

2002



RESUMES DE NUTRITION Une alliance de multiples secteurs pour une planification et programmation efficaces



Organisation Ouest Africaine de la Santé



Agence des Etats-Unis pour le Développement International,
Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable

AVANT-PROPOS

La nutrition est tant une cause qu'une conséquence d'un grand nombre de défis de développement que doivent relever les pays de l'Afrique de l'Ouest. Ces défis sont divers : garantir la survie de l'enfant pour améliorer la santé maternelle, élargir l'accès à l'éducation pour augmenter la productivité de la main-d'œuvre, ré-orienter les politiques agricoles pour moderniser la transformation et la distribution alimentaires et réduire les taux du VIH/SIDA pour augmenter les taux de croissance économique. De plus en plus de faits viennent montrer que la clé du succès consiste à intégrer la nutrition aux politiques et interventions ciblant ces domaines. En effet, avec 30% ou plus de la population de la région souffrant d'un ou plusieurs types de malnutrition chronique et grave, l'efficacité à long terme de la politique publique dans tel ou tel domaine dépendra probablement de la prise en charge adéquate du problème de nutrition.

Les Résumés de nutrition apportent une information générale aux décideurs montrant pourquoi et comment intégrer la nutrition aux politiques, réglementations et programmes des secteurs clés. Le but n'est pas de fournir d'amples détails techniques mais davantage d'entamer un dialogue sur la nutrition, dégagant ainsi une information qui peut être adaptée pour répondre aux divers besoins et situations de ceux qui formulent et mettent en œuvre les politiques publiques. Les résumés seront mis à jour et augmentés alors que changent les priorités et les réalités des problèmes nutritionnels urgents dans la région.

REMERCIEMENTS

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique, (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA).

Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Il convient de faire mention de Karla Yoder et Joe Dianni pour leur assistance au niveau de la maquette, des graphiques et de la présentation de la page de couverture.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable.

Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID.



Les Projets SANA (Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique) et SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique), mis en œuvre par l'Académie pour le Développement de l'Éducation, sont financés par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable (AFR/SD/HRD) aux termes des Contrats AOT-0561-A-00-5232-00 et AOT-C-00-99-00237-00.

La lourde charge de la malnutrition

La malnutrition impose une lourde charge aux habitants de l'Afrique de l'Ouest. La plupart des ménages ont une alimentation insuffisante du point de vue quantité, qualité et utilisation. Cela compromet leur état nutritionnel, diminue leur potentiel de croissance et bonne santé, augmente la charge de maladie, réduit leurs perspectives éducatives et économiques et raccourcit la durée de la vie. Et pourtant, alors qu'on connaît leur efficacité et coût relativement faible, les programmes de nutrition ne disposent pas du soutien financier et politique qu'ils méritent.

La charge de la malnutrition est lourde pour les individus, les communautés et les économies de l'Afrique de l'Ouest. En effet, pour des millions d'entre eux, une nutrition inadéquate signifie une plus grande vulnérabilité aux maladies graves et chroniques, des invalidités physiques, des perspectives éducatives et économiques diminuées et un décès précoce. Alors que, dans de nombreuses régions du monde en développement, les taux de malnutrition ont baissé ces vingt dernières années, en Afrique subsaharienne par contre, le nombre absolu d'enfants malnourris a augmenté.

Les effets de la malnutrition étant essentiellement cumulatifs sur une vie entière, les enfants qui sont malnourris entrent dans l'âge adulte avec des capacités physiques et mentales amenuisées. Une charge accrue de morbidité et une productivité moindre de la main-d'œuvre sont les conséquences à long terme qui

entravent la croissance et le développement en général d'un pays.

Aussi, la malnutrition fait-elle partie d'un cycle se perpétuant lui-même dans lequel entrent la pauvreté, une fécondité élevée et un mauvais état de santé. Il est essentiel de briser ce cercle vicieux pour maintenir les progrès remarquables réalisés ces dernières décennies dans le domaine de la survie et de la santé de l'enfant.

Qui est touché ?

