



01

2017. Éthiopie.

Des agents de vulgarisation sanitaire dans le district de Simada Woreda, région d'Amhara.

© MCSP. Crédit photo : Karen Kasmauski

Un monde sans malnutrition : évaluation des progrès vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition

LES GRANDES LIGNES

- 1** Au rythme actuel des progrès, les cibles mondiales de nutrition ne seront pas atteintes d'ici à 2025 dans le monde et dans la plupart des pays.
- 2** La disponibilité des données et la progression des objectifs nutritionnels mondiaux varient considérablement d'un pays à l'autre. Seuls sept pays sont en passe d'atteindre quatre des six cibles en matière de nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant d'ici à 2025, tandis qu'aucun pays n'est en passe d'enrayer la progression de l'obésité chez l'adulte ou d'accomplir l'objectif de réduction relative de la consommation de sel/de sodium de 30 %.
- 3** La pandémie de COVID-19 entrave les progrès des objectifs mondiaux en matière de nutrition. On estime que 155 millions de personnes supplémentaires ont basculé dans l'extrême pauvreté à l'échelle mondiale, tandis que les résultats médicaux des personnes atteintes de maladies chroniques liées à l'alimentation empirent du fait de la COVID-19.

Introduction

L'une des fonctions essentielles du Rapport sur la Nutrition Mondiale est de s'appuyer sur les dernières données disponibles afin de fournir une vue d'ensemble de l'évolution de la malnutrition sous toutes ses formes, des progrès accomplis au niveau mondial, régional et national ainsi que des défis à relever d'urgence.

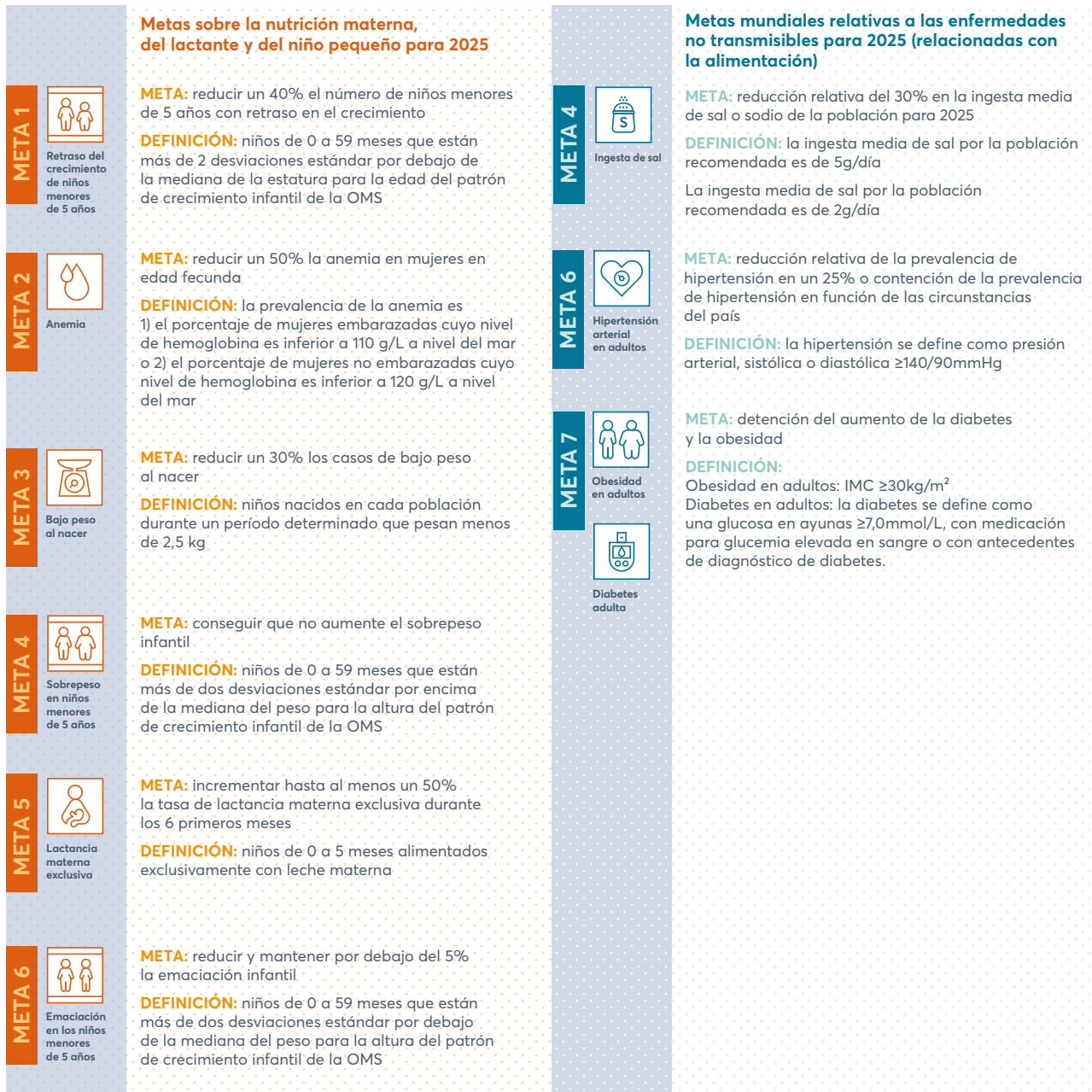
La malnutrition sous toutes ses formes est la principale cause de mauvaise santé dans le monde¹. Il ne reste que quatre ans pour atteindre les six cibles de la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant² – le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, le surpoids chez l'enfant, l'allaitement maternel exclusif – ainsi que les trois cibles facultatives liées à l'alimentation et aux maladies non transmissibles (MNT)³ : l'obésité et le diabète chez l'adulte⁴, l'hypertension artérielle et la consommation de sel/sodium. Afin d'éclairer les principales parties prenantes et de soutenir

les prises de décisions visant à combler les lacunes et éliminer progressivement la malnutrition sous toutes ses formes dans le monde, il est essentiel d'évaluer les progrès passés et actuels. Cette année, plus que jamais, et compte tenu du fait que 2021 a été proclamée Année d'action pour la nutrition⁵, il convient de prendre des mesures décisives en faveur de la nutrition et d'en suivre l'impact par le biais du Cadre de Responsabilité en matière de nutrition⁶. La pandémie actuelle de COVID-19 entrave la réalisation des objectifs mondiaux en matière de nutrition ainsi que des cibles 2.1 et 2.2 des objectifs de développement durable (ODD)^{7,8,9}. Des réponses à court et à long terme doivent être prises de toute urgence pour conserver les progrès réalisés à ce jour et remettre le monde sur la bonne voie (encadré 1.1 et encadré 2.2).

Ce chapitre rend compte des progrès accomplis dans la réalisation des cibles mondiales de nutrition et évalue la mesure dans laquelle ils peuvent être atteints d'ici à 2025 (figure 1.1).

