités créatrices d'emplois, en particulier pour les femmes; réduction des pertes après récoltes; réduction des pénuries saisonnières; élaboration d'une législation en matière de qualité et de sécurité des produits alimentaires et contrôle de la qualité des aliments. Enfin, les politiques et programmes de développement rural pourraient contribuer sensiblement à l'amélioration de la situation nutritionnelle en établissant des liens entre santé et agriculture.

27. Le renforcement des institutions publiques dans l'optique de l'amélioration de la nutrition ne doit pas être limité aux organes de décision. Il faut renforcer les capacités et les compétences des institutions de recherche et facultés universitaires dans le domaine de l'agriculture, de la santé, de la nutrition, de la communication et des sciences sociales. Il est indispensable de développer les capacités de gestion dans les services publics.

28. Le renforcement d'une institution publique nécessite non seulement un accroissement des ressources mais aussi un renforcement des capacités opérationnelles. Il est indispensable d'agir sur le plan de l'éducation et de la formation pour développer les ressources humaines en mettant l'accent sur les problèmes opérationnels et sur l'utilisation efficace du personnel qualifié.

29. Une proportion importante de l'aide au développement destinée aux ministères de l'agriculture et de la santé est affectée à des projets. Cependant, il faut veiller à ce que ce type d'activités n'affaiblissent pas les institutions existantes en accaparant trop de ressources. De récentes analyses donnent à penser que les projets peuvent servir à renforcer les infrastructures existantes à condition que leurs objectifs soient modestes et les responsabilités clairement définies, qu'il y ait une forte participation des bénéficiaires et qu'on prête une grande attention aux attitudes et motivations du personnel (voir encadré...). Le succès du projet de nutrition intégré financé par la Banque mondiale dans l'Etat de Tamil Nadu en Inde tient en grande partie au soin avec lequel les activités du projet ont été intégrées dans les institutions existantes et au fait que les efforts ont été concentrés sur un petit nombre d'interventions nutritionnelles bien intégrées, ciblées et peu coûteuses, n'exigeant pas des structures administratives lourdes. Grâce à une participation importante des bénéficiaires, les coûts peuvent être contenus et le projet peut devenir autonome et être reproduit ailleurs.

30. **Coopération intersectorielle.** La coopération intersectorielle peut rendre plus efficace la mise en œuvre de politiques intéressant la nutrition par des ministères comme ceux de l'agriculture et de la santé. Cette coopération entre ministères peut être facilitée par une meilleure communication, au sein de chaque ministère, pour ce qui concerne la nutrition; cela vaut en particulier pour les ministères de l'agriculture et de la santé car la nutrition est souvent le domaine dans lequel ceux-ci ont plus d'activités communes.

31. L'agriculture a une influence sur la santé, notamment par ses effets sur l'approvisionnement alimentaire et les revenus. Les décisions que prend un ministère de l'agriculture sur des questions comme l'irrigation, l'emploi de pesticides et la nutrition ont des répercussions sur la santé. Comme les ministères de l'agriculture agissent simultanément sur la disponibilité alimentaire, les revenus et la consommation et qu'ils ont une solide structure administrative, ils ont de nombreuses occasions de collaborer avec d'autres ministères concernés par la nutrition, notamment celui de la santé. Sur le plan pratique, les activités de planification agricole concernant la nutrition devraient viser avant tout à permettre à certains groupes de produire davantage, à agir sur la nature des productions et à infléchir la répartition de la production et des revenus en faveur des groupes vulnérables sur le plan nutritionnel.

32. L'amélioration de la santé peut aussi contribuer à renforcer l'agriculture. Des agriculteurs et travailleurs en meilleure santé sont plus productifs et moins exposés aux accidents et blessures et les familles d'agriculteurs en bonne santé et bien nourries peuvent prendre davantage de risques en essayant de nouvelles cultures et méthodes d'exploitation. Cela vaut en particulier pour les femmes d'agriculteurs dans les pays en développement, qui assurent souvent l'essentiel du travail nécessaire pour la production alimentaire et sont très exposées à des problèmes de santé liés aux fonctions reproductrices. Les autres activités dans lesquelles les ministères de la santé et de l'agriculture pourraient utilement coopérer sur le terrain sont notamment l'organisation communautaire, la vulgarisation et la formation, l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

RÉUSSITE ET DURABILITÉ DES PROGRAMMES DE NUTRITION

Une récente analyse de plusieurs grands programmes de nutrition a permis de définir huit caractéristiques qui ont contribué à leur réussite et à leur durabilité. Ces caractéristiques peuvent se résumer comme suit: les objectifs doivent être modestes et clairs, l'information doit être employée efficacement et, surtout, il faut être très attentif à la dimension humaine et encourager et respecter les bénéficiaires et le personnel du projet.

