

# Note technique concernant la page de statistique

17/01/14

## 1. Définition des données et des indicateurs

### 1.1 Données démographiques pour des groupes de population

Données	Définition
<b>Population nationale</b>	La population totale d'un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
<b>Enfants de moins de 5 ans</b>	Population totale des enfants de moins de 5 ans dans un pays donné sur la base des estimations de la Division de la population des Nations Unies
<b>Adolescentes</b>	Population totale féminine entre 15 et 19 ans dans un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
<b>Nombre moyen de naissances</b>	Le nombre annuel moyen d'enfants nés dans un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
<b>Taux de croissance de la population</b>	Vitesse à laquelle le nombre d'individus dans une population augmente dans une période de temps donnée en tant que fraction de la population totale initiale.

#### Source de données :

Perspectives de la population mondiale : révision de 2012, 2013, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.

La révision de 2012 des Perspectives de la population mondiale est la vingt-troisième série d'estimations et de projections démographiques mondiales réalisées par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies. Les perspectives de la population mondiale sont largement utilisées à travers l'Organisation des Nations Unies et de nombreux centres de recherche, organisations internationales, chercheurs universitaires et médias.

### 1.2 Cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS 65.6)

Indicateur	Définition	Cible AMS
<b>Faible poids de naissance</b>	Pourcentage de naissances vivantes pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.	Réduction de 30 % du faible poids à la naissance en 2025
<b>Allaitement maternel exclusif</b>	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein.	Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois jusqu'à au moins 50 % d'ici 2025
<b>U5 Retard de croissance</b>	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont en dessous de moins deux (modéré et sévère) et en dessous de moins trois (sévére) écarts-types de la hauteur médiane par rapport à leur âge selon les normes OMS de croissance de l'enfant.	Réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans victimes du retard de croissance en 2025
<b>U5 Émaciation</b>	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont en dessous de moins deux (modérée et sévère) et de moins trois (sévére) écarts types du poids moyen pour la hauteur par rapport aux normes OMS de croissance de l'enfant.	Réduire et maintenir l'émaciation de l'enfant à moins de 5 % d'ici 2025
<b>U5 Surpoids</b>	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont au-dessus de deux écarts-types (modéré et sévère) du poids moyen pour l'âge par rapport aux normes OMS de croissance de l'enfant.	Aucune augmentation du surpoids chez les enfants d'ici 2025

**Remarque :**

- 1) En raison de la limitation des données, l'indicateur d'anémie chez les femmes en âge de procréer n'a pas été inclus dans le présent rapport.

Lien vers le site web : [http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/)

- 2) Les méthodologies et processus sous-jacents des estimations conjointes UNICEF-OMS-Banque mondiale sont présentés dans le Budget des dépenses mixte pour la malnutrition des enfants de 2012, nouvellement mis à jour dans la version 2013. Estimations anthropométriques représentatives au niveau national, incluses dans l'Ensemble de données conjointes régulièrement mises à jour, après le processus d'examen par chaque organisme et après accord collectif.
- 3) Dans un effort pour maintenir une série chronologique cohérente des données anthropométriques comparables au niveau international, une partie de ce processus d'harmonisation du calcul des moyennes régionales et mondiales et la réalisation des analyses de tendance exigent que toutes les estimations de prévalence relatives à l'anthropométrie soient calculées de nouveau en utilisant un algorithme standard. Cet algorithme a été programmé dans le logiciel et les macros Anthro de l'OMS, examiné par MEASURE DHS et l'UNICEF. En outre, d'autres institutions [par exemple le CDC (Centers for Disease Control) des États-Unis] ont intégré l'algorithme standard dans leur processus d'analyse d'enquête nutritionnelle. Dans les pays où les données anthropométriques sont recueillies dans le cadre d'une enquête démographique et de santé (EDS) ou de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS), soit les données brutes sont accessibles au public, soit les programmes de traitement de données d'enquête intègrent déjà l'algorithme de l'OMS, ou les deux alternatives. Dans les pays où les données anthropométriques sont collectées par une enquête nationale sur la nutrition (ou un autre type d'enquête) et analysées en utilisant un algorithme différent, un nouveau calcul de la prévalence relative à l'anthropométrie est souvent nécessaire pour faire des estimations comparables entre les pays et au fil du temps.

