

## Élargissement : une nutrition adéquate pour les mères, les nouveau-nés et les enfants

La dénutrition est la cause sous-jacente de la moitié des décès d’enfants de moins de cinq ans, et le lien entre le statut nutritionnel de la mère et le risque de mortalité maternelle et infantile est bien établi. De 2000 à 2006, dans les pays et territoires en développement, plus d’un quart des enfants de moins de cinq ans souffraient d’une insuffisance pondérale modérée ou sévère ou d’un retard de croissance, et 28 % des enfants de 6 à 59 mois ne recevaient toujours pas de suppléments de vitamine A en 2005.

Quoique nécessaire, la sécurité alimentaire ne suffit pas à elle seule à prévenir la dénutrition, comme le prouve le cas de nombreux enfants atteints d’insuffisance pondérale ou d’un retard de croissance dans des environnements qui ne sont ni pauvres ni exposés au risque de manquer de nourriture. La dénutrition découle d’un ensemble de facteurs interdépendants, y compris une alimentation et des pratiques de soins inadéquates, un manque de moyens d’assainissement, les maladies, un accès insuffisant aux services de santé, et la méconnaissance des avantages de l’allaitement exclusif au sein et de l’alimentation d’appoint, ainsi que du rôle des micronutriments. La diarrhée, qui est souvent attribuable à de mauvaises installations sanitaires et à une hygiène insuffisante, est un facteur qui contribue à la dénutrition. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, il faut aussi ajouter l’absence d’un environnement protecteur pour de nombreuses mères, qui peuvent ne pas avoir le temps de prendre soin d’elles pendant leur grossesse ou de s’occuper de leur bébé en raison de leur charge de travail à la maison et d’un accès limité aux services de santé.

L’élargissement de stratégies de nutrition efficaces par le biais d’un continuum de soins offerts aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants requiert la mise en œuvre d’une approche intégrée. Il nécessite la participation durable des parents et des communautés, qui s’appuie sur le développement local et national des soins de santé primaires et des services de santé environnementale, dans les domaines de l’eau et de l’assainissement, par exemple. Lorsque ces conditions sont réunies, on peut obtenir des résultats remarquables en relativement peu de temps. En Thaïlande, par exemple, les taux de malnutrition modérée et sévère ont baissé de 75 % ou plus en dix ans. Et, malgré d’énormes difficultés économiques, de nombreux pays en développement ont réalisé des progrès considérables, réussissant à fournir des vitamines et des minéraux essentiels à leurs populations. Près de 70 % des foyers des pays en développement consomment du sel iodé, près de 450 millions d’enfants reçoivent à présent de la vitamine A, et les stratégies en faveur de la santé, notamment les partenariats communautaires, font appel à des moyens nouveaux et innovants pour promouvoir et soutenir l’allaitement au sein.

De toutes les régions en développement, c’est l’Asie du Sud qui est la plus gravement touchée par la dénutrition. Avec le plus grand nombre de bébés de faible poids à la naissance et d’enfants de moins de cinq ans atteints d’une insuffisance pondérale, d’émaciation ou d’un retard de croissance modé-

rés ou sévères, la région enregistre aussi les taux les plus faibles de distribution de suppléments de vitamine A. Malgré des indicateurs légèrement supérieurs, l’Afrique subsaharienne enregistre les plus faibles taux d’allaitement exclusif au sein des bébés de moins de six mois, et la dénutrition sévère aiguë reste un problème urgent. Les exemples de pays ci-dessous illustrent la façon dont des solutions sont apportées à ces problèmes dans la région.

**Bénin : apprendre aux mères l’importance de l’allaitement au sein**

Au Bénin, l’Enquête démographique et de santé (EDS) de 1996 a révélé que seulement 16 % des bébés de la région de Borgou étaient nourris au sein dès l’heure qui suivait leur naissance. Et en 1998, moins d’un nourrisson de moins de quatre mois sur cinq, soit 14 %, bénéficiait d’un allaitement exclusif au sein. Pour remédier à cette situation, et pour éliminer certains autres problèmes nutritionnels associés aux forts taux de malnutrition et de mortalité des nourrissons, le programme Actions essentielles en nutrition a été lancé en 1997. Afin de renforcer des comportements essentiels liés à la nutrition, ce programme comprenait six mesures à appliquer dans les centres de santé et les communautés :

- L’allaitement exclusif au sein des nourrissons pendant les six premiers mois.

- Une alimentation d’appoint adéquate en plus de l’allaitement au sein de 6 à 24 mois.

- La distribution de suppléments de vitamine A pour les enfants.

- La distribution de suppléments de fer et d’acide folique pour les femmes enceintes.

- La distribution de sel iodé.

- Un soutien et des conseils pour les enfants dénutris et malades.