Les **objectifs** doivent être réalistes et limités dans le temps. Ils doivent conduire la conception du programme et puis en déterminer la mise en œuvre et l'évaluation. Les composantes du projet doivent être peu nombreuses et axées sur un petit nombre de besoins critiques.

La **participation des communautés** à la conception et à la mise en œuvre permet de cerner les besoins ressentis par celles-ci et de leur donner un sentiment d'appropriation des actions entreprises. La délégation du pouvoir de décision peut être plus ou moins poussée et certaines décisions peuvent rester centralisées, mais il ne faut pas négliger la participation locale, même si elle exige beaucoup de temps, sans quoi les effets du programme seront éphémères.

La **portée** du programme, c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires visés, doit être limitée pour que l'action soit vraiment efficace. Cet arbitrage doit être explicité et compris dès le début.

Le **ciblage** est important, mais l'élaboration de méthodes appropriées prend du temps et ces méthodes doivent évoluer en même temps que le programme.

La **qualité de l'encadrement** détermine l'efficacité de l'administration et de l'emploi des ressources et est souvent l'aspect le plus crucial.

La **formation et la supervision** ont joué un grand rôle dans la plupart des projets et programmes réussis. Des périodes de reformation sont toujours nécessaires et les taux d'encadrement doivent être réalistes.

La **surveillance et l'évaluation du processus** permettent une programmation efficace. Les réévaluations doivent être fondées sur une surveillance continue laissant des possibilités de modification. Les mécanismes de surveillance et d'évaluation, même s'ils sont souvent difficiles à intégrer dans un programme, sont indispensables si l'on veut éviter de poursuivre des actions inefficaces.

L'**attitude et la motivation** du personnel (qui dépendent beaucoup des éléments ci-dessus) jouent un rôle clé dans l'exécution du projet et conditionnent la possibilité d'élargir le programme.

Source: Nutrition-relevant actions, some experiences from the eighties and lessons for the nineties. Gillespie, S. and Mason, J., ACC/SCN State of the Art Series Paper No. 10, 1991.

33. Très souvent, la coopération intersectorielle est difficile au niveau national mais devient de plus en plus praticable aux échelons provincial et local. Certains pays ont fait des progrès dans la décentralisation des responsabilités administratives, ce qui fournit un cadre très propice à la coopération intersectorielle. Par exemple, les agents de santé et de développement communautaire et les vulgarisateurs agricoles pourraient combiner leurs efforts et s'associer avec les maîtres d'école pour traiter certains problèmes prioritaires dans des collectivités vulnérables. Il serait utile de commencer par analyser les effets sur la nutrition de diverses activités locales de développement, pour faire en sorte que les questions de nutrition soient intégrées dans les programmes de développement communautaire.

34. Comme les possibilités de collaboration au niveau technique entre les ministères de l'agriculture et de la santé sont considérables et que les activités de ces ministères peuvent apporter une très grande contribution à l'amélioration de la nutrition des populations pauvres, il serait opportun de renforcer encore la coopération intersectorielle qui existe déjà dans la plupart des pays développés ou en développement. A cet effet, il faut que chaque pays fasse un bilan de ses propres expériences et évalue ses mécanismes de coopération intersectorielle afin de les renforcer, s'il y a lieu, à la lumière de ses besoins et ressources spécifiques.

RÔLE DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES (ONG)

35. Les organisations non gouvernementales ou sans but lucratif, qu'elles soient nationales ou internationales, sont très hétérogènes. Cette catégorie englobe toutes sortes d'organisations communautaires, d'associations de consommateurs, de syndicats, d'associations de femmes, de groupes d'agriculteurs, d'organisations religieuses, d'universités, collèges et institutions de recherche privées, d'associations professionnelles (nutritionnistes, professions médicales, spécialistes de l'alimentation) et d'organisations non gouvernementales internationales de secours et de développement.

36. Les ONG peuvent avoir une action très efficace au niveau local dans les pays en développement. Leur contribution au développement est importante car elles mettent en œuvre des programmes qui bénéficient d'un important soutien public et sont ciblés sur les plus pauvres, et ont des structures légères et un personnel très motivé. Leur travail contribue à la fois à répondre aux besoins des pauvres et à les aider à exprimer ces besoins. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, elles jouent un rôle important dans la sensibilisation du public et ont des activités qui influencent directement la situation des collectivités locales dans beaucoup de domaines importants pour la nutrition, notamment l'amélioration de la prise en charge, l'assainissement, les soins de santé primaires et l'adoption de stratégies de sécurité alimentaire efficaces. Elles peuvent introduire de façon très efficace des innovations souvent modestes mais qui sont susceptibles de se propager d'elles-mêmes pour un coût très modéré.

37. Les ONG peuvent aider les pauvres à s'affirmer et à mieux participer à la mise en œuvre des programmes publics. Un de leurs nombreux rôles est d'explorer de nouvelles stratégies de développement qui encouragent l'autonomie, la participation et la décentralisation. Dans les pays développés, les organisations de consommateurs et les associations professionnelles, qui sont mieux organisées que dans les pays en développement, peuvent exercer une influence importante en fournissant des services d'information et de conseil efficaces et jouer un rôle d'intermédiaire pour promouvoir le dialogue et la coopération entre les pouvoirs publics, les milieux universitaires, les consommateurs et les entreprises.