### 1.3 Pratiques d'alimentation de nourrissons et de jeunes enfants

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>Régime alimentaire minimum acceptable et niveau minimum de diversification de l'alimentation (3 ANJE)</b>	<p>Pourcentage de jeunes enfants de 6 à 23 mois ayant bénéficié des trois pratiques clés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en conformité avec les directives de l'Organisation mondiale de la Santé, le jour d'avant <sup>1</sup>:</p> <p>Pour les enfants allaités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'alimentation des nourrissons de 6 à 8 mois ≥ deux fois et des jeunes enfants de 9 à 23 mois ≥ trois fois avec des aliments solides, semi-solides ou mous</li> <li>• L'alimentation avec des aliments provenant de quatre ou plus des sept groupes d'aliments</li> </ul> <p>Pour les enfants non allaités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ deux fois d'alimentation au lait, ≥ quatre fois avec des aliments solides, semi-solides ou mous ou les aliments laitiers</li> <li>• Alimentation avec des aliments provenant de quatre ou plus de six groupes d'aliments</li> </ul>	<p>Outre le lait maternel, un régime est acceptable s'il contient la diversité minimale de régime et la fréquence des repas minimale (ainsi que le minimum de repas de lait pour les enfants non allaités).</p> <p>Un régime alimentaire acceptable est essentiel pour assurer une croissance appropriée et le développement d'un jeune enfant dans la période clé allant de 6 à 23 mois quand ils sont plus vulnérables à la malnutrition, la morbidité et la mortalité.</p> <p>Il existe des preuves solides que l'alimentation complémentaire appropriée réduit l'incidence du retard de croissance.<sup>2</sup></p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 avaient permis de prouver les effets significatifs de <i>l'éducation nutritionnelle sur les populations sécurisées sur le plan alimentaire en l'occurrence</i> : une augmentation de la taille [Différence moyenne standard (SMD) de 0,35, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,08 à 0,62] ; une augmentation de la taille-pour-âge [Risque relatif (RR) de 0,34, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,21 à 0,54] et une augmentation de poids [Différence moyenne standard (SMD) de 0,40, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit</p>
<b>Alimentation complémentaire avec</b>	<p>Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois nourris aux aliments appartenant à quatre ou plus des sept</p>	

<sup>1</sup> Système d'information sur le paysage nutritionnel de l'OMS : indicateurs de profil pays, (Guide d'interprétation) 2010. p.18

<sup>2</sup> Bhutta Z. et al, Interventions fondées sur des preuves pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile : que peut-on faire et à quel coût? Nutrition maternelle et infantile 2, Juin 2013. p.22

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>des aliments provenant d'au moins quatre groupes (6-23 mois)</b>	<p>groupes d'aliments.</p> <p><i>Remarque</i> : peu de pays utilisent encore « au moins trois ou plusieurs groupes d'aliments » comme le minimum.</p>	<p>une augmentation de 0,02 à 0,78].</p> <p><i>L'éducation nutritionnelle des populations vulnérables a eu un impact remarquable sur la réduction du retard de croissance [Risque relatif (RR) de 0,68, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,60 à 0,76], l'augmentation de la taille-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,25, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,09 à 0,42] et une augmentation du poids-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,26, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,12 à 0,41].</i></p> <p><i>La fourniture de nourriture complémentaire avec ou sans l'éducation des populations souffrant d'insécurité alimentaire a eu des effets importants sur :</i></p> <p><i>l'augmentation de la taille-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,39, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,05 à 0,73] et</i></p> <p><i>l'augmentation du poids-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,26, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,04 à 0,41], mais pas sur la réduction du retard de croissance.<sup>3</sup></i></p>

---

<sup>3</sup> Bhutta Z. et al., p.47

## 1.4 Programmes pour les déficiences vitaminiques et minérales

Indicateur	Définition	Pertinence
<p><b>Supplémentation en zinc contre la diarrhée (U5 Enfants)</b></p>	<p>Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée aiguë qui ont reçu des suppléments de 20 mg de zinc par jour pendant 10 à 14 jours ou 10 mg de zinc par jour pour les nourrissons de moins de 6 mois<sup>4</sup>.</p> <p>Remarque : Il n'y a pas d'indicateurs ou d'outils reconnus internationalement pour la collecte et la compilation de données pour le traitement au zinc, des enfants souffrant de diarrhée<sup>5</sup>.</p>	<p>Les maladies diarrhéiques sont à l'origine de près de 2 millions de décès par an chez les enfants de moins de 5 ans, représentant la deuxième cause la plus fréquente de décès d'enfants dans le monde entier. Des études ont montré de façon constante que la diarrhée est la maladie infectieuse qui est le plus grand déterminant du retard de croissance linéaire. Une analyse groupée de neuf études communautaires dans les pays à faible revenu a constaté que la probabilité de retard de croissance à 24 mois a augmenté de manière incrémentielle à chaque épisode ou jour de diarrhée avant cet âge. La proportion de retards de croissance attribuée à cinq épisodes précédents de diarrhée était de 25 % (95 %, Intervalle de confiance (IC) de 8-38 %).<sup>6</sup></p> <p>La supplémentation en zinc est recommandée comme sûre et efficace pour la prise en charge de la diarrhée. Plus précisément, les suppléments de zinc administrés lors d'un épisode de diarrhée aiguë réduisent la durée et la gravité de l'épisode et administrer des suppléments de zinc pendant 10 à 14 jours abaisse l'incidence de la diarrhée au cours des 2 à 3 suivants.<sup>7</sup></p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 avaient permis de trouver des effets significatifs de la supplémentation en zinc contre la diarrhée notamment en ce qui concerne : la réduction de la mortalité toutes causes confondues de 46 % [Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 12 à 68], la réduction</p>