Un grand nombre d'Africains sont exposés au risque de grave malnutrition et de famine à cause de la guerre, de la famine et d'autres catastrophes qui interrompent l'approvisionnement en vivres. Et pourtant, la malnutrition chronique est répandue même quand l'offre alimentaire est suffisante. Entre un tiers et la moitié de la population de l'Afrique de l'Ouest souffrent de carences nutritionnelles, y compris la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments

La crise de la nutrition ...c'est avant tout le décès et l'invalidité des enfants, à vaste échelle, ce sont les femmes qui entrent dans les statistiques de la mortalité maternelle suite partiellement aux carences nutritionnelles et ce sont les coûts sociaux et économiques qui obèrent le développement et éteignent l'espoir.

—UNICEF 1998

d'importance vitale tels que l'iode, la vitamine A et le fer (voir page 2).

Une malnutrition légère à modérée réduit les capacités et possibilités de croissance, de développement et de fonctionnement normal. La malnutrition ne veut pas dire qu'un enfant ou une femme ne peut pas manger pour satisfaire sa faim immédiate. Un enfant ou une femme peut être rassasié et quand même souffrir de malnutrition. De ce fait, les effets de la malnutrition sont subtils et, bien des fois, invisibles, mais les conséquences sont souvent irréversibles. C'est la raison pour laquelle la malnutrition est appelée « la crise silencieuse ».

En Afrique de l'Ouest, comme ailleurs, ce sont les femmes en âge de procréer et les enfants qui sont particulièrement vulnérables aux effets destructeurs de la malnutrition. Les enfants malnourris sont moins résistants aux infections, et vu que leur système immunitaire est affaibli parce que leur corps ne dispose pas des réserves nécessaires de nutriments essentiels, leurs maladies sont plus longues et plus graves. De fait, la malnutrition joue un rôle dans la moitié des 12 millions de décès d'enfants qui surviennent chaque année dans le monde en développement.

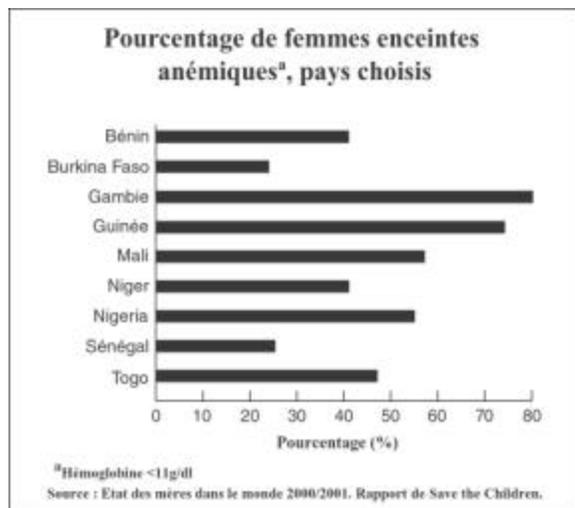
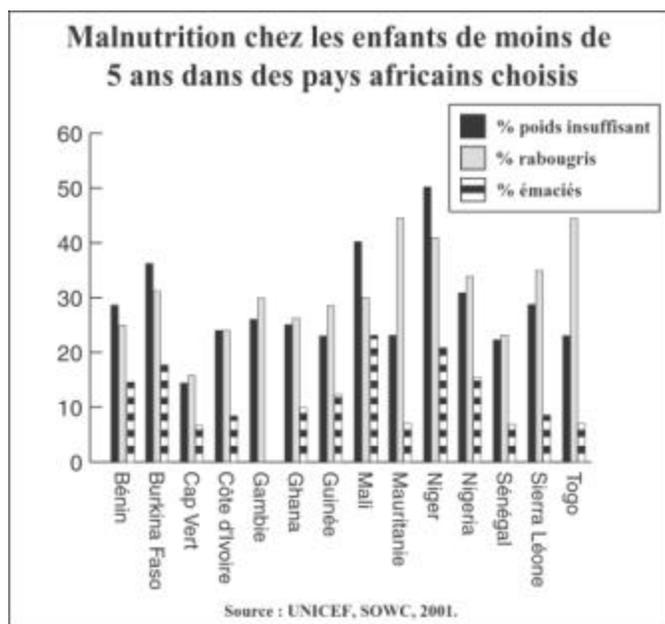
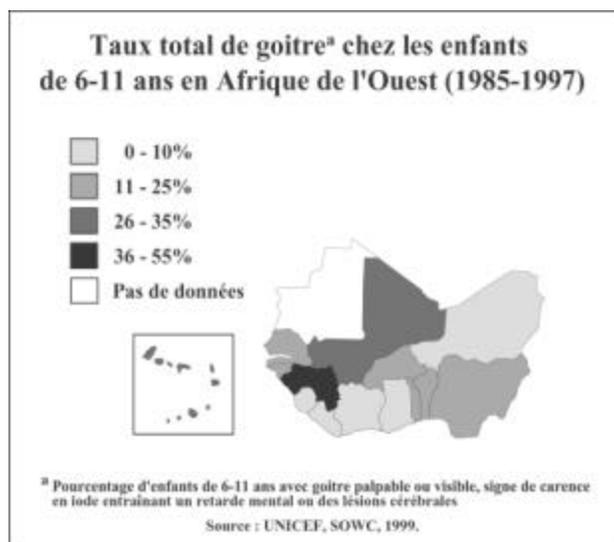
La malnutrition augmente également les taux de mortalité maternelle. Dans