38. Les associations de consommateurs peuvent aussi dialoguer avec l'industrie et le commerce alimentaires et les organisations de commercialisation, par exemple pour les inciter à intégrer des messages éducatifs dans leurs publicités. En informant les consommateurs, elles peuvent aussi exercer une influence sur les décisions de production et de commercialisation.

39. Cependant, l'action des ONG a ses limites. De nombreuses ONG internationales, comme Save the Children, CARE et Oxfam, sont capables de gérer efficacement d'importants programmes sur le terrain, mais la plupart d'entre elles ne peuvent pas rivaliser avec les donateurs multilatéraux et bilatéraux pour la mise en œuvre de projets à grande échelle ou le financement de programmes d'ajustement structurel. Lorsque les ressources sont limitées, il devient difficile de réitérer une intervention et d'élargir le champ d'action. En outre, les ONG sont parfois mal intégrées dans les structures nationales et fonctionnent en marge de celles-ci.

40. Les ONG pourraient avoir intérêt à dialoguer et à collaborer davantage entre elles. Aujourd'hui, elles ont mis en place des réseaux internationaux et nationaux qui exercent des pressions au niveau international et influencent les politiques nationales dans des domaines très divers comme les salaires minimums, la réforme des modes de faire-valoir, la justice sociale et la santé, afin d'améliorer l'accès aux aliments et l'état nutritionnel.

41. Enfin, les ONG jouent un rôle très utile en apportant des secours alimentaires en cas de catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme, en assurant une alerte rapide, en apportant des secours d'urgence et en contribuant aux activités de remise en état.

RÔLE DES ENTREPRISES PRIVÉES

42. Les entreprises privées ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de l'état nutritionnel. Dans la plupart des pays, la production agro-alimentaire dépend d'agriculteurs privés qui sont pour la plupart des petits exploitants. De même, l'essentiel des activités d'entreposage, de transformation et de distribution des produits alimentaires est géré par le secteur privé. Enfin, celui-ci peut considérablement améliorer la situation nutritionnelle en stimulant le développement de petites entreprises industrielles et de service, tant à la campagne qu'en ville. Les petites industries rurales sont une importante source de revenus, même pour les plus pauvres, et peuvent apporter une contribution importante à l'amélioration de la situation nutritionnelle. Leur financement est souvent problématique car les banques traditionnelles exigent des garanties. Cependant, la réussite de nouvelles formes de financement du développement local, comme la Banque Grameen au Bangladesh et la Self Employed Women's Association en Inde, montre qu'il est possible d'établir un partenariat efficace entre organismes de crédit et secteur privé pour réduire la pauvreté.

43. Le secteur privé peut aussi agir sur de nombreux facteurs qui déterminent une bonne nutrition, comme l'approvisionnement en aliments nutritifs et sans danger et l'amélioration de l'hygiène de l'environnement et des régimes alimentaires et des soins de santé. La contribution de l'industrie privée à la recherche nutritionnelle et à la recherche fondamentale et appliquée sur les produits alimentaires est aussi très importante. C'est ainsi que l'industrie privée a joué un rôle majeur dans l'enrichissement en micronutriments, par exemple l'iodation du sel, l'enrichissement du sucre en vitamine A (au Guatemala), l'enrichissement en vitamine D et en fer et la réduction de la teneur en sel et en lipides saturés des produits alimentaires transformés. Ce type d'action peut être soit laissé à l'initiative des entreprises privées, soit favorisé par la législation.

44. Dans les pays en développement, l'urbanisation crée des marchés pour l'industrie alimentaire qui assure une partie des opérations de transformation auparavant laissées aux consommateurs. Ainsi, dans la plupart des pays, dans les villes comme dans les campagnes, une grande partie des céréales consommées sont maintenant transformées par des minoteries.

45. Il faut mettre en place un dispositif législatif concernant la qualité et la sécurité des produits alimentaires, ainsi que l'étiquetage, la commercialisation et la publicité, et le compléter par un système de contrôle efficace. Cela est du ressort des pouvoirs publics, mais certains groupes de consommateurs se sont révélés très efficaces pour surveiller l'application de ces dispositions. La coopération et l'adhésion de l'industrie sont nécessaires pour assurer le respect des prescriptions et un fonctionnement efficace de l'industrie agro-alimentaire dans tous les pays. Toutes les parties doivent s'efforcer de rechercher les domaines dans lesquels l'intérêt commercial et l'amélioration de la nutrition convergent et de favoriser cette convergence. Les gouvernements devraient envisager d'intervenir directement sur ce plan. Lorsque les intérêts des consommateurs et ceux de l'industrie divergent, les gouvernements doivent prendre des mesures, par exemple en renforçant l'éducation en matière de nutrition et en faisant respecter rigoureusement les règlements concernant la qualité et la sécurité des aliments et les prescriptions visant à assurer un étiquetage et une promotion véridiques et loyaux des aliments, pour éviter que leurs efforts en faveur de la nutrition ne soient sapés par le comportement du secteur privé. Dans les pays développés, l'industrie alimentaire est soumise à un contrôle strict pour tout ce qui touche à la qualité, à la sécurité et à l'hygiène des aliments, ce qui ne l'empêche pas d'être efficace. En fait, il s'avère que les systèmes de contrôle de la qualité