FIGURE 1.1

Cibles mundiales de nutrition 2025 et définitions



Source : Pour en savoir plus, voir <https://apps.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>¹⁰ et www.who.int/publications/i/item/9789241506236¹¹.

Remarque : Des informations complémentaires et ventilées au niveau des pays sont disponibles sur le site Web du Rapport sur la Nutrition Mondiale dans la rubrique « Country Nutrition Profiles »¹². IMC = indice de masse corporelle.

Un monde sans malnutrition

Le *Rapport sur la Nutrition Mondiale 2020* a souligné la lenteur des progrès de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes¹³. De nouvelles données confirment que, malgré certaines réalisations et réussites partielles, le rythme actuel du changement ne permettra pas d'en atteindre les objectifs d'ici à 2025 dans la grande majorité des pays.

Le point de vue mondial

Les données les plus récentes montrent qu'un nombre inacceptable de personnes est encore touché par la malnutrition. Dans le monde, 20,5 millions de nouveau-nés (14,6 % de l'ensemble des naissances vivantes) ont un poids insuffisant à la naissance. Parmi les enfants de moins de 5 ans, un sur cinq souffre d'un retard de croissance (149,2 millions), 45,4 millions (6,7 %), d'émaciation, et 38,9 millions (5,7 %) sont en surpoids. En outre, 2,2 milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses (40,8 % des femmes et 40,4 % des hommes), 570,8 millions (29,9 %) de filles et de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont anémiques, 538,7 millions de personnes (8,9 % des femmes et 10,5 % des hommes) sont diabétiques et 1,2 milliard (19,9 % des femmes et 24 % des hommes) d'individus souffrent d'hypertension (figure 1.2).

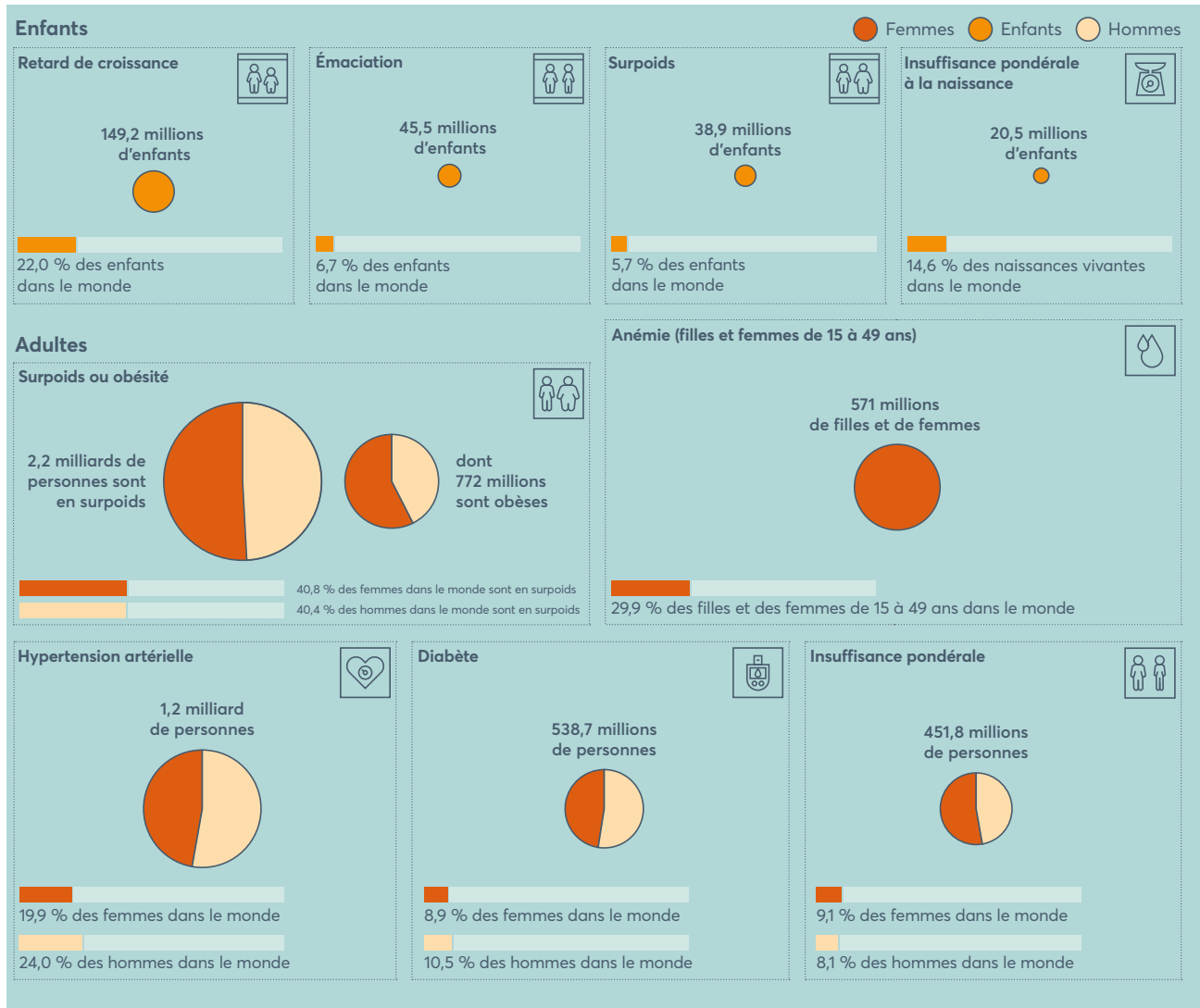
Le monde est en mauvaise voie pour atteindre cinq des six cibles relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ainsi que

toutes les cibles volontaires relatives aux MNT liées au régime alimentaire (figure 1.3)¹⁴. S'il est possible d'atteindre une prévalence de 50 % ou plus chez les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie d'ici à 2025, les progrès observés jusqu'à présent restent limités. La progression de l'ensemble des objectifs nutritionnels doit être considérablement accélérée. Les progrès actuels réalisés au regard de la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'émaciation ainsi que du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance sont insuffisants pour atteindre la cible de 2025. D'ici à 2025, le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance est estimé à 131 millions (27 millions de plus que la réduction prévue de 40 % du nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance), tandis que la prévalence de l'émaciation restera bien supérieure à l'objectif de 5 %. La prévalence de l'anémie chez les filles et les femmes en âge de procréer reste préoccupante : non seulement aucune réduction de la prévalence n'a été constatée, mais au contraire, d'ici à 2025, l'augmentation de la prévalence observée les années précédentes entraînera la production d'un taux de prévalence de plus de deux fois supérieur au taux cible convenu (31,2 % au lieu de 14,3 %). Le surpoids chez les enfants est également en augmentation, tout comme la prévalence de l'obésité chez les adultes (12,3 % chez les hommes et 16,2 % chez les femmes, contre 9,2 % et 13,2 % en 2010). Le diabète et l'hypertension artérielle sont également en hausse. L'apport quotidien moyen en sodium de la population est passé de 2,87 grammes en 2010 à 2,89 grammes en 2018.