<sup>4</sup> OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 10-11

<sup>5</sup> OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 11

<sup>6</sup> Bhutta Z. et al., p. 22

<sup>7</sup> L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent pour la prévention et la prise en charge de la diarrhée aiguë : l'allaitement maternel exclusif, la supplémentation en vitamine A, une meilleure hygiène, un meilleur accès à des sources plus propres d'eau potable et aux installations sanitaires, la vaccination contre le rotavirus et également l'utilisation du zinc, qui est sûre et efficace. Plus précisément, les suppléments de zinc administrés pour la prise en charge lors d'un épisode de diarrhée aiguë

Indicateur	Définition	Pertinence
		des hospitalisations des suites de diarrhée de 23 % (95 % IC 15 -31), la réduction de la diarrhée aiguë de 0,5 jour et de la diarrhée persistante de 0,68 jour. <sup>8</sup>
<b>Femmes enceintes ayant fait quatre ou plus de consultations prénatales</b>	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont reçu des soins prénatals au moins quatre fois au cours de la grossesse par un prestataire (qualifié ou non) pour des raisons liées à la grossesse <sup>9</sup> .	<p>Pour réaliser toutes les exigences permettant de sauver la vie telles que prévues dans le cadre des soins prénatals pour les femmes et les bébés, quatre visites avec des interventions fondées sur des données probantes essentielles constituant un kit souvent appelé soins prénatals focalisés sont nécessaires.</p> <p><b>Il s'agit d'un moyen utilisé comme <i>indicateur</i> pour vérifier le niveau d'accès à la supplémentation en fer et en acide folique.</b> L'Organisation mondiale de la santé recommande une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique par voie orale dans le cadre des soins prénatals.</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 ont prouvé des effets significatifs de la supplémentation en fer et en acide folique sur : le poids à la naissance [Différence moyenne standard (SMD) 57,7 g, Intervalle de confiance (IC) à 95 % soit une augmentation de 7,66 à 107,79], l'anémie à terme [Risque relatif (RR) de 0,34, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,21 à 0,54] et la concentration sérique de l'hémoglobine à terme [Différence moyenne standard (SMD) 16,13 g / l, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 12,74 à 19,52].<sup>10</sup></p>
<b>Supplémentation</b>	Proportion d'enfants âgés de 6	L'Alliance mondiale pour la vitamine A définit une couverture complète de

<sup>8</sup> Bhutta Z. et al, p.49

<sup>9</sup> Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Opportunités pour les nouveau-nés de l'Afrique, chapitre 2 : soins prénatals. OMS, 2006. p. 51

<sup>10</sup> Bhutta Z. et al., p.44

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>en vitamine A</b>	<p>à 59 mois ayant reçu deux fortes doses de suppléments en vitamine A dans une année donnée<sup>11</sup>.</p> <p>Les doses recommandées sont 100 000 UI pour les enfants âgés de 6 à 11 mois et 200 000 UI pour les enfants âgés de 12 à 59 mois.</p>	<p>supplémentation en vitamine A comme étant le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses à environ 4-6 mois d'intervalle au cours d'une année civile donnée. Les estimations nationales sont recueillies à l'échelle mondiale et signalées chaque année sur la base de données administratives de l'UNICEF. Un handicap tout particulier aux estimations de supplémentation en vitamine A (VAS) rapportées dans les données d'enquêtes de ménage (HH survey data) est dû à l'incapacité de fournir une estimation pour deux doses en une année donnée, le manque de prise au sérieux des campagnes nationales, les défaillances des mécanismes de distribution, et le calendrier inadéquat d'évaluation de la couverture de supplémentation en vitamine A.</p> <p>L'UNICEF maintient une base de données sur cet indicateur sur le lien : <a href="http://www.childinfo.org/vitamina.html">http://www.childinfo.org/vitamina.html</a></p>
<b>Présence de sel iodé dans les ménages</b>	<p>Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé, défini comme sel contenant 15-40 parties par million d'iode<sup>12</sup>.</p>	<p>La carence en iode est le plus souvent et visiblement associée à des problèmes de thyroïde mais fait plus de ravages dans la croissance et le développement mental, contribuant par là à un mauvais rendement scolaire, à la réduction des capacités intellectuelles et des performances de travail.</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 ont trouvé des effets significatifs de la consommation du sel iodé chez les femmes enceintes : le poids à la naissance augmenté de 3,82 à 6,30 %, le crétinisme à 4 ans réduit [Risque relatif (RR)</p>

<sup>11</sup> OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 9

<sup>12</sup> OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 15-16



Indicateur	Définition	Pertinence
		<p>de 0,27, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,12 à 0,60] et le niveau d'épanouissement élevé de 10 à 20 % chez les jeunes enfants.<sup>13</sup></p> <p>Pour atteindre la cible d'iodation universelle du sel, la proportion de ménages consommant du sel adéquatement iodé doit être supérieure à 90 %.</p>