à tous les stades, de l'exploitation agricole jusqu'au consommateur, en passant par la transformation, l'entreposage et la distribution, constituent un moyen extrêmement efficace de réduire les pertes et de garantir la qualité et la sécurité des aliments.

46. Un dialogue entre tous les partenaires – pouvoirs publics, consommateurs et entreprises privées – est indispensable et seule une coopération entre eux peut conduire à des améliorations durables. Les gouvernements doivent partager leurs informations avec les consommateurs et les industriels et les échanges entre consommateurs et industrie pourraient aussi contribuer à renforcer le rôle du secteur privé dans la lutte contre les problèmes nutritionnels.

RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE

47. Les activités des institutions des Nations Unies qui concernent la nutrition sont très diverses: production alimentaire et développement agricole, amélioration et contrôle de la qualité des aliments, aide alimentaire, santé, population, environnement, eau potable et assainissement, bien-être des enfants, alphabétisation des femmes, développement communautaire, etc. Beaucoup des institutions ont soit des activités qui intéressent directement les problèmes de nutrition, soit une influence sur la situation nutritionnelle par leurs activités de caractère général. En particulier, la FAO, le FISE, l'OMS et la Banque mondiale ont tous une division ou sous-division chargée de la nutrition et la plupart des autres organisations ont au moins un conseiller à plein temps dans ce domaine.

48. La FAO est l'institution chef de file des Nations Unies pour ce qui concerne l'alimentation, l'agriculture et le développement rural et a pour mission d'améliorer le niveau nutritionnel partout dans le monde et d'aider l'humanité à se mettre à l'abri de la faim. Ses activités de soutien de la nutrition sont donc très diverses et intéressent presque tous les aspects de la production, de la transformation et de la commercialisation des aliments et produits agricoles ainsi que la normalisation, la qualité, la sécurité, la préparation et la consommation des aliments. Elle a pour vocation de promouvoir un développement agricole durable et d'améliorer le bien-être des pauvres et des démunis. Son action en faveur de la nutrition, qui passe par le développement de l'agriculture, de la pêche et de la foresterie dans les pays en développement, donne la priorité aux aspects suivants: sécurité alimentaire et alerte rapide; renforcement des mécanismes de contrôle de la qualité des aliments; développement respectueux de l'environnement; conservation des ressources génétiques; amélioration de l'information agricole; participation des populations et des femmes au processus de développement.

49. La FAO a de nombreuses activités qui ont une influence sur la nutrition: évaluation et surveillance des problèmes de nutrition; élaboration de politiques et plans appropriés; mise en œuvre de programmes et projets à base communautaire; alerte rapide en cas de crises alimentaires imminentes; lutte contre les carences en oligo-éléments; intégration de considérations nutritionnelles dans les projets concernant l'agriculture, les pêches et la foresterie; éducation et formation en matière de nutrition; renforcement des systèmes nationaux de contrôle des produits alimentaires pour garantir leur qualité et leur innocuité, qu'ils soient destinés à la consommation locale ou à l'exportation. Une grande partie des activités qui visent directement la nutrition sont gérées par la Division des politiques alimentaires et de la nutrition, en collaboration avec les autres divisions techniques compétentes.

50. La FAO publie des données sur les disponibilités alimentaires (disponibilité énergétique alimentaire) dans les bilans de disponibilités alimentaires. Ces données sont analysées et présentées dans diverses publications périodiques comme *La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture*, *Agriculture: Horizon 2000* et les *Enquêtes mondiales sur l'alimentation*. Ces dernières fournissent, outre des données sur la production alimentaire et la disponibilité énergétique alimentaire par habitant, une estimation du nombre de personnes qui n'ont pas accès à un approvisionnement

alimentaire suffisant. La FAO établit aussi des profils nutritionnels par pays, qui récapitulent la situation nutritionnelle et alimentaire et son contexte: production agricole, développement économique, évolution démographique et accès aux services.