FIGURE 1.2

Trop de personnes dans le monde souffrent de malnutrition

Nombre de personnes souffrant de différentes formes de malnutrition dans le monde, dernière année disponible



Source : UNICEF global databases Infant and Young Child Feeding (Bases de données mondiales du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (la dernière année disponible au moment de la rédaction de ce document était 2019), UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : Estimations conjointes de la malnutrition infantile (dernière année disponible : 2020), NCD Risk Factor Collaboration (projections de la dernière année disponible : 2019), Observatoire mondial de la santé de l'OMS (dernière année disponible : 2015).

Remarque : Les données sur le surpoids, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle chez les adultes concernent les personnes âgées de 18 ans et plus. L'obésité constitue une sous-catégorie du surpoids.

FIGURE 1.3

Le monde est en mauvaise voie pour atteindre cinq des six cibles relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et le jeune enfant ainsi que toutes les cibles volontaires relatives aux MNT liées à l'alimentation
 Progrès dans le monde vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition 2025



Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF et Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (dernière année disponible : 2019), UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : Estimations conjointes de la malnutrition infantile (dernière année disponible : 2020), NCD Risk Factor Collaboration (projections de la dernière année disponible : 2019), Observatoire mondial de la santé de l'OMS (dernière année disponible : 2015), Global Dietary Database (dernière année disponible : 2018).
Remarque : Les données sur le surpoids, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle chez les adultes concernent les personnes âgées de 18 ans et plus.

Actions requises pour lutter contre la malnutrition

Si l'une des priorités du Rapport sur la Nutrition Mondiale est de suivre les progrès accomplis en vue de réaliser les objectifs mondiaux en matière de nutrition, ces derniers ne désignent actuellement pas explicitement les régimes alimentaires de mauvaise qualité (à l'exception du sel/sodium) comme cause sous-jacente de la malnutrition sous toutes ses formes, y compris la sous-alimentation ainsi que l'obésité et les MNT liées au régime alimentaire : le « double fardeau » de la malnutrition. Les nouvelles analyses présentées dans ce rapport révèlent que les régimes alimentaires de mauvaise qualité chez les adultes sont responsables de plus de 281 millions d'années de vie perdues et de plus de 12 millions de décès évitables en 2018 (chapitre 2). Nous comprenons désormais plusieurs priorités alimentaires essentielles pour améliorer l'alimentation et la santé, dépassant les carences en micronutriments et la faim ou le surpoids, qui doivent être mises en lumière, ciblées et suivies afin de lutter contre toutes les formes de malnutrition.

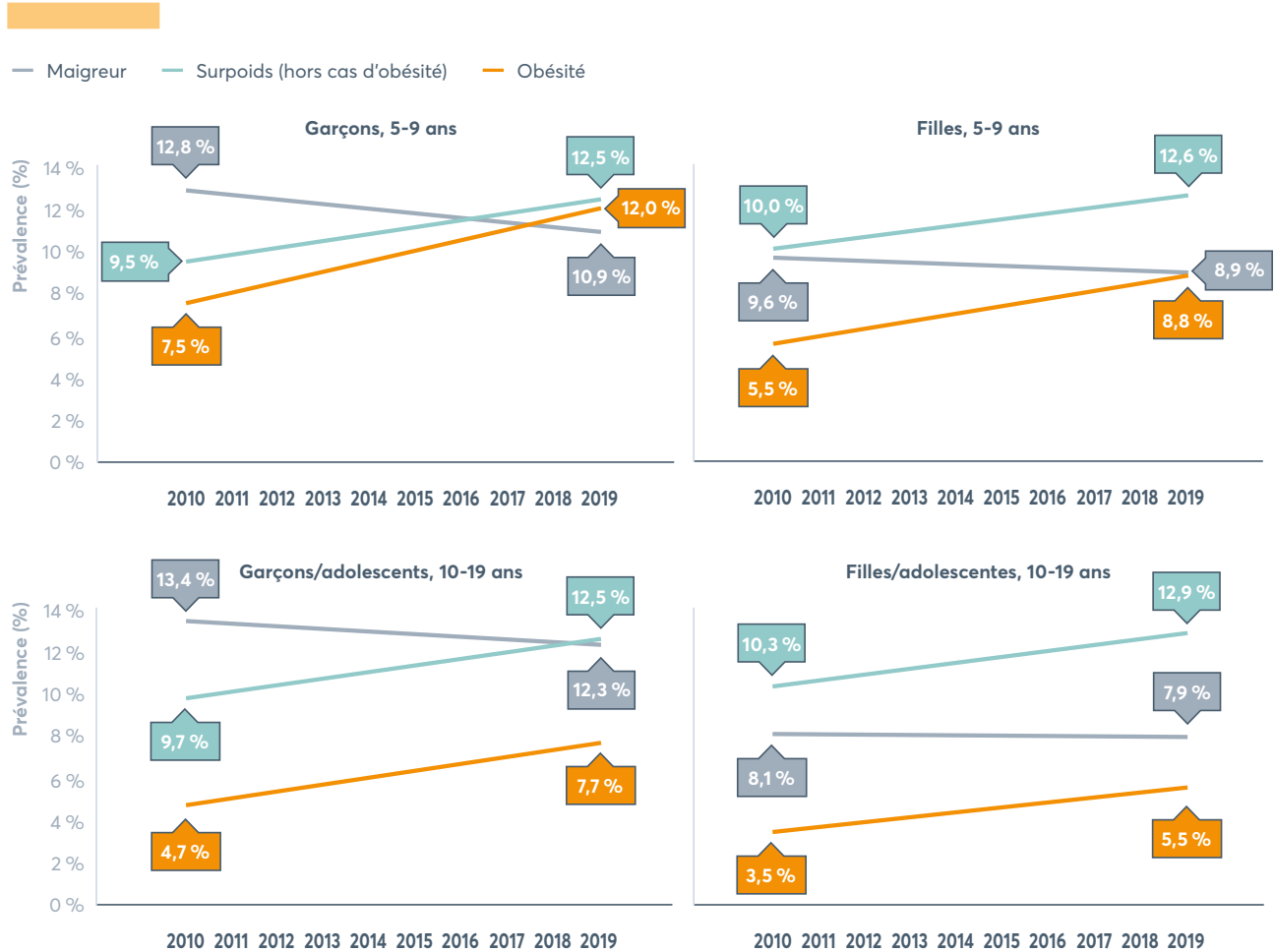
De même, les objectifs mondiaux actuels ne prennent pas explicitement en compte les groupes d'âge importants, principalement celui qui regroupe les enfants et les adolescents (âgés de 5 à 19 ans), qui sont pourtant particulièrement touchés par les régimes alimentaires de mauvaise qualité et la malnutrition qui en résulte. La prévalence du surpoids¹⁵ (y compris l'obésité) chez les enfants et les adolescents a augmenté dans le monde entier, passant de 17 % chez les garçons et 15,5 % chez les filles âgés de 5 à 9 ans, et de 14,4 % et 13,8 % respectivement chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) en 2010 à 24,5 % (garçons) et 21,4 % (filles) chez les enfants et 20,2 % (garçons) et 18,4 % (filles) chez les adolescents en 2019. Les données de 2019 montrent que la prévalence mondiale de la maigreur¹⁶ chez les enfants et les adolescents a légèrement diminué depuis 2010, passant de 12,8 % à 10,9 % chez les garçons et de 9,6 % à 8,9 % chez les filles (âgés de 5 à 9 ans) ainsi que de 13,4 % à 12,3 % chez les adolescents et de 8,1 % à 7,9 % chez les adolescentes (âgés de 10 à 19 ans) (figure 1.4).