### 1.5 Responsabilisation de la femme

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>Alphabétisation des femmes</b>	Pourcentage de femmes en mesure de démontrer leur capacité à lire l'ensemble ou une partie d'une phrase simple dans l'un des principaux groupes linguistiques du pays <sup>14</sup> .	<p>La capacité de lire est un atout personnel important pour offrir aux femmes des possibilités accrues dans la vie.</p> <p>Une analyse de 19 ensembles de données provenant de l'Enquête démographique et de santé (recueillies depuis 1999) a montré que le risque de retard de croissance est significativement plus faible chez les mères avec au moins le niveau d'école primaire [odds ratio (OR) 0,89, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,85 à 0,93] et même plus faible (<math>p &lt; 0,001</math>) chez les mères ayant un niveau d'études secondaires (0,75, 0,71 à 0,79). L'éducation paternelle aux niveaux primaire et secondaire a également réduit le risque de retard de croissance, bien que les Odds ratio (OR) respectifs sont plus réduits que pour la scolarité de la mère. En dépit de cette réduction avec tous les paramètres associés, on remarque de fortes divergences dans l'impact d'un pays à un autre, ce qui est</p>

<sup>13</sup> Bhutta Z. et al., p.44

<sup>14</sup> Mukuria et al, Contexte de la santé des femmes : résultats des enquêtes démographiques et sanitaires, 1994-2001, rapports comparatif EDS n ° 11, ORC Macro, décembre 2005. p. 23.

Indicateur	Définition	Pertinence
		probablement indicatif de différences en termes de qualité d'éducation et de qualité des données. <sup>15</sup>
<b>Taux d'emploi des femmes</b> <sup>16</sup>	Les taux d'emploi sont calculés comme étant le rapport entre les personnes salariées et les personnes en âge de travailler. Les personnes en âge de travailler sont généralement définies comme des personnes dans la tranche d'âge de 15 à 64 ans, bien que dans certains pays, cette tranche soit située entre 16 et 64 ans <sup>17</sup> .	<p>Les femmes font de plus en plus leur entrée sur le marché du travail, et les mères doivent adapter leurs horaires de travail aux horaires de soins à leur enfant ainsi qu'aux horaires de responsabilités domestiques, ce qui leur laisse souvent peu de temps pour elles-mêmes. D'autre part, les revenus du travail salarié peuvent offrir des avantages pour la santé des femmes en leur permettant d'acheter des produits et services de première nécessité tels que le logement et la nourriture.</p> <p>Il a été prouvé que le travail des femmes améliore l'apport alimentaire et influe sur la fertilité.</p> <p>L'autonomie des femmes et leur bien-être sont renforcés par le revenu tiré du travail en dehors de la maison, réduisant ainsi leur dépendance sociale d'un partenaire masculin.</p> <p>Cependant, les pressions économiques sur les femmes vivant dans la pauvreté les attirent dans les travaux agricoles et leur état nutritionnel et sanitaire peut se dégrader à cause des longues heures requises pour les lourds travaux.</p>
<b>Femmes dans la tranche d'âge de</b>	Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant 18 ans <sup>18</sup> .	Les grossesses chez les adolescentes ont un risque plus élevé de complications et de mortalité de la mère et de l'enfant ainsi qu'un risque de mauvais résultats que les grossesses chez les femmes âgées. En outre, la grossesse à l'adolescence

<sup>15</sup> Ruel M. et al, Interventions et programme contribuant à la nutrition : comment peuvent-ils aider à accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile ? Nutrition maternelle et infantile 3, juin 2013. p.66

<sup>16</sup> Mukuria et al., p. 27

<sup>17</sup> OCDE, Perspectives de l'emploi de l'OCDE, 2006

<sup>18</sup> OMS, Rubrique d'aide : femmes de 15 à 19 ans qui sont mères ou enceintes de leur premier enfant

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>15 à 19 ans déjà mère ou ayant un premier enfant</b>		<p>ralentit et retarde la croissance d'une jeune fille. Dans certains pays, près de la moitié des adolescentes ont un retard de croissance, augmentant le risque de résultats défavorables de la grossesse.<sup>19</sup></p> <p>Les naissances chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans sont fortement associées à des risques de santé pour la mère et le nourrisson. Beaucoup de ces risques sont également associés au fait qu'il s'agit des premières naissances. Parce que les mères adolescentes sont généralement aussi des mères pour la première fois, il est difficile de séparer ces risques. Le taux de mortalité des adolescentes lors de l'accouchement est anormalement élevé. Dans de nombreux pays, le risque de mourir de causes liées à la grossesse est deux fois plus élevé pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans que pour les femmes plus âgées<sup>20</sup>.</p>
<b>Âge moyen au premier mariage<sup>21</sup></b>	Âge moyen des femmes au premier mariage si elles sont soumises, tout au long de leur vie, à des taux de mariage en une année donnée <sup>22</sup> .	<p>L'âge du premier rapport, du premier mariage et de la première naissance donne une image des influences initiales sur la fertilité, ce qui est suggestif de résultats liés à la fertilité. Dans la plupart des pays, le mariage est une première indication de l'exposition d'une femme à un risque de grossesse et est alors important pour comprendre la fécondité.</p> <p>Les populations où l'âge au premier mariage est faible ont tendance à avoir une grossesse précoce et une fécondité élevée et, par conséquent, il est important d'examiner les tendances de l'âge au premier mariage. Les données sur l'âge au premier rapport sexuel sont un moyen plus immédiat de mesurer le début de</p>