51. La Division des politiques alimentaires et de la nutrition collabore aussi avec le Secrétariat conjoint FAO/OMS de la Commission du Codex Alimentarius, qui a pour mandat de protéger les consommateurs et de promouvoir le commerce international des produits alimentaires en formulant des normes concernant la sécurité des aliments, les pesticides, les résidus de médicaments vétérinaires et les contaminants, en définissant des prescriptions pour l'étiquetage et des normes pour l'analyse et l'échantillonnage, en recommandant des codes uniformes pour l'hygiène dans la manipulation des aliments et en encourageant une reconnaissance mutuelle des systèmes d'inspection des produits alimentaires et de certification.

FINANCEMENT DE L'AIDE DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION

En 1987, les financements bilatéraux et multilatéraux dans les domaines de l'aide alimentaire, des questions de population, de l'eau et de l'assainissement, de la santé, du bien-être des enfants, de l'alphabétisation des femmes et du développement communautaire, ainsi que de la nutrition, ont totalisé 45 milliards de dollars E.-U. Par habitant, le montant de l'aide est très variable selon les régions: 6,60 dollars E.-U. en Asie du Sud, 6,80 dollars E.-U. en Asie du Sud-Est et en Chine, 15,50 dollars E.-U. en Amérique du Sud, 21,80 dollars E.-U. en Afrique subsaharienne, 29,80 dollars E.-U. au Proche-Orient et en Afrique du Nord et 33,20 dollars E.-U. en Amérique centrale et dans les Caraïbes.

Le budget des activités intéressant directement la nutrition a totalisé 77,5 millions de dollars E.-U., soit 0,02 dollar E.-U. (2 cents) par personne, avec d'importantes variations régionales: 5 cents par personne en Afrique, 1,5 cent en Asie du Sud-Est et en Chine et moins d'un cent au Proche-Orient et en Afrique du Nord. Le système des Nations Unies a fourni exactement la moitié de cette aide et les donateurs bilatéraux 38 pour cent, le solde venant de la Banque mondiale.

Source: Estimation des aides extérieures à la nutrition, ACC/SCN, 1991.

52. Le programme de l'OMS dans le domaine de la nutrition vise essentiellement à renforcer les capacités des institutions nationales pour l'évaluation des problèmes liés aux nutriments et aux régimes alimentaires, de leurs causes principales et des facteurs qui les aggravent, à mettre au point et à exécuter des stratégies pour lutter contre la malnutrition, qu'elle soit due à des carences ou à des excès et à surveiller la mise en œuvre des programmes et évaluer leurs effets. Pour cela, l'unité compétente du Siège a créé des systèmes d'information et des banques de données, à l'échelle mondiale, sur les principales formes de malnutrition et collabore avec les bureaux régionaux et les pays pour renforcer ces systèmes d'information aux niveaux régional et national. A l'échelon national, l'OMS s'efforce d'aider les pays à élaborer des plans d'action efficaces, sectoriels (santé) ou intersectoriels, en vue d'améliorer la nutrition. Elle s'efforce tout particulièrement de promouvoir la surveillance de l'état nutritionnel et de la croissance, notamment au niveau communautaire, d'améliorer la nutrition des groupes vulnérables et de lutter contre les carences en oligo-éléments. Par ailleurs, elle soutient des programmes de recherche opérationnelle et de formation aux échelons local, national et régional, notamment dans le domaine de la gestion des programmes nutritionnels. Actuellement, elle est en train de mettre au point des programmes d'action intensive pour améliorer la situation nutritionnelle dans huit des pays qui en ont le plus besoin. Au niveau mondial, elle établit des normes et principes directeurs pour des activités comme l'évaluation épidémiologique et le traitement des syndromes de malnutrition et pour la définition des besoins nutritionnels. Elle surveille l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Elle collabore très fréquemment avec d'autres institutions des Nations Unies, organisations bilatérales et ONG, à tous les niveaux; à l'échelle mondiale, ses partenaires les plus proches sont la FAO et le FISE.

53. Le FISE a mené une action très efficace pour améliorer la réponse aux besoins nutritionnels, sociaux et sanitaires des enfants et des mères partout dans le monde, et en particulier dans des situations difficiles. Pour cela, il a soutenu tout un éventail de programmes et projets sur le terrain, notamment dans les domaines de la prise en charge et de l'alimentation des enfants, de la promotion de l'allaitement au sein, de l'immunisation, de la réhydratation orale, de la surveillance de la croissance, de la santé maternelle et de l'éducation. Il a aussi milité avec succès, auprès du public et des décideurs, pour la "priorité à l'enfance".

54. Depuis quelques années, la Banque mondiale s'attache de plus en plus au développement des ressources humaines et à l'amélioration de la nutrition dans le cadre de ses programmes de prêts. Actuellement, 13 pour cent environ de ses investissements sont affectés à des domaines d'action sociale comme l'éducation, les questions de population, la nutrition et la santé. La Banque mondiale est la première source mondiale de financement de programmes de nutrition et elle peut jouer un rôle considérable dans la lutte contre la malnutrition. Outre son action en faveur de la nutrition par le biais du développement social et économique, elle collabore avec les gouvernements pour intervenir directement sur les plans de la sécurité alimentaire, des carences en oligo-éléments et de la prise en charge et de l'alimentation des enfants.

55. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) soutient des programmes concernant la nutrition dans le cadre de l'aide qu'il apporte aux pays en développement pour exploiter au mieux leurs ressources naturelles et humaines. A cet effet, il fournit une assistance financière et technique dans plusieurs secteurs, en collaboration avec d'autres institutions spécialisées, notamment dans les domaines du développement agricole et rural, de la nutrition, des mesures sociales de lutte contre la pauvreté, de la création d'emplois, du renforcement des systèmes de contrôle des aliments et de l'amélioration des établissements humains. De nombreux projets visant à améliorer la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé et le commerce international, conçus par la FAO, l'OMS et d'autres institutions, sont financés par le PNUD. L'inclusion d'études d'impact nutritionnel dans les projets financés par le PNUD pourrait être très utile.

56. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) lutte sur un large front pour améliorer la situation d'un des groupes les plus vulnérables sur le plan nutritionnel, en fournissant une protection internationale aux réfugiés et en les aidant sur le plan matériel pour qu'ils puissent mieux répondre à leurs besoins et acquérir une plus grande autonomie économique. En collaboration avec le Programme alimentaire mondial (PAM), il a récemment défini des directives pour la composition des rations et le choix des produits destinés aux distributions générales d'aliments et aux programmes d'alimentation complémentaire.

57. Dans le cadre de ses programmes d'aide alimentaire visant les victimes de catastrophes, les groupes vulnérables et les enfants scolarisés ainsi que de ses projets "vivres contre travail", le PAM apporte une importante contribution à l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel de diverses populations. Constatant que l'aide alimentaire était beaucoup plus efficace, du point de vue de l'amélioration de l'état nutritionnel, lorsqu'elle était combinée avec une assistance financière, administrative et technique, le PAM, lorsque c'est possible, associe à son aide alimentaire d'autres composantes comme une éducation en matière de nutrition, une assistance au secteur de la santé, des actions de formation ou un développement des possibilités de crédit.

58. Toutes les institutions des Nations Unies mentionnées ci-dessus, ainsi que d'autres comme le FIDA, l'OIT, l'Unesco, le FNUAP et l'UNU, sont représentées au Sous-Comité de la nutrition du Comité administratif de coordination (CAC/SCN), qui est une structure utile pour l'analyse de nombreuses questions de nutrition et qui rassemble des informations concernant la nutrition et les diffuse parmi les organismes et spécialistes du secteur.

59. Globalement, la contribution financière et technique des organisations bilatérales aux programmes généraux de développement, notamment dans le domaine de la nutrition, est considérable. L'aide financière est fournie aux pays bénéficiaires soit directement, soit par l'intermédiaire d'organismes multilatéraux (voir encadré). Plusieurs donateurs bilatéraux ont des conseillers spécialisés en nutrition et certains d'entre eux jouent un rôle actif au Sous-Comité de la nutrition du CAC.

RECHERCHE

60. De nombreux pays, dans toutes les régions du monde, font des recherches nutritionnelles. Dans les pays développés, beaucoup d'institutions font de la recherche fondamentale et appliquée dans ce domaine sur une grande échelle. Une partie des travaux sur le terrain et des recherches de laboratoire se fait dans les pays en développement, généralement en collaboration avec des institutions nationales ou les gouvernements. Dans ces pays, cette recherche est souvent soutenue par des ressources nationales ou par des partenaires internationaux, et elle est généralement de caractère appliqué ou opérationnel, portant notamment sur les modalités de mise en œuvre des interventions dans tel ou tel cadre socio-culturel et sur les divers types de problèmes nutritionnels rencontrés, notamment au niveau communautaire et les mesures qu'ils appellent. Il est souvent nécessaire de faire des recherches opérationnelles pour améliorer l'exécution des programmes de terrain. Les travaux de recherche appliquée en science de l'alimentation sont aussi assez courants, mais les ressources disponibles, tant matérielles que financières, sont souvent insuffisantes. Fréquemment, les chercheurs eux-mêmes ne sont pas très bien formés ou n'ont pas une expérience suffisante en matière de formulation ou d'exécution de protocoles de recherche, travaillent dans des conditions très difficiles et sont très isolés. Malgré cela, il existe dans toutes les régions des réseaux de centres de recherche qui fonctionnent et produisent des résultats utiles pour l'amélioration de la situation nutritionnelle, mais il faudrait que ces résultats soient plus largement diffusés et appliqués.