L'absence de données sur les biomarqueurs du statut en micronutriments dans la population entrave également le suivi des carences en micronutriments, malgré leur importance en matière de santé et de développement. Une récente étude a conclu que les informations concernant la plupart des biomarqueurs du statut en micronutriments sont rares et souvent obsolètes¹⁷. Les quelques données disponibles indiquent néanmoins que les carences en micronutriments restent courantes et mettent en évidence la pauvreté des régimes alimentaires. La série de la revue scientifique médicale *The Lancet* de 2021 sur la sous-alimentation maternelle et infantile souligne par exemple la prévalence élevée de la carence en vitamine A en Afrique et en Asie du Sud, et avance que près de la moitié des enfants vivant dans les quelques pays disposant de données sont affectés par une carence en zinc¹⁸. De même, environ 60 % des enfants de moins de 5 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont anémiques (on retrouve les taux les plus élevés chez les enfants âgés de 6 à 24 mois). Peu d'évolutions ont été constatées à cet égard au cours de la dernière décennie¹⁹.

FIGURE 1.4

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents a augmenté dans le monde entier, sans que la prévalence de la minceur évolue de manière notable

Tendances de la prévalence standardisée par âge dans les catégories d'IMC chez les enfants et les adolescents (2010-2019), garçons et filles



Source : NCD Risk Factor Collaboration (estimations de 2010 à 2016, projections de 2017 à 2019).

Remarques : Les estimations de la prévalence (%) sont basées sur les estimations modélisées standardisées par âge pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans jusqu'en 2016 et projetées entre 2017 et 2019 sur la base de la population standard de l'OMS. La maigreur est définie comme étant inférieure à moins de deux écarts-types (< - 2 ET) de l'IMC-pour-l'âge médian de l'indice de référence de croissance de l'OMS, le surpoids (mais pas l'obésité) comme supérieur à un écart-type (> + 1 ET) et égal ou inférieur à deux écarts-types (≤ + 2 ET), et l'obésité comme supérieure à deux écarts-types (> + 2 ET). Pour en savoir plus, voir www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age.

Appel à l'action pour combler l'écart entre les progrès des pays

D'après l'évaluation des différents pays, les progrès réalisés au cours des dernières années sont insuffisants pour atteindre les objectifs nutritionnels mondiaux d'ici à 2025 dans presque tous les pays (figure 1.5a). Les données de 194 pays montrent d'importantes variations au regard de la disponibilité et de la qualité des données ainsi que des progrès des cibles mondiales de la nutrition (figure 1.5b)²⁰. Les taux d'anémie n'ont pas diminué ou ont augmenté dans 161 pays ; seul le Guatemala est en passe d'atteindre l'objectif visé. Les données les plus récentes montrent que 15 pays (12 en Europe et 3 en Asie) sont en passe d'atteindre l'objectif relatif à l'insuffisance pondérale à la naissance, 35 pays celui relatif à l'allaitement maternel exclusif, 53 pays celui relatif au retard de croissance, 57 pays celui relatif à l'émaciation et 105 pays celui relatif au surpoids chez l'enfant. Les données disponibles ne sont pas suffisamment nombreuses pour évaluer les progrès accomplis en matière d'allaitement exclusif dans 98 pays, d'émaciation dans 94 pays, d'insuffisance pondérale à la naissance dans 48 pays et de retard de croissance et de surpoids chez l'enfant dans 39 pays ; ces pays ne sont donc pas en mesure d'évaluer leurs progrès. Les seuls pays en voie d'atteindre quatre des six cibles relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant sont le Kenya, l'Eswatini, l'Arménie, le Salvador (surpoids infantile, retard de croissance, émaciation et allaitement exclusif), le Kazakhstan, le Turkménistan et l'Albanie (surpoids infantile, retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale à la naissance).

La deuxième préoccupation majeure qui ressort de cette étude est qu'aucun pays n'est en voie d'enrayer la progression de l'obésité chez les adultes, ni d'atteindre l'objectif de réduction relative de la consommation moyenne de sel/sodium de la population de 30 %. Sept pays (tous en Europe à l'exception de l'Australie) sont en passe d'atteindre l'objectif relatif au diabète et 23 (15 en Europe, 4 en Asie, 2 en Océanie, 1 en Amérique du Nord et 1 en Amérique du Sud) sont en passe d'atteindre l'objectif de réduction relative de l'hypertension artérielle chez les hommes et les femmes de 25 %.

Seuls six pays occidentaux à revenu élevé (l'Australie, le Danemark, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède) sont en passe d'atteindre les objectifs en matière de diabète et d'hypertension artérielle (pour les hommes et les femmes). Davantage de pays, pour une part cependant minoritaire, sont en passe d'atteindre les objectifs, pour les femmes uniquement, concernant le diabète (19 pays – 16 en Europe et 3 en Asie) et l'hypertension artérielle (45 pays, principalement en Asie et en Europe). Aucun pays de la région africaine n'est en passe d'atteindre l'un ou l'autre des objectifs fixés pour les MNT liées à l'alimentation. Oman figure parmi les pays les plus en retard dans la réalisation des objectifs mondiaux en matière de nutrition. Ses résultats n'ont pas progressé ou sont en baisse dans l'ensemble des objectifs (sauf pour l'hypertension artérielle chez les femmes). Il est talonné par l'Équateur (en bonne voie pour l'émaciation uniquement et aucune évaluation n'est disponible pour l'allaitement exclusif) et Trinité-et-Tobago (aucune évaluation n'est disponible pour l'émaciation et l'allaitement exclusif).