<sup>19</sup> Black R. et al, Nutrition maternelle et infantile et surpoids dans les pays à faibles revenus et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 1, juin 2013 p.17

<sup>20</sup> OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 20

<sup>21</sup> Mukuria et al., p. 35-36

<sup>22</sup> Nations Unies, Rapport sur la fertilité dans le monde, 2009

Indicateur	Définition	Pertinence
		l'exposition à la grossesse. L'âge auquel commence la procréation est associé avec le nombre d'enfants qu'une femme porte pendant sa période de reproduction en l'absence de tout contrôle actif de fécondité.
<b>Taux de fécondité</b> <sup>23</sup>	L'indice synthétique de fécondité représente le nombre d'enfants qui seraient nés d'une femme si elle devait vivre jusqu'à la fin de ses années de procréation et porter des enfants en conformité avec les taux courants de fécondité par âge <sup>24</sup> .	<p><b>Cet indicateur est utilisé comme un <i>indicateur</i> des espacements de naissance.</b></p> <p>Dans les pays, et entre les groupes, où le taux de fécondité est élevé, il y a une corrélation avec la mauvaise santé et la nutrition maternelle.</p> <p>De courts intervalles entre les grossesses augmentent le risque de faible poids de naissance [Odds ratio 1,65, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,27 à 2,14] et de naissances avant terme [Odds ratio 1,45, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,30 à 1,61]. Les grossesses répétées et l'âge maternel avancé ont également été prouvés comme ayant un impact sur le poids insuffisant à la naissance [Risque relatif (RR) de 1,61, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,16 à 2,24]. Ces résultats soulignent la nécessité d'optimiser l'âge à la première grossesse, la taille de la famille et les intervalles entre les grossesses<sup>25</sup>.</p>
<b>Accès au personnel qualifié pour l'accouchement</b> <sup>26</sup>	Pourcentage de naissances vivantes assistées par un personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou	La présence de personnel qualifié à tous les accouchements est considérée comme l'intervention la plus importante pour assurer une maternité sans risque, car elle accélère l'accouchement en temps opportun en cas d'urgence obstétricale et garantit la protection du nouveau-né en cas de complications potentiellement

<sup>23</sup> Mukuria et al., p.38

<sup>24</sup> Banque mondiale, Indicateur de taux de fertilité, total (naissances par femme)

<sup>25</sup> Bhutta et al., p.43

<sup>26</sup> FNUAP, Assistance qualifiée à la naissance

Indicateur	Définition	Pertinence
	sages-femmes).	<p>mortelles<sup>27</sup>.</p> <p>La présence de personnel qualifié représente non seulement la présence de sages-femmes et d'autres avec des compétences obstétricales (les MOMS), mais également un environnement favorable dont ils ont besoin pour être en mesure d'exercer leurs compétences. Cette présence implique également l'accès à un niveau plus global des soins obstétricaux en cas de complications nécessitant une intervention chirurgicale ou des transfusions sanguines.</p>

### 1.6 Autres indicateurs contribuant à la nutrition

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>Taux d'urbanisation</b>	Pourcentage de la population vivant dans les zones urbaines telles que définies selon la <i>définition</i> nationale utilisée dans le dernier recensement de la population.	<p>La pauvreté urbaine est souvent négligée et les enfants vivant dans la pauvreté urbaine sont à risque de ne pas être atteints par les efforts de développement. L'augmentation de la croissance urbaine est susceptible de creuser l'écart dans les inégalités et aggraver par conséquent les besoins des enfants en milieu urbain, en particulier dans les zones urbaines en Afrique qui connaissent actuellement les taux les plus élevés de croissance urbaine de 200 millions d'enfants vivant dans les zones urbaines tandis que 60 pour cent de la vie de la population urbaine de l'Afrique se passe dans des taudis<sup>28</sup>.</p> <p>Une analyse de régression menée par Save the Children pour établir l'importance relative et absolue des causes sous-jacentes et structurelles du retard de croissance dans un ensemble de données de 128 pays a montré que la population urbaine</p>

<sup>27</sup> Black R. et al. Malnutrition et surpoids maternel et infantile dans les pays à faible revenus et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 3, juin 2013

<sup>28</sup> Save the Children, Voix de l'Afrique urbaine, Impact de la croissance urbaine sur les enfants, novembre 2012. p. 8

Indicateur	Définition	Pertinence
		toujours croissante et le PIB moyen par habitant en constante augmentation ont des liens directs et très significatifs avec des niveaux de retards de croissance <sup>29</sup> .
<b>Part des revenus détenus par la minorité de 20 %</b>	Pourcentage du revenu ou de la consommation par les 20 % de la population indiqué par quintiles <sup>30</sup> .	La part des revenus du quintile le plus pauvre de la population est un facteur important de retard de croissance parmi les pays ayant de forts taux de retard de croissance - mais pas ailleurs <sup>31</sup> .

