

Inde : des partenariats communautaires pour lutter contre la dénutrition

L'enjeu

Malgré la vaste amélioration de l'économie nationale, la dénutrition demeure un problème en Inde. En 1999, l'Enquête nationale sur la santé des familles a révélé que 47 % des enfants de moins de trois ans souffraient d'une insuffisance pondérale – une prévalence moyenne plus élevée qu'en Afrique subsaharienne. Les données de la dernière série d'enquêtes en date, réalisée en 2006, ne font apparaître qu'un léger déclin, avec des niveaux de dénutrition de l'ordre de 45 % pour les enfants de moins de trois ans; dans plusieurs États indiens, notamment le Madhya Pradesh et le Bihar, les niveaux de dénutrition ont augmenté depuis l'enquête précédente. Cette prévalence élevée s'explique entre autres par la méconnaissance qu'ont les dispensateurs de soins des besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants, par des infections fréquentes aggravées par un manque d'hygiène, par une forte pression démographique, par la médiocre condition sociale des femmes et des filles, et par les prestations insuffisantes des services sociaux.

Le Gouvernement indien compte beaucoup sur le Programme de développement intégré du jeune enfant (ICDS) pour lutter contre la malnutrition infantile. Lancé en 1975, ce programme propose aux mères de nourrissons et jeunes enfants des cours d'éducation sur la santé et la nutrition, ainsi que d'autres services tels que l'alimentation d'appoint, les soins de santé primaires et prénatals, la surveillance et la promotion de la croissance, l'enseignement préscolaire non institutionnalisé, la supplémentation en micronutriments et la vaccination. Ces services sont assurés par un réseau de quelque 700 000 agents *anganwadi* (soins aux enfants) des centres communautaires. L'efficacité de ce programme a toutefois été

limitée par divers facteurs allant des compétences et des connaissances limitées des agents *anganwadi* à un manque de supervision, des vacances de postes et des imperfections dans la politique du programme, par exemple l'attention insuffisante accordée aux très jeunes enfants.

Stratégie et approche

L'UNICEF s'emploie avec le Gouvernement indien à accroître l'efficacité du Programme ICDS. Les interventions faites à cet égard consistent notamment à renforcer le système de gestion et de supervision; améliorer les connaissances et les compétences des agents *anganwadi*, notamment en les incitant à accorder plus de temps et d'attention aux nourrissons; accroître la participation communautaire par une analyse de la situation menée de concert avec les villageois, le but étant d'identifier des volontaires villageois et de leur proposer une formation de base en matière de soins aux jeunes enfants; et accroître le nombre de visites à domicile effectuées par les agents *anganwadi* et les volontaires afin d'améliorer le comportement des parents en matière de soins, ainsi que la couverture extérieure par les services de santé.

Résultats

La stratégie décrite ci-dessus a été appliquée dans six États, couvrant au moins 1 000 villages, soit plus d'un million de personnes par État. Environ trois ans après la mise en place des interventions, des études d'impact ont été effectuées dans plusieurs États, à l'aide d'enquêtes basées sur les ménages représentatifs, afin de comparer les villages d'intervention avec des villages témoins ayant les mêmes caractéristiques sociales, économiques et géographiques. Au Rajasthan, par exemple, il est ressorti que dans les villages d'intervention, l'adoption pré-

coce de l'allaitement maternel était plus importante et la prévalence des retards de croissance largement plus faible que dans les villages témoins (Voir Figure 3.1). Au Bengale Occidental, l'adoption précoce de l'allaitement maternel (76 % dans les villages d'intervention contre 44 % dans les villages témoins), la supplémentation en vitamine A (50 % contre 33 %) et les taux de vaccination (89 % contre 71 % pour la rougeole) étaient plus élevés dans les villages d'intervention que dans les villages témoins, et les taux de malnutrition plus faibles (27 % de retards de croissance contre 32 %). Le coût de ces interventions « supplémentaires » est modeste : 150 à 200 dollars par

village et par année, ce qui représente 9 à 10 % du coût permanent payé par le Gouvernement indien dans le cadre du programme ICDS par village et par an.

Les enseignements tirés

Compte tenu du niveau élevé et constant de dénutrition infantile en Inde, il est important de démontrer qu'il est possible d'apporter des changements peu onéreux au programme ICDS existant pour améliorer considérablement les soins de santé aux nourrissons et aux jeunes enfants, et que ces changements peuvent, en très peu de temps, se traduire par des progrès nutritionnels. Sachant que l'Inde compte environ 43 % d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale, le succès des solutions à faible coût dans les États prioritaires de ce pays aura de profondes conséquences.

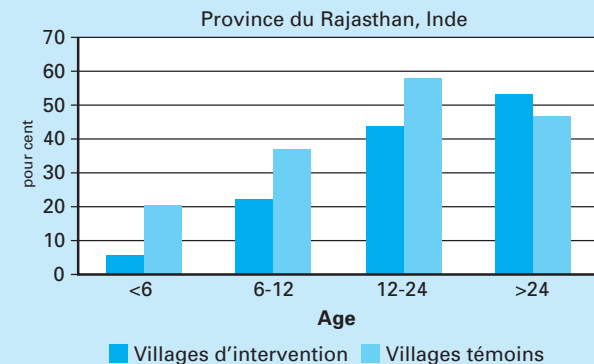
Les difficultés restantes

Les gouvernements des États où ces interventions sont effectuées ont décidé de passer à plus grande échelle en utilisant leurs propres ressources. L'UNICEF continuera sa collaboration afin de garantir la qualité de la mise en œuvre, et de s'attaquer à certains comportements particulièrement tenaces comme la tendance des dispensateurs de soins à retarder le début de l'alimentation complémentaire (nettement au-delà de six mois). Malgré une amélioration de l'état nutritionnel des nourrissons et des enfants dans les États où ces interventions ont été mises en œuvre, il reste manifestement encore bien des améliorations à apporter.

Voir Références, page 107.

Figure 3.1

Prévalence des retards de croissance par âge (mois)



Source : UNICEF Inde, Rapport annuel 2006, p. 47.