un certain nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, presque la moitié de toutes les femmes enceintes souffrent d'anémie ferriprive (hémoglobine < 11g/dl) et il est possible que ce nombre soit encore plus élevé. Qui plus est, les rapports montrent que peu de progrès ont été faits en Afrique subsaharienne dans l'ensemble pendant les années 90 pour diminuer la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes. Dans certains pays, jusqu'à 80% des femmes enceintes sont anémiques. La malnutrition lors de la grossesse est cause de mort-nés, de malformations génitales et de retard mental.

Il existe une relation évidente entre la nutrition et le VIH/SIDA qui afflige actuellement 4 millions d'adultes entre 15 et 49 ans dans la Région de l'Afrique de l'Ouest où plus de 50% des adultes infectés sont des femmes âgées de 15 à 49 ans. Ces femmes traversent leurs années les plus productives et les plus fécondes. La transmission du VIH de la mère-à-l'enfant pendant la grossesse, le travail et l'allaitement maternel est la cause de la quasi-totalité des nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Une nutrition inadéquate rend les personnes séropositives plus

vulnérables aux maladies et aux infections secondaires. Les études montrent que les personnes avec un état nutritionnel déficient ont des résultats cliniques moins bons. Par contre, une meilleure nutrition ralentit la progression du VIH en SIDA.

Une nutrition améliorée pour les femmes et les enfants doit être une priorité pour tous les pays, non seulement pour alléger la charge qu'impose aujourd'hui la malnutrition mais aussi pour que se réalise demain la promesse de santé et bien-être économique.



Avitaminose A, pays choisis

Pays	Carence subclinique en vitamine A* chez les enfants de moins de 5 ans (%)
Burkina Faso (1986)	70,5
Côte d'Ivoire (1994)	46,6
Ghana (1990)	54,9
Mali (1986)	73,0
Mauritanie (1983)	41,6

La couverture en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois a augmenté dans de nombreux pays de la région, avec une couverture de 100% dans certains pays comme le Bénin, mais l'avitaminose A reste élevée chez les enfants de moins de 5 ans.

*Rétinol sérique < 0,7 μmol/L. Taux de prévalence > 20% indique un grave problème.

Source : Troisième rapport sur la Situation nutritionnelle dans le monde, ACC/SCN, Genève, 1997.

Vue d'ensemble de la malnutrition

Types de malnutrition

La malnutrition prend bien des formes qui apparaissent souvent en combinaison et qui s'aggravent mutuellement. Certains types de malnutrition sont causés par un apport alimentaire insuffisant mais les formes les plus répandues sont imputables à un manque de vitamines et de minéraux essentiels.

La malnutrition protéino-énergétique, à savoir la consommation insuffisante de protéines et d'aliments riches en énergie inhibe la croissance. Elle est souvent le résultat de la pauvreté. Symptôme : Faible taille-pour-âge ou rabougrissement.

L'anémie ferriprive est la carence nutritionnelle la plus répandue au monde, affectant 2 milliards de personnes en 1998, dont environ la moitié de tous les enfants de moins de cinq ans et environ 56% des femmes enceintes en Afrique de l'Ouest. Même une anémie légère peut être la cause d'insuffisance pondérale à la naissance, d'affaiblissement des défenses immunitaires et de diminution des capacités physiques et mentales. La lutte contre les infections parasitaires et la distribution de suppléments de fer sont au titre des solutions prometteuses.