Des études ont montré qu'il existe une relation significative entre la défécation, l'accès à l'eau potable et la taille de l'enfant. Pour plus de détails, voir « Eau, assainissement et santé des enfants » (Témoignages tirés de l'EDS 172)

<http://sanitationupdates.files.wordpress.com/2010/05/worldbank-dhs2010.pdf>

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>Défécation en plein air</b>	Pourcentage de la population qui défèque dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau et autres espaces ouverts.	La défécation en plein air contribue à la variation internationale de la taille de l'enfant de l'ordre de 54 % par contraste avec le niveau de PIB faible qui ne contribue que de 29 %. Il a été remarqué qu'une réduction de 20 points de pourcentage de défécation en plein air contribue à un gain de 0,1 ET (écart-type) en taille de l'enfant <sup>32</sup> .

<sup>29</sup> Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

<sup>30</sup> Banque mondiale, Groupe de recherche pour le développement. Les données sont basées sur les données de l'enquête des ménages obtenus des organismes statistiques gouvernementaux et des départements-pays de la Banque mondiale. Les données sur les économies à revenu élevé proviennent de la base de données d'enquêtes du Luxembourg accessible à la page suivante : <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>

<sup>31</sup> Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

Indicateur	Définition	Pertinence
<b>Non-amélioration de l'approvisionnement en eau</b>	Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau à boire non améliorées, y compris : puits creusés non protégés, sources non protégées, petit chariot avec réservoir / fût, camion-citerne, eau de surface (rivière, barrage, lac, étang, ruisseau, canal, canal d'irrigation), eau embouteillée.	<p>L'accès adéquat à l'approvisionnement en eau est non seulement un besoin fondamental mais également un droit de l'homme. L'accès à l'eau présente également des avantages sanitaires et économiques considérables pour les ménages et les individus. L'accès équitable à l'eau potable et à l'assainissement est d'une importance fondamentale pour la santé et permettra d'accélérer la réalisation des huit OMD<sup>29</sup>.</p> <p>L'analyse de régression menée par Save the Children a constaté que l'accès à l'eau potable dans les zones rurales a été parmi les principaux facteurs de réduction du retard de croissance<sup>33</sup>.</p> <p>Une revue Cochrane sur l'effet des interventions WASH sur les résultats en matière de nutrition met aussi bien l'accent sur l'amélioration de la <i>qualité</i> de l'eau que sur l'approvisionnement simplement<sup>34</sup>.</p>

<sup>33</sup> Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

<sup>34</sup> Dangour et al. Interventions visant à améliorer la qualité de l'eau et de l'approvisionnement, de l'assainissement et des pratiques d'hygiène et leurs effets sur l'état nutritionnel des enfants, *Cochrane Database Syst Rev* 2013. p. 27

## 2. Interpréter les graphiques par zone

### 2.1 Graphique avec l'objectif de réduction du retard de croissance

L'AMS avait recommandé un taux annuel moyen de régression (TAMR) de 3,9 % pour atteindre l'objectif mondial d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants dans le monde qui sont victimes du retard de croissance en 2025. Pour identifier la réalisation de la réduction et l'écart potentiel en 2025 dans le scénario actuel, la Commission européenne consultative sur la nutrition et l'Organisation mondiale de la Santé ont élaboré des outils de calcul de la réduction du retard de croissance (SRCT), qui estiment le nombre prévu d'enfants victimes du retard de croissance en 2025 au niveau des pays selon la tendance courante ou souhaitable (soit 40 % du nombre actuel) pour la réduction du retard de croissance.

Les calculs dans le cadre du scénario actuel appliquent le taux annuel moyen de régression (TAMR) courant à la dernière valeur de prévalence disponible qui est transposée à l'année de référence (c.-à-d. 2012), alors que le scénario souhaitable commence à partir de l'estimation du nombre cible des enfants victimes du retard de croissance en 2025, soit 40 % de moins que le nombre estimé d'enfants atteints du retard de croissance au départ. Par conséquent, les calculs sont basés sur cette cible en 2025, sur le nombre d'enfants et la prévalence correspondante est calculée en utilisant les projections démographiques. Ensuite, la pente entre la prévalence à la ligne de fond et la prévalence à l'année de départ (de n'importe quel plan / programme de réduction de retard de croissance), et le nombre d'années entre ces deux points dans le temps, sont utilisés pour calculer le TAMR souhaitable (objectif) nécessaire pour atteindre la fréquence cible.

Dans l'analyse de la tendance à la réduction des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans en Ouganda, le SRCT utilise le TAMR pour quantifier le taux de variation de la prévalence de 1985 à 2012. Le calcul a été développé sur la base de la prévalence habituelle de la base de données de l'Observatoire de la santé mondial de l'OMS et des données démographiques des Perspectives mondiales de la population, 2010.