61. Dans le domaine de l'agriculture, le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI) soutient 18 centres, situés dans toutes les parties du monde, qui sont spécialisés soit par type de culture (blé, maïs, riz, légumineuses), soit par type d'environnement (régions semi-arides par exemple) et qui font aussi des recherches sur les politiques agricoles. Le GCRAI s'efforce de faciliter, par la recherche dans le domaine de l'agriculture et des activités connexes, une augmentation durable de la production alimentaire (agricole, forestière ou halieutique), de façon à améliorer l'état nutritionnel et le bien-être économique général des populations à faible revenu. Associés aux systèmes nationaux, auxquels ils fournissent une aide et des conseils dans un cadre prioritaire, les centres de recherche soutenus par le GCRAI servent à combler les lacunes des systèmes nationaux de recherche, qui généralement manquent de ressources. En Asie, par exemple, les travaux de l'ICRISAT (Institut International de recherche sur les cultures des zones tropicales semi-arides), combinés aux recherches menées par l'Inde sur l'adaptation des cultures, ont eu un effet considérable sur la production de sorgho et de pois des agriculteurs pauvres vivant dans des régions négligées. L'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) s'occupe essentiellement des problèmes de consommation alimentaire et de nutrition et a réussi, en collaboration avec des gouvernements et institutions du monde entier, à promouvoir des politiques plus efficaces pour améliorer la nutrition des pauvres.

62. Cependant, la recherche nutritionnelle n'est souvent pas une activité prioritaire des ministères de l'agriculture ou de la santé. En particulier, la recherche sur les rapports entre santé et nutrition néglige généralement la recherche appliquée, les aspects économiques, la gestion des programmes et la communication sociale. La commission de la recherche sur la santé au service du développement a examiné les stratégies actuellement appliquées pour développer la recherche internationale sur la santé et préconiser un

renforcement des centres de recherche existants et la création de centres supplémentaires, reliés à un réseau international, dans les pays en développement.

63. L'Université des Nations Unies (UNU) a réussi à créer d'importantes capacités de recherche nutritionnelle (toutefois, elles sont axées plus sur la recherche fondamentale que sur la recherche appliquée). L'UNU s'est concentrée sur la formation avancée de personnel clé dans les institutions des pays en développement, afin qu'ils puissent jouer un rôle dans les domaines de la recherche, de la formation et de l'orientation des politiques nutritionnelles. En outre, plusieurs universités offrent des programmes de courte durée de formation nutritionnelle destinés à des cadres et administrateurs de rang intermédiaire des pays en développement et supervisent les programmes et projets de recherche opérationnelle.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

64. Les décideurs et planificateurs des différents ministères doivent être en mesure d'intégrer des objectifs nutritionnels dans leurs politiques et programmes et de collaborer à la formulation de plans d'action nationaux et intersectoriels. Ils doivent être capables d'évaluer l'information relative à la nature et à l'ampleur des différents problèmes nutritionnels, de comprendre les causes de ces problèmes, de voir comment leur ministère peut agir et, enfin, de coopérer efficacement avec d'autres secteurs pour définir et suivre les interventions appropriées.

65. Une formation spécialisée concernant la nutrition et l'alimentation est donc nécessaire. Les spécialistes de la nutrition amenés à avoir des activités de planification et de gestion de programmes peuvent avoir besoin d'une formation complémentaire en économie, communication et sciences sociales. De même, des spécialistes d'autres disciplines (agriculture, santé, économie, etc.) appelés à s'occuper de questions de nutrition peuvent avoir besoin d'une formation complémentaire dans ce domaine. Dans les deux cas, la formation doit être adaptée à la situation du pays concerné et mettre l'accent sur l'application concrète des connaissances acquises. Cela vaut aussi pour la formation continue.

66. Outre la formation technique spécifique, il faut absolument renforcer les capacités de gestion à tous les échelons. Il peut être nécessaire d'organiser une formation pratique dans les domaines de la planification et de la gestion des programmes, de l'évaluation, de l'utilisation de l'information, de la supervision, de l'établissement des budgets et de l'administration. Actuellement, la plupart des universités, institutions de nutrition et écoles techniques sont défaillantes sur ce plan.

67. La formation et le développement des ressources humaines au niveau communautaire sont aussi indispensables; ils peuvent porter sur diverses questions, comme la prise en charge et l'alimentation dans la famille, la surveillance de la croissance, l'emploi de technologies appropriées et l'amélioration de la transformation, de l'entreposage et de la manipulation des aliments. La formation doit répondre aux besoins des communautés et contribuer à les rendre plus autonomes.

68. Les gouvernements, soutenus dans certains cas par des institutions bilatérales ou multilatérales, doivent jouer un rôle de premier plan dans le développement des capacités techniques, administratives et de recherche qui sont nécessaires à tous les échelons pour résoudre les problèmes de nutrition à court et à long terme. La coopération entre gouvernements, donateurs, organismes d'assistance technique, universités, scientifiques, ONG et entreprises privées peut apporter une grande contribution à la mise en place et au renforcement des capacités de formation requises. Le développement de la formation et de l'enseignement au niveau régional et sous-régional peut être un moyen efficace et peu coûteux de répondre aux besoins.