L'avitaminose A augmente la vulnérabilité des enfants aux infections et la gravité des maladies, contribuant à 23% des décès infantiles. Elle affecte environ un tiers de tous les enfants de la région et c'est la cause principale de la cécité chez les enfants. Cette carence, également courante chez un grand nombre de femmes en âge de procréer, est associée à des taux plus élevés de mortalité maternelle. La supplémentation en vitamine A peut remédier aux effets les plus immédiats, réduisant par exemple de deux-tiers le nombre de décès infantiles imputables à la rougeole.

La carence en iode est la cause la plus importante de lésions cérébrales et de retard mental qui pourtant pouvant être prévenus. La plupart de ces lésions surviennent avant la naissance. Le goitre, signe le plus visible de la carence en iode, touche jusqu'à 6-55% des jeunes de 6 à 11 ans en Afrique de l'Ouest. Néanmoins, les efforts conjoints déployés par des organisations sanitaires internationales et des fabricants de produits alimentaires en vue d'augmenter la consommation de sel iodé ont permis de diminuer nettement le risque de carence en iode ces dernières années, témoignant de la puissance de l'action concertée en vue d'améliorer la nutrition.

La carence en zinc chez les enfants inhibe la croissance et augmente la vulnérabilité aux infections, surtout la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la pneumonie. Chez les femmes, la carence en zinc est associée aux complications lors de l'accouchement. Le zinc semble également jouer un rôle important dans la capacité d'utilisation de la vitamine A par le corps et il est efficace pour réduire la gravité de la diarrhée. On ne connaît pas la prévalence de la carence en zinc mais elle existe probablement en présence d'autres types de malnutrition.

Les causes

La malnutrition est le produit de nombreux facteurs. La Conférence internationale sur la Nutrition les classe de la manière suivante :

- **Causes immédiates** : Apports alimentaires insuffisants et inadéquats et maladies.
- **Causes sous-jacentes** : Nourriture insuffisante pour les familles (insécurité alimentaire des ménages), soins et soutien inadéquats pour les femmes et les enfants, soins de santé insuffisants et contexte insalubre.
- **Causes fondamentales** : Inadéquations des systèmes éducatifs, politiques et économiques et problèmes de disponibilité et de contrôle des ressources.

Crise de sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est définie comme l'accès, pour tous et en tout temps, à une nourriture suffisante. L'insécurité alimentaire peut entraîner la perte des réserves de graisse, la malnutrition en micro-nutriments, la sous-alimentation chronique, les fluctuations saisonnières extrêmes de poids et la diminution de la capacité de travail. Les femmes sont particulièrement vulnérables à ces effets.

La sécurité alimentaire des ménages dépend de l'accès à la nourriture ainsi que de la disponibilité et de l'utilisation de la nourriture. Quatre facteurs jouent un rôle déterminant :

- **Fluctuations saisonnières de la disponibilité alimentaire** : Les manques nutritionnels sont surtout prononcés lors la saison des pluies et juste avant les moissons quand les réserves de nourriture ont baissé et que les dépenses d'énergie sont élevées.
- **La qualité du régime alimentaire de la famille** : Une mauvaise alimentation est un régime insuffisant en protéines, énergie et matières grasses, un régime peu varié et qui manque de vitamines et de minéraux essentiels.
- **Distribution de la nourriture au sein de la famille** : Dans bien des foyers, les femmes mangent le moins et en dernier, alors qu'elles travaillent pourtant des heures plus longues que les autres et qu'elles sont responsables de la préparation de toute la nourriture. Les faits montrent que les femmes africaines consomment moins de protéines et moins de micronutriments que les hommes africains.
- **Croyances et coutumes culturelles** : Le manque nutritionnel est encore aggravé par des normes et tabous qui limitent la consommation d'aliments qui contiennent des nutriments importants, surtout pendant la grossesse.