Indicateur	Définition	Pertinence
Taux annuel	Le TAMR est utilisé pour l'analyse en	



Indicateur	Définition	Pertinence
<b>moyen de régression (TAMR)</b>	vue du suivi et de l'évaluation de la tendance mondiale à des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, pour la quantification du taux de variation de la prévalence de base pour l'année en cours. Si la prévalence est connue et le taux annuel de régression est constant, alors la prévalence de l'année suivante peut être calculée <sup>35</sup> .	<p>La prévalence globale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a diminué de 36 % au cours des deux dernières décennies - chutant d'une estimation de 40 % en 1990 à 26 % en 2011. Il s'agit d'un taux annuel moyen de régression de 2,1 % par an<sup>36</sup>.</p> <p>Le taux annuel moyen de régression (TAMR) est de 3,9 % pour atteindre l'objectif mondial d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants dans le monde qui sont atteints du retard de croissance en 2025.</p>

## 2.2 Tendances et objectifs pour le retard de croissance, l'émaciation et l'allaitement maternel exclusif

Au cours de l'événement sur la nutrition pour la croissance, le 8 juin 2013, à Londres, 15 gouvernements se sont engagés à augmenter leurs ressources nationales pour renforcer la nutrition, et 12 gouvernements ont annoncé des objectifs nationaux de réduction des retards de croissance. Ces objectifs nationaux sont notés dans les profils individuels des pays en conséquence.

Chaque graphique indique le retard de croissance, l'émaciation et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif pour chaque point de données disponible depuis 2000 sur la base des enquêtes sur les ménages. Lorsque disponible, la prévalence pour le quintile de revenu et la prévalence pour le quintile de revenu le plus élevé est indiquée. La ligne pointillée explique la régression linéaire.

Le Taux annuel moyen de régression est calculé uniquement pour les retards de croissance.

<sup>35</sup> UNICEF, Note technique : Comment calculer le Taux annuel moyen de régression (TAMR) de la prévalence de l'insuffisance pondérale

<sup>36</sup> UNICEF, Amélioration de la nutrition de l'enfant : Impératif réalisable pour le progrès mondial, UNICEF, avril 2013. p.8

### 2.3 Répartition du retard de croissance dans tous les quintiles de richesse

Le tableau de la répartition du retard de croissance montre des inégalités dans l'état nutritionnel dans tous les quintiles de richesse - le plus bas, le deuxième, le moyen, le quatrième et le plus élevé. Le tableau utilise le dernier point de données disponible dans l'enquête nationale sur les ménages.

La moyenne nationale de prévalence du retard de croissance est indiquée ainsi que l'objectif national pour des retards de croissance pour montrer la différence dans la prévalence du retard de croissance de chaque quintile de richesse.

La distribution des retards de croissance dans tous les quintiles de richesse est surtout disponible dans les rapports d'EDS et de MICS produits au cours des dernières années.

### 3. Source des données :

Les principales sources d'indicateurs de nutrition sont les enquêtes nationales publiées telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et de plusieurs enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). En l'absence de rapports EDS ou MICS récemment publiés, les enquêtes de suivi et évaluation normalisés de secours et de transition (SMART) de niveau national sont utilisées<sup>37</sup>.

Des sources de données supplémentaires sont : la base de données de la Banque mondiale, la base de données d'estimations de la population des Nations Unies, la base de données de l'UNICEF sur la carence en vitamine A et d'autres sources de données qui sont répertoriées dans la bibliographie.

#### Détails de contact :

Pour toute requête sur les chiffres et les sources de données, veuillez contacter **M. Shaoyu Lin** : [Shaoyu.lin@undp.org](mailto:Shaoyu.lin@undp.org)

**Un merci tout particulier à nos collègues du Département de la politique et de la planification, Section des statistiques et du suivi, et au Fonds des Nations Unies pour l'enfance, dont les contributions étaient cruciales et essentielles pour la finalisation de ce document.**

---

<sup>37</sup> Les enquêtes SMART ont été utilisées comme source de données pour le Sénégal, la Mauritanie et la Sierra Leone.