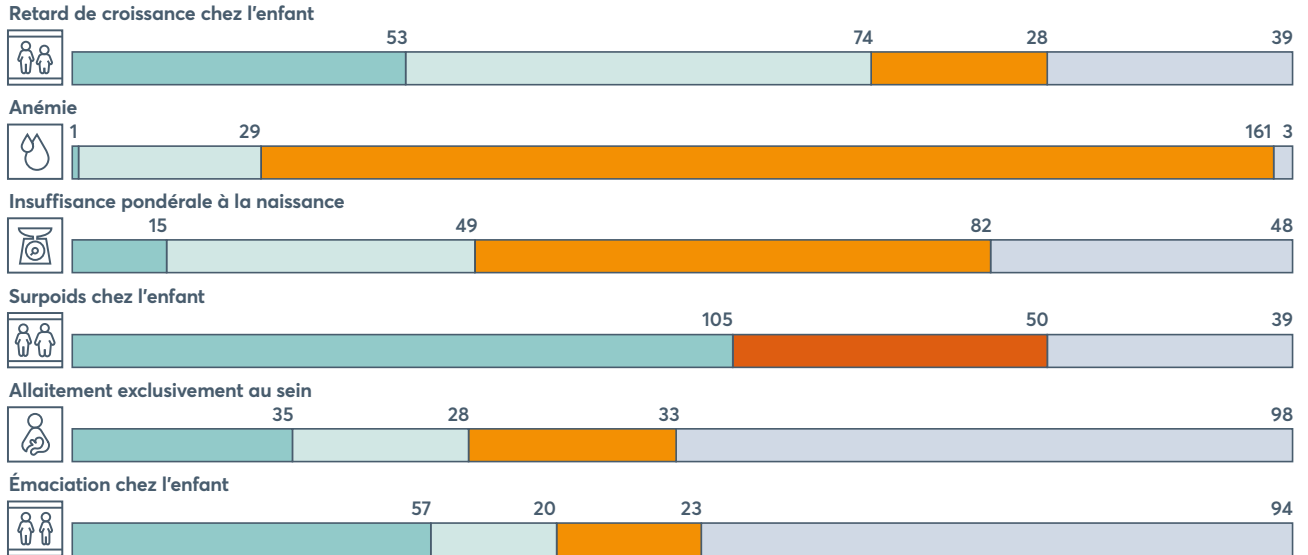
Pourtant, les progrès réalisés au niveau national peuvent cacher des tendances opposées dans certains sous-groupes spécifiques de la population ; par exemple, des données émergentes suggèrent que les taux d'allaitement maternel sont en baisse dans les milieux urbains²¹.

FIGURE 1.5A

Peu de pays dans le monde sont en bonne voie pour atteindre les cibles mondiales de nutrition d'ici à 2025
 Progrès au niveau des pays vers la réalisation des cibles mondiales de nutrition 2025, par indicateur

Indicateurs relatifs à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant

● En bonne voie ● Quelques progrès ● Aucun progrès ou recul ● En mauvaise voie ● Données non disponibles ou insuffisantes pour établir une évaluation



Indicateurs relatifs aux MNT liées au régime alimentaire

● En bonne voie ● En mauvaise voie ● Données non disponibles ou insuffisantes pour établir une évaluation



Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF et Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (dernière année disponible : 2019), UNICEF/OMS/Groupe de la Banque mondiale : Estimations conjointes de la malnutrition infantile (dernière année disponible : 2020), NCD Risk Factor Collaboration (projections de la dernière année disponible : 2019), Observatoire mondial de la santé de l'OMS (dernière année disponible : 2015), Global Dietary Database (dernière année disponible : 2018).
Remarques : La disponibilité des données et la méthodologie diffèrent selon les cibles. Les données relatives aux indicateurs sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, à l'exception de l'anémie et de l'insuffisance pondérale à la naissance, sont fondées sur des enquêtes qui couvrent principalement les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur. Aucune donnée n'est donc disponible pour les pays à revenu intermédiaire supérieur et à revenu élevé. Bien que des données relatives à l'anémie, à l'insuffisance pondérale à la naissance ainsi qu'à l'ensemble des indicateurs de maladies non transmissibles soient disponibles pour tous les pays, elles sont fondées sur des estimations modélisées et normalisées par âge sur la base de la population standard de l'OMS, qui peut différer des enquêtes nationales.

ENCADRÉ 1.1

Le besoin urgent d'agir pour atténuer les effets de la COVID-19 sur la sous-alimentation chez la mère et l'enfant

Saskia Osendarp

Si les pays ne prennent pas de mesures décisives en matière de nutrition, la pandémie de COVID-19 devrait avoir d'importantes répercussions à court et à long terme sur la sous-alimentation des mères et des enfants (retard de croissance, émaciation, anémie). Selon les estimations, la COVID-19 a fait basculer 155 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté à l'échelle mondiale, et on prévoit qu'environ 118 millions de personnes supplémentaires souffriront de la faim en 2020 par rapport à 2019 en raison des effets combinés de la pandémie, des conflits persistants et du changement climatique²². À ces défis s'ajoute le fait que le nombre d'interventions spécifiques à la nutrition, au lieu d'augmenter, diminue. L'UNICEF a fait état d'une réduction globale de 40 % de la prise en charge des services nutritionnels essentiels d'ici à 2020.

Les défis relatifs à la COVID-19 compliquent la collecte de données concernant l'impact total de la pandémie sur la sous-alimentation maternelle et infantile. Nous nous sommes donc appuyés sur des recherches basées sur des scénarios modélisés pour en obtenir un aperçu. Le consortium Standing Together for Nutrition (ST4N) a utilisé un ensemble d'outils de modélisation pour estimer les effets conjoints des perturbations de l'économie, de l'alimentation et des systèmes de santé induites par la pandémie sur diverses formes de sous-alimentation maternelle et infantile dans 118 pays à revenu faible ou intermédiaire. Des projections ont été établies pour trois années (2020, 2021 et 2022) selon trois différents scénarios portant sur l'évolution de la pandémie, les efforts d'atténuation et les prévisions économiques²³.

Compte tenu de l'accélération de la pandémie dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire en 2021 et en l'absence de nouvelles mesures pour y remédier, son impact réel pourrait être plus proche du scénario le plus pessimiste, dans lequel 13,6 millions d'enfants supplémentaires seraient touchés par l'émaciation (modéré, 9,3 millions ; optimiste, 6,4 millions), 3,6 millions d'enfants supplémentaires souffriraient d'un retard de croissance (modéré, 2,6 millions ; optimiste, 1,5 million) et 283 000 autres enfants mourraient (modéré, 168 000 ; optimiste, 47 000) d'ici à 2022. On prévoit 4,8 millions de cas supplémentaires d'anémie maternelle (modéré, 2,1 millions ; optimiste, 1 million) et 3 millions de bébés supplémentaires nés de femmes présentant un faible IMC (modéré, 2,1 millions ; optimiste, 1,4 million) d'ici à 2022.