Programmes nutritionnels réussis : Leçons apprises

Intégrer les approches pour traiter les nombreuses causes de la malnutrition

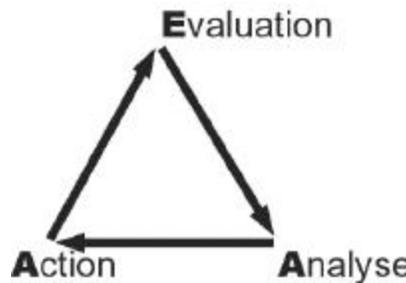
Un grand nombre de personnes souffrent de nombreux problèmes combinés de santé et de nutrition. L'emploi d'une variété de stratégies et d'interventions permet de s'attaquer directement aux causes multiples de la malnutrition dans des contextes particuliers ainsi que la réorientation des services sociaux et communautaires sur la nutrition.

Arriver au bon équilibre entre les approches de la base et celles du sommet

Les approches participatives aux niveaux des ménages et de la communauté sont particulièrement efficaces pour changer les comportements clés qui influencent la nutrition. Par contre, certaines interventions, telles que la fortification alimentaire, demandent des stratégies plus diversifiées et des technologies complexes supposant des approches du sommet.

Engager ceux directement touchés et souligner les avantages qu'ils peuvent en retirer

Les personnes qui souffrent de malnutrition ou dont les enfants sont malnourris doivent participer à la recherche de solutions à leurs problèmes nutritionnels. La combinaison adéquate des interventions disponibles repose sur un cycle continu d'Evaluation, d'Analyse de la situation et d'Action en utilisant les approches et interventions adéquates.



Profiter des périodes de maladie et de convalescence pour fournir une information nutritionnelle

Une information nutritionnelle peut être donnée chaque fois que les gens entrent en contact avec le système de santé. Par

exemple, des conseils nutritionnels peuvent être donnés aux femmes lors des visites prénatales et du post-partum. Les mères peuvent être éduquées concernant l'alimentation de l'enfant, lors des consultations pour une maladie de l'enfant.

Soutenir les efforts des familles et des communautés

Les familles et les communautés auront besoin d'un soutien externe de la part des gouvernements, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres organismes pour trouver et appliquer les solutions nutritionnelles à leurs problèmes nutritionnels.

Un progrès plus important au niveau de la santé et du bien-être en général de la plupart des Africains dépendra d'une plus grande sensibilisation et utilisation accrue d'outils et de méthodes simples et à coût relativement faible disponibles actuellement pour améliorer nettement l'état nutritionnel.

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org

La réussite scolaire dépend d'une nutrition adéquate

Une meilleure nutrition permet d'améliorer les taux de fréquentation scolaires ainsi que les résultats scolaires, surtout pour les filles. Un bon niveau d'éducation augmente la production économique dans le moyen terme et améliore la santé et l'état nutritionnel des futures générations. Le milieu scolaire, formel et non formel, est l'occasion d'enseigner l'éducation nutritionnelle et de cibler les interventions nutritionnelles sur les enfants en âge scolaire qui en ont le plus besoin.

L'éducation, tel qu'on le sait, est le pivot même du développement social. Une meilleure nutrition augmente le taux de fréquentation scolaire, surtout pour les filles. Quand les enfants sont affaiblis par une mauvaise nutrition et une mauvaise santé, leur capacité d'apprendre est amoindrie et ils risquent d'être forcés d'abandonner l'école, si tant est qu'ils aient la chance d'y entrer.

Vice versa, un manque d'accès à une éducation de base est une cause de malnutrition. Les filles et les femmes, victimes de la discrimination sur le plan de l'éducation, seront dépourvues des compétences et aptitudes nécessaires pour avoir un emploi productif et manqueront des connaissances nécessaires pour soutenir la santé et la nutrition de leur famille.

Pour de nombreux enfants, les écoles peuvent être un refuge les protégeant des problèmes économiques, sociaux et

civiques qui affligent leur foyer et communauté. Les écoles sont pour l'enfant un milieu d'apprentissage et de créativité dont ils seraient privés autrement car elles s'accompagnent de sécurité physique, d'eau salubre, d'hygiène, de soins de santé, d'aliments nutritifs et de suppléments alimentaires. Les écoles confèrent aux enfants des compétences utiles dans la vie pour surmonter d'autres problèmes qui peuvent menacer leur santé et bien-être plus tard dans la vie.

Les enfants malnourris entrent plus tard à