Conclusions

69. La lutte contre les problèmes de nutrition est une immense entreprise, mais elle peut aboutir à condition que, dans le monde entier, les gouvernements, les collectivités locales, les ONG, le secteur privé et la communauté internationale, notamment les organisations internationales, s'y engagent et agissent de façon concertée. Dans de nombreux cas, le plus important est tout simplement d'inciter les planificateurs et décideurs à faire de l'amélioration de la condition humaine l'objectif fondamental du processus de développement.

70. Cela ne signifie pas que le développement économique soit sans importance, bien au contraire. On admet généralement aujourd'hui que la visée essentielle du développement doit être de donner aux populations, en particulier les plus pauvres et les plus défavorisées, l'environnement social et économique dont elles ont besoin pour pouvoir mener une vie saine. Pour cela, il faut réorienter les politiques et plans de développement de façon à privilégier le développement humain et notamment le bien-être nutritionnel. Cela requiert une volonté commune de donner aux gens la possibilité d'améliorer leur sort, tout en veillant à ce que les retombées du développement social et économique soient équitablement distribuées.

71. En raison de la diversité de la complexité des problèmes des pays en développement, on ne peut pas donner des recettes universellement applicables pour l'intégration d'objectifs nutritionnels dans les politiques et programmes de développement. Il faut les adapter aux besoins, caractéristiques et priorités des pays et régions. En outre, l'amélioration de l'état nutritionnel demande beaucoup de temps, en particulier lorsqu'elle nécessite une modification des attitudes et de comportements ou une action en direction de groupes difficiles d'accès.

72. Par-dessus tout, il faut que les pays prennent l'initiative et engagent des ressources pour formuler et mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux, s'ils veulent véritablement améliorer l'état nutritionnel de toute leur population et en particulier des plus pauvres. Cette action ne peut pas réussir sans une étroite coopération entre gouvernements, collectivités locales, organisations non gouvernementales et industries privées. Cependant, dans de nombreux cas, les pays en développement n'ont pas les ressources nécessaires. La communauté internationale peut à cet égard jouer un rôle clé en fournissant une assistance financière et technique pour soutenir les efforts nationaux. L'aide internationale peut favoriser un processus de développement équitable et protéger les pauvres contre les effets négatifs des programmes d'ajustement, par exemple en mettant en place des "filets de sécurité" ou par des mesures permettant de faire face aux conséquences des catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme. Les organisations internationales peuvent aussi jouer un rôle crucial en tant que catalyseurs, en fournissant une aide dans leur domaine de compétence. Il faut absolument donner aux gouvernements des pays en développement les ressources financières et techniques nécessaires, pour qu'ils puissent adopter et mettre en œuvre des politiques faisant du bien-être nutritionnel l'objectif fondamental du développement et susceptibles de mettre la sécurité alimentaire et la santé à la portée de tous.

Bibliographie du Chapitre cinq

- Becker, W. & Helsing, E., eds.** 1991. *Food and health data: their use in nutrition policy-making*. WHO regional publications. European series no. 34. Copenhagen.
- Berg, A.** 1987. *Malnutrition: what can be done? Lessons from World Bank experience*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press for the World Bank.
- BIDANI.** 1989. *The Barangay integrated development approach to nutrition improvement of the rural poor: a nutrition-in-development action-research project*. College of Human Ecology. University of the Philippines at Los Baños College. Laguna.
- Commission on Health Research for Development.** 1990. *Health research: essential link to equity in development*. Oxford, Oxford University Press.
- FAO.** 1990. Balanced diet: a way to good nutrition. FAO Seventeenth Regional Conference for Europe, Venice. (ERC/90/4)
- FAO/WHO.** 1992. Incorporating nutrition objectives into development programmes and policies: theme no. 8. *Major issues for nutrition strategies*. International Conference on Nutrition, Rome.
- Field, J.O.** 1987. Multisectoral nutrition planning: a post mortem. *Food Policy*, 12(1): 15-28.
- Gillespie, S. & Mason, J.B.** 1991. *Nutrition-relevant actions: some experiences from the eighties and lessons for the nineties*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 10. Geneva.
- Gwatkin, D., Wilcox, J. & Wray, J.** 1980. *Can health and nutrition interventions make a difference?* ODC monograph no. 13. Washington, DC.
- Jennings, J., Gillespie, S., Mason, J.B., Lotfi, M. & Scialfa, T., eds.** 1991. *Managing successful nutrition programmes*. ACC/SCN State-of-the-art series. Nutrition policy discussion paper no. 8. Geneva.
- Lipton, M. & De Kadt, E.** 1988. *Agriculture-health linkages*. Geneva, WHO.
- Lipton, M. & Longhurst, R.** 1989. *New seeds and poor people*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- WHO.** 1981. *International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Geneva.
- WHO.** 1986. *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva.
- WHO.** 1991. *Food and nutrition policy in Europe*. Report on a WHO Conference. Copenhagen.

W/Z9550/F