Les résultats du modèle ST4N ont été extrapolés pour 118 pays afin d'estimer l'impact potentiel de l'augmentation relative similaire de la sous-alimentation dans l'ensemble des 135 pays à revenu faible ou intermédiaire. Le scénario pessimiste, compte tenu de cette extrapolation, prévoit que 16,3 millions d'enfants supplémentaires (11,2 millions d'enfants dans le scénario modéré) seraient touchés par l'émaciation entre 2020 et 2022. Toujours selon ce scénario pessimiste, le rapport de 2021 sur *l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde* prévoit que 4,5 millions d'enfants supplémentaires souffriront d'un retard de croissance (3,4 millions dans le scénario modéré) en 2022²⁴.

ENCADRÉ 1.2

Les effets interconnectés des pandémies de COVID-19 et d'obésité soulignent une fois de plus la nécessité d'améliorer la nutrition dans le monde entier

Dariush Mozaffarian

Dans plusieurs nations, les maladies cardiométaboliques chroniques liées au régime alimentaire sont les principaux facteurs de risque – en dehors de l'âge – de l'aggravation des effets de la COVID-19, y compris d'hospitalisation et de décès^{25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}. En Chine, par exemple, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et le diabète étaient deux à trois fois plus fréquents chez les cas graves que chez les cas non graves de COVID-19³⁵. Aux États-Unis, une personne de 35 ans souffrant d'une ou de plusieurs maladies cardiométaboliques liées au régime alimentaire présentait un risque d'hospitalisation pour cause de COVID-19 similaire à celui d'une personne de 75 ans ne souffrant d'aucune de ces maladies : un effet dramatique du vieillissement biologique dû à une mauvaise santé métabolique³⁶. En somme, on estime que 63,5 % des hospitalisations liées à la maladie à COVID-19 aux États-Unis sont attribuables à quatre maladies cardiométaboliques, la plus grande partie étant due à l'obésité (30,2 %) ³⁷. Les maladies chroniques liées au régime alimentaire sont associées à la diminution des réponses immunitaires innées et adaptatives^{38,39,40,41}. En outre, la COVID-19 affecte non seulement les poumons, mais aussi les cellules endothéliales vasculaires, causant ainsi une inflammation focale et systématique⁴². Les conditions cardiométaboliques liées à l'alimentation ont en commun une pathophysiologie fondamentale de dysfonctionnement endothélial et d'inflammation chronique^{43,44,45}. En somme, la COVID-19 peut être considérée comme une « pandémie additionnelle » au vu de la superposition de la pandémie à croissance rapide du virus à la pandémie mondiale à croissance lente, mais non moins dévastatrice, d'obésité et de diabète de type 2 au cours des 30 dernières années. Enfin, non seulement la mauvaise santé métabolique contribue à aggraver les effets de la COVID-19, mais des preuves émergentes indiquent que l'insécurité nutritionnelle causée par la pandémie a contribué à l'appauvrissement de l'alimentation et augmenté la fréquence des prises de poids néfastes pour la santé⁴⁶. Ces liens avec la COVID-19 mettent en évidence les lourdes charges sociétales ainsi que l'amenuisement de la résilience de la population causés par les maladies chroniques liées à l'alimentation.

Conclusion

Les progrès réalisés jusqu'à présent par la plupart des pays du monde dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes sont insuffisants pour atteindre les cibles mondiales de nutrition d'ici à 2025. Dans le monde, environ 149,2 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, 45,4 millions souffrent d'émaciation et 38,9 millions sont en surpoids ; 570,8 millions de filles et de femmes en âge de procréer sont anémiques. Environ 2,2 milliards d'adultes sont en surpoids ou obèses, 1,2 milliard d'adultes souffrent d'hypertension artérielle et 538,7 millions, de diabète – des chiffres effarants. Seuls sept pays sont en voie d'atteindre quatre des six cibles relatives à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, tandis qu'aucun pays n'est en mesure d'enrayer la progression de l'obésité chez les adultes et de réduire la consommation de sel/sodium. Seuls six pays (tous à revenu élevé) sont en passe d'atteindre l'objectif de réduction de l'hypertension artérielle et d'enrayer le diabète. Au cours des deux dernières années, la pandémie de COVID-19, dont les impacts directs et indirects ne sont pas encore totalement connus, a considérablement entravé l'effort mondial d'élimination de la malnutrition

sous toutes ses formes. Environ 118 millions de personnes supplémentaires souffriront de la faim en 2020 par rapport à 2019, tandis que jusqu'à 13,6 millions d'enfants de moins de cinq ans supplémentaires devraient souffrir d'émaciation d'ici à 2022 en raison des effets combinés de la pandémie et des conflits persistants, du changement climatique ainsi que de la réduction de la prise en charge des services nutritionnels essentiels. Dans le même temps, l'accroissement de l'incidence de la COVID-19 chez les personnes atteintes de maladies cardiométaboliques chroniques liées au régime alimentaire souligne une fois de plus la nécessité d'améliorer la nutrition dans le monde entier. Le manque de données retarde l'évaluation des progrès, tandis que l'absence de ciblage explicite des régimes alimentaires compromet la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Des réponses à court et à long terme sont requises de toute urgence pour conserver les progrès réalisés à ce jour et remettre le monde sur la bonne voie. Cette année 2021 a été désignée Année d'action pour la nutrition. Elle marque un tournant pour la nutrition et un moment crucial pour toutes les parties prenantes, qui doivent prendre des engagements forts pour remporter la lutte contre les régimes alimentaires de mauvaise qualité ainsi que la malnutrition sous toutes ses formes.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- ▶ **Les progrès réalisés dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes sont insuffisants pour atteindre les cibles mondiales de nutrition d'ici à 2025. Des mesures décisives en matière de nutrition sont requises – elles doivent en outre être appuyées par un cadre mondial de responsabilité.**

Pour remporter la lutte contre les mauvaises habitudes alimentaires et la malnutrition sous toutes ses formes, les parties prenantes doivent de toute urgence redoubler d'efforts et prendre des mesures en la matière. Le Cadre de Responsabilité en matière de nutrition a été mis en place par le Rapport sur la Nutrition Mondiale afin de définir des exigences SMART sur le suivi des engagements en matière de nutrition et de déterminer la mesure dans laquelle ils peuvent être traduits en impacts.

- ▶ **Nous avons besoin de données de meilleure qualité et comparables dans la plupart des pays afin de suivre et d'évaluer les progrès réalisés dans la lutte contre les régimes alimentaires de mauvaise qualité et la malnutrition.**

Le Rapport sur la Nutrition Mondiale réaffirme la nécessité que les pays collectent et mettent à disposition des données de meilleure qualité et plus détaillées afin d'éclairer les prises de décisions au niveau national et local ; à la lumière de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la nutrition, on ne peut l'envisager autrement. Nous avons besoin de réponses à court et à long terme de toute urgence afin de conserver les progrès réalisés à ce jour et de remettre les pays sur la bonne voie.