## Références

- Bhutta Z. et al. (6 juin 2013). *Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? (Interventions fondées sur des preuves pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile : que faire et à quel coût ?) Nutrition maternelle et infantile 2.* Récupéré le 6 août 2012, de la revue The Lancet, Volume 382, publication 9890 : <http://press.thelancet.com/nutrition2.pdf>
- Black R. et al. (juin 2013). *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, Maternal and Child Nutrition 3. (Malnutrition et surpoids maternel et infantile dans les pays à faible revenus et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 3.)* Récupéré le 19 août 2013, de la revue The Lancet, Volume 382, publication 9890 : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60937-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60937-X/abstract)
- Dangour A. et al. (2013). *Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices and their effects on the nutritional status of children. (Interventions visant à améliorer la qualité et l'approvisionnement en eau, les pratiques d'assainissement et d'hygiène et leurs effets sur l'état nutritionnel des enfants.)* Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. (Base de données et revues systématiques Cochrane, numéro 8.) Art.
- Günther, Isabel et Günther Fink. (2010). *Water, Sanitation and Children's Health: (Eau, assainissement et santé des enfants :) Evidence from 172 DHS Surveys. (Preuve de 172 enquêtes EDS.)* Récupéré 6 août 2013, à partir de <http://elibrary.worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-5275>
- Measure DHS. (Mesures EDS) (N.d.). *Thèmes, mesure EDS : Nutrition.* Récupéré le 6 août 2013, de Measure DHS : <http://www.measuredhs.com/topics/Nutrition.cfm>
- Mukuria, Altrena, Casey Aboulaflia et Albert Themme. (Décembre 2005). *The Context of Women's Health: (Le contexte de la santé des femmes :) Results from the Demographic and Health Surveys, 1994-2001. (Résultats des enquêtes démographiques et de santé, 1994-2001.)* Récupéré le 6 août 2013, à partir de Mesure DHS, Rapports EDS comparatif n° 11, ORC Macro : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR11/CR11.pdf>
- OCDE. (2006). *Perspectives de l'emploi de l'OCDE.* Récupéré le 19 août 2013, de l'OCDE : <http://www.oecd.org/publications/factbook/38335554.pdf>

Ruel M. et al. (Juin 2013). *Maternal and Child Nutrition 3: (Nutrition maternelle et infantile 3 :) Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? (Interventions et programmes contribuant à la nutrition : comment peuvent-ils aider à accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile?)* Récupéré le 19 août 2013, de la revue The Lancet, Volume 382, publication 9891 :  
<http://www.a4nh.cgiar.org/files/2013/06/NutritionSensitiveInterventionsAndPrograms.pdf>

Save the Children. (Novembre 2012). *Voices from Urban Africa, The Impact of Urban Growth on Children. (Voix de l'Afrique urbaine, L'impact de la croissance urbaine sur les enfants.)* Récupéré le 20 août 2013, de Save the Children :  
<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SAVETHECHILDREN-VOICESFROMURBANAFRICA-REPORT2012.PDF>

The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. (Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile.) (2006). *Opportunities for Africa's newborns: (Une chance pour les nouveau-nés de l'Afrique :) Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Chapter 2: (Données pratiques, soutien politique et programmatique pour les soins du nouveau-né en Afrique, chapitre 2 :) Soins prénatals.* Récupéré 6 août 2013, de l'OMS au nom du Partenariat pour la santé maternelle néonatale et infantile :  
<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>

FNUAP. (N.d.). *Assistance qualifiée à la naissance.* Récupéré le 6 août 2013, du FNUAP :  
<http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/mothers/pid/4383;jsessionid=F48A49550B2343B268EF89DAB575143D.jahia02>

UNICEF. (2007). *Note technique : comment calculer le Taux annuel moyen de régression (TAMR) de l'insuffisance pondérale prévalence.* Récupéré le 19 août, 2013, de l'UNICEF : [http://www.childinfo.org/files/Technical\\_Note\\_AARR.pdf](http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf)

UNICEF. (Avril 2013). *Amélioration de la nutrition de l'enfant : l'impératif réalisable pour le progrès mondial.* Récupéré le 19 août 2013, de l'UNICEF : [http://www.unicef.org/media/files/nutrition\\_report\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/media/files/nutrition_report_2013.pdf)

UNICEF. (N.d.). *Statistiques par région : eau et assainissement.* Récupéré le 6 août 2013, de l'UNICEF, Child Info : suivi de la situation des enfants et des femmes : <http://www.childinfo.org/sanitation.html>

Organisation des Nations Unies. (2009). *Rapport mondial sur la fécondité 2009 : métadonnées*. Récupéré le 19 août 2013, des Nations Unies : [http://www.un.org/esa/population/publications/WFR2009\\_Web/Data/Meta\\_Data/MAFM.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WFR2009_Web/Data/Meta_Data/MAFM.pdf)

la Banque mondiale (N.d.). *Indicateur : Taux de fécondité, total (naissances par femme)*. Récupéré le 19 août, 2013, de la Banque mondiale : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

la Banque mondiale (N.d.). *PovcalNet : un outil d'analyse de la pauvreté en ligne*. Récupéré le 6 août, 2013, de la Banque mondiale : <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Indicateur du profil pays du Système d'information sur le paysage nutritionnel (NLIS)* : Récupéré le 6 août 2013, à partir de [http://www.who.int/nutrition/nlis\\_interpretation\\_guide.pdf](http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Sujet d'aide : femmes de 15 à 19 ans qui sont mères ou enceintes de leur premier enfant*. Récupéré le 6 août 2013, de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=361>

Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Indicators to monitor the implementation of the comprehensive implementation plan. (Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan de mise en œuvre complète.)* Récupéré le 6 août 2013, à partir de [http://www.who.int/nutrition/nlis\\_interpretation\\_guide.pdf](http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Département de la nutrition pour la santé et le développement de l'OMS*. Récupéré le 6 août, 2013, de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/nutrition/en/>