Le programme Actions essentielles en nutrition utilise à la fois des mesures conçues pour renforcer le système de santé, comme la formation des agents de santé, la mobilisation des communautés et une campagne de communication à grande échelle adaptée à la situation spécifique des populations ciblées.

Les dirigeants communautaires ont activement participé à la sélection de volontaires, appelés relais communautaires, chargés de faire le lien entre les communautés et les centres de santé, qui ont reçu une formation sur la nutrition. Des jeunes, des chanteurs traditionnels, des troupes de théâtre communautaires, des femmes, et d’autres groupes de la collectivité ont participé à des ateliers pour élaborer des messages et des matériels.

Les troupes de théâtre communautaires ont monté des spectacles dans les villages et les quartiers, pendant que les stations de radio diffusaient des spots, des jeux et des pièces produits pendant les ateliers.

Grâce à cette vaste mobilisation communautaire, les attitudes des mères au sujet de l’allaitement ont changé du tout au tout. En 2001, dans cette région, près de la moitié des mères qui avaient un bébé de moins de quatre mois déclarait qu’il était nourri exclusivement au sein. De plus, en 2002, plusieurs communautés de Borgou ont signalé des taux d’allaitement exclusif au sein de 61 % chez les bébés de moins de quatre mois, contre 40 % en 1999.

**Prise en charge de la dénutrition sévère aiguë basée sur la communauté en Éthiopie, au Malawi et au Soudan**

La dénutrition sévère aiguë reste l’une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Jusqu’à une date récente, les traitements étaient administrés uniquement en centres de santé, ce qui limitait considérablement leur couverture et leur impact puisque, dans beaucoup de pays pauvres, les enfants gravement dénutris ne sont jamais conduits dans un établissement de soins. Tout indique cependant maintenant qu’un grand nombre de ces enfants peuvent être traités dans leur communauté, sans avoir besoin d’être admis dans un centre de santé ou d’alimentation thérapeutique. Cette approche fondée sur la communauté consiste à déceler en temps voulu les cas de dénutrition sévère aiguë dans la communauté, et d’offrir aux enfants qui ne présentent pas de complications médicales des aliments thérapeutiques prêts à l’emploi ou d’autres aliments à forte teneur en nutriments qu’ils consommeront à la maison. Combinée comme il se doit avec des soins fournis en établissement dans le cas d’enfants dénutris souffrant de complications médicales, et mise en œuvre à grande échelle, la prise en charge communautaire de la dénutrition sévère aiguë pourrait prévenir des centaines de milliers de décès d’enfants.

Les résultats obtenus récemment en Éthiopie, au Malawi et au Soudan illustrent le fort impact et la rentabilité de la prise en charge des cas de dénutrition sévère aiguë dans la communauté. À la différence des traitements administrés en centres de soins – où, dans la plupart des pays en développement, les taux de décès n’ont pratiquement pas diminué depuis cinquante ans – cette thérapie communautaire a provoqué un changement fondamental en matière de compréhension de la maladie et d’adhérence aux traitements. À ce jour, les données provenant de plus de 20 programmes mis en œuvre en Éthiopie et au Malawi, ainsi que dans le Nord et le Sud du Soudan entre 2000 et 2005, indiquent que les taux de guérison enregistrés atteignent presque 80 %, et que les taux de mortalité ont été ramenés à seulement 4 %. Les taux de couverture sont de 73 %, et plus des trois quarts des enfants sévèrement dénutris souffrant de complications ont reçu uniquement des soins externes. En outre, les données initiales indiquent que ces programmes étaient d’un coût abordable, qui se situait entre 12 et 132 dollars É.-U par année de vie gagnée.

Les programmes de soins thérapeutiques basés sur la communauté ont recours à de nouveaux aliments thérapeutiques prêts à l’emploi, souvent confectionnés à partir

de produits cultivés sur place. Leur mise en œuvre repose sur trois conditions :

- Tous les programmes doivent souligner l’importance d’un traitement administré dès les premiers stades de l’évolution de la malnutrition et la nécessité d’adhérer à un programme nutritionnel jusqu’à la guérison.

- Les programmes supposent que pour se présenter dans les plus brefs délais et pour suivre le traitement, les familles et les communautés doivent comprendre les programmes, les accepter et y participer.

- Les programmes font appel à la participation d’intervenants clés qui peuvent bénéficier des suggestions et de l’attention générés par la réussite des initiatives, et par là même, contribuer à leur durabilité à long terme.

Les résultats des programmes mis en œuvre au niveau de la communauté pour lutter contre la dénutrition sévère aiguë laissent penser que, même s’ils n’éliminent pas la nécessité d’une aide externe, les traitements élargis peuvent avoir un impact très important sur la santé publique, en prévenant des centaines de milliers de décès d’enfants.