- ▶ **Au vu du rôle essentiel des régimes alimentaires dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes, il convient d'élargir le ciblage mondial de la nutrition afin de suivre la progression des principales cibles d'amélioration des régimes alimentaires et sanitaires qui favorisent l'accroissement des carences en micronutriments, la faim ou le surpoids.**

Il est urgent que les organismes internationaux, les pays et l'ensemble des parties prenantes reconnaissent, ciblent et suivent les régimes alimentaires de mauvaise qualité afin de garantir l'accélération de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes.

NOTES DE FIN DE TEXTE

Résumé

- 1 Selon la « Global Dietary Database », 2021.
- 2 Régimes alimentaires sains et durables recommandés élaborés par la commission EAT-Lancet sur les régimes alimentaires sains issus de systèmes alimentaires durables.
- 3 Nutrition pour la croissance (N4G) est une initiative mondiale qui rassemble toutes les parties prenantes, dont des gouvernements nationaux, des donateurs, des entreprises et des organisations de la société civile dans le but d'accélérer les progrès en matière de lutte contre les régimes alimentaires de mauvaise qualité et toutes les formes de malnutrition. Le Rapport sur la nutrition mondiale a été conçu pour la première fois à la suite du premier sommet N4G en 2013, en tant que mécanisme visant à suivre chaque année les engagements pris par 100 parties prenantes englobant des gouvernements, des donateurs d'aide, des organisations de la société civile, des organismes des Nations Unies et des entreprises. Le rapport évalue également la façon dont ces engagements se traduisent en impacts et continue d'exercer ce rôle à ce jour.
- 4 SMART : spécifique, mesurable, réalisable, pertinent et défini dans le temps.

Chapitre 1

- 1 Swinburn BA, *et al.*, « The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: *The Lancet* Commission report ». *The Lancet*, 2019 ; 393(10173) : 791-846 (doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
- 2 Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition (www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025).
- 3 Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: indicator definitions and specifications (www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).
- 4 Le Rapport sur la Nutrition Mondiale évalue séparément les progrès de ces indicateurs étant donné que la cible 7 des MNT liées à l'alimentation concerne à la fois l'obésité et le diabète. Cette évaluation porte sur un total de dix indicateurs et neuf cibles. Dans le texte, nous faisons référence à neuf cibles et/ou dix indicateurs.
- 5 Pour en savoir plus sur l'Année d'action pour la nutrition, consultez le site : www.nutritionforgrowth.org/nutrition-year-of-action-launch-event-recap/
- 6 Le Cadre de Responsabilité en matière de nutrition s'accompagne de tout un éventail d'orientations et d'informations visant à soutenir l'adoption d'engagements SMART par toutes les parties prenantes, dont les gouvernements, les donateurs, les organisations de la société civile, les entreprises et autres. Il contribue à éclairer, influencer et inspirer des engagements forts en matière de nutrition au moyen de méthodes complètes permettant de qualifier, classer et déclarer les actions en matière de nutrition, ainsi que de suivre la façon dont ces actions se traduisent en impact. Ce processus est facilité par le partage transparent et accessible d'informations, de données probantes et de bonnes pratiques permis par le Cadre de Responsabilité en matière de nutrition. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/resources/naf/
- 7 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. UN/DESA Policy Brief #81: Impact of COVID-19 on SDG progress: a statistical perspective. 27 août 2020 (www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-81-impact-of-covid-19-on-sdg-progress-a-statistical-perspective/).
- 8 Le Rapport sur la Nutrition Mondiale 2020 dans le contexte de la Covid-19. Rapport sur la Nutrition Mondiale 2020 : Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/2020-global-nutrition-report-context-covid-19/
- 9 Mark HE, Dias da Costa G, Pagliari C, Unger SA. « Malnutrition: the silent pandemic ». *BMJ*, 2020 ; 371: m4593 (doi:10.1136/bmj.m4593).
- 10 Organisation mondiale de la Santé. Cibles mondiales de nutrition 2025. Notes d'orientation. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
- 11 Organisation mondiale de la Santé. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020*. Genève : OMS, 2013. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/publications/i/item/9789241506236
- 12 Rapport sur la Nutrition Mondiale – Country Nutrition Profiles. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles
- 13 Rapport sur la Nutrition Mondiale 2020 : Agir sur l'équité pour mettre fin à la malnutrition. Bristol, Royaume-Uni : Development Initiatives. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/
- 14 Voir la méthodologie. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/methodology/

- 15 Selon la définition de l'OMS : pourcentage de la population définie des enfants et les adolescents d'âge scolaire présentant un IMC supérieur à 1 écart-type au-dessus de la médiane.
- 16 Selon la définition de l'OMS : pourcentage de la population définie des enfants et les adolescents d'âge scolaire présentant un IMC inférieur à 2 écarts-types en dessous de la médiane.
- 17 Brown KH, Moore SE, Hess SY, *et al.*, « Increasing the availability and utilisation of reliable data on population micronutrient (MN) status globally: the MN Data Generation Initiative ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2021 ; 114(3) : 862–70 (doi : 10.1093/ajcn/nqab173 ; PMID : 34036318 ; PMCID : PMC8408880).
- 18 Victora CG, *et al.*, « Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda ». *The Lancet*, 2021 ; 397(10282):1388–99.
- 19 Zlotkin S, Dewey KG. « Perspective: putting the youngest among us into the nutrition "call for action" for food fortification strategies ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2021 (nqab207, doi.org/10.1093/ajcn/nqab207).
- 20 Téléchargez notre guide pays par pays pour découvrir quels pays sont en bonne voie pour atteindre les cibles mondiales en matière de nutrition d'ici à 2025 et ceux dans lesquels les progrès sont trop lents. Disponible à l'adresse suivante : www.globalnutritionreport.org/documents/720/Fig-1.5b_Country-level_progress_towards_the_global_nutrition_targets_by_indicator.pdf
- 21 Victora CG, Bahl R, Barros AJD, *et al.*, « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect ». *The Lancet*, 2016 ; 387(10017) : 475–90 (doi:10.1016/s0140-6736(15)01024-7).
- 22 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Fonds international de développement agricole, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme alimentaire mondial, Organisation mondiale de la Santé. *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde. Transformer les systèmes alimentaires pour que la sécurité alimentaire, une meilleure nutrition et une alimentation saine et abordable soient une réalité pour tous*. FAO, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.4060/cb4474fr>.
- 23 Osendarp S, Akuoku JK, Black RE, *et al.*, « The COVID-19 crisis will exacerbate maternal and child undernutrition and child mortality in low- and middle-income countries ». *Nature Food*, 2021 ; Disponible à l'adresse suivante : www.nature.com/articles/s43016-021-00323-8.
- 24 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2021. *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde : Transformer les systèmes alimentaires pour que la sécurité alimentaire, une meilleure nutrition et une alimentation saine et abordable soient une réalité pour tous*. Rome. FAO. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fao.org/publications/sofi/2021/fr/>.
- 25 Petrilli CM, Jones SA, Yang J, *et al.*, « Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study ». *BMJ*, 2020 ; 369 : m1966.
- 26 Zhou F, Yu T, Du R, *et al.*, « Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study ». *The Lancet*, 2020 ; 395(10229) : 1054–62.
- 27 Docherty AB, Harrison EM, Green CA, *et al.*, « Features of 16,749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol ». *MedRxiv*, 2020 ; 2020.2004.2023.20076042.
- 28 Yang X, Yu Y, Xu J, *et al.*, « Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study ». *The Lancet Respiratory Medicine*, 24 février 2020.
- 29 Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, *et al.*, « Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China ». *The New England Journal of Medicine*, 2020 ; 382 : 1708–20 (doi: 10.1056/NEJMoa2002032).
- 30 Zhang JJ, Dong X, Cao YY, *et al.*, « Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China ». *Allergy*, 19 février 2020.
- 31 Onder G, Rezza G, Brusaferro S. « Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy ». *JAMA*, 2020 ; 323(16) : 1619 (doi: 10.1001/jama.2020.6122).
- 32 Li B, Yang J, Zhao F, *et al.*, « Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China ». *Clinical Research in Cardiology*, 2020 ; 109(5) : 531–8.
- 33 Arentz M, Yim E, Klaff L, *et al.*, « Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State ». *JAMA*, 2020 ; 323(16) :1612–14 (doi:10.1001/jama.2020.4326).
- 34 Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, *et al.*, « Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area ». *JAMA*, 2020 ; 323(20) : 2052–9 (doi:10.1001/jama.2020.6775).
- 35 Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, *et al.*, « Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China ». *The New England Journal of Medicine*, 2020 ; 382 : 1708–20 (doi: 10.1056/NEJMoa2002032).
- 36 Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, *et al.* Coronavirus disease 2019 case surveillance – United States, January 22 – May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Report* 2020 ; 69 : 759–65.
- 37 O'Hearn M, Liu J, Cudhea F, Micha R, Mozaffarian D. « Coronavirus disease 2019 hospitalizations attributable to cardiometabolic conditions in the United States: a comparative risk assessment analysis ». *Journal of the American Heart Association*. 2021 ; 10(5): e019259.
- 38 Geerlings SE, Hoepelman AI. « Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM) ». *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 1999. 26(3–4) : 259–65.

- 39 Zhang Y, Bauersachs J, Langer HF. « Immune mechanisms in heart failure ». *European Journal of Heart Failure*, 2017 ; 19(11) : 1379–89.
- 40 Andersen CJ, Murphy KE, Fernandez ML. « Impact of obesity and metabolic syndrome on immunity ». *Advances in Nutrition* (Bethesda, Md.), 2016 ; 7(1) : 66–75.
- 41 Singh MV, Chapleau MW, Harwani SC, Abboud FM. « The immune system and hypertension ». *Immunologic Research*, 2014. 59(1–3) : 243–53.
- 42 Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, *et al.*, « Pulmonary vascular endothelialitis, thrombosis, and angiogenesis in Covid-19 ». *The New England Journal of Medicine*, 21 mai 2020.
- 43 Schmidt FM, Weschenfelder J, Sander C, *et al.* « Inflammatory cytokines in general and central obesity and modulating effects of physical activity ». *PLoS One*, 2015 ; 10(3): e0121971.
- 44 McCallister JW, Adkins EJ, O'Brien JM, Jr. « Obesity and acute lung injury ». *Clinics in Chest Medicine*, 2009 ; 30(3): 495–viii.
- 45 Calle MC, Fernandez ML. « Inflammation and type 2 diabetes ». *Diabetes & Metabolism*, 2012 ; 38(3): 183–91.
- 46 Hawkes C, Squires CG. « A double-duty food systems stimulus package to build back better nutrition from COVID-19 ». *Nature Food*, 2021 ; 2 : 212–14 (doi.org/10.1038/s43016-021-00260-6).

Chapitre 2

- 1 Willett W, Rockström J, Loken B, *et al.*, « Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems ». *The Lancet*, 2019 ; 393: 447–92.
- 2 GIEC. *Changement climatique et terres émergées : Rapport spécial du GIEC sur le changement climatique, la désertification, la dégradation des sols, la gestion durable des terres, la sécurité alimentaire et les flux de gaz à effet de serre dans les écosystèmes terrestres*. GIEC, 2019.
- 3 Afshin A, Sur PJ, Fay KA, *et al.*, « Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 ». *The Lancet*, 2019 ; 393: 1958–72 (doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8).
- 4 Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, *et al.*, « Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 ». *The Lancet*, 2020 ; 396: 1223–49.
- 5 Springmann M, Clark M, Mason-D'Croz D, *et al.*, « Options for keeping the food system within environmental limits ». *Nature*, 2018 ; 562: 519–25.
- 6 Willett WC, Stampfer MJ, « Current evidence on healthy eating ». *Annual Review of Public Health*, 2013 ; 34: 77–95.
- 7 Mozaffarian D, Appel LJ, Horn LV, « Components of a cardioprotective diet ». *Circulation*, 2011 ; 123: 2870–91.
- 8 Katz DL, Meller S, « Can we say what diet is best for health? ». *Annual Review of Public Health*, 2014 ; 35: 83–103.
- 9 Springmann M, Wiebe K, Mason-D'Croz D, Sulser TB, Rayner M, Scarborough P, « Health and nutritional aspects of sustainable diet strategies and their association with environmental impacts: a global modelling analysis with country-level detail ». *The Lancet Planetary Health*, 2018 ; 2: e451–61.
- 10 Wang DD, Li Y, Afshin A, *et al.*, « Global improvement in dietary quality could lead to substantial reduction in premature death », *Journal of Nutrition*, 2019 ; 149: 1065–74.
- 11 Satija A, Yu E, Willett WC, Hu FB, « Understanding nutritional epidemiology and its role in policy ». *Advances in Nutrition*, 2015 ; 6: 5–18.
- 12 Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C, *et al.*, « Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies ». *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2019 ; 59: 1071–90.
- 13 Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM, *et al.*, « Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies ». *European Journal of Epidemiology*, 2017 ; 32: 363–75.
- 14 Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, *et al.*, « Food groups and risk of colorectal cancer ». *International Journal of Cancer*, 2018 ; 142: 1748–58.
- 15 Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, *et al.*, « Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE) ». *PLOS One*, 2017 ; 12: e0175149.
- 16 Fonds mondial de recherche contre le cancer/American Institute for Cancer Research. *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective*. Rapport de mise à jour continue des experts du projet. Fonds mondial de recherche contre le cancer, 2018.
- 17 Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ, « Dairy products and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies ». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013 ; 98: 1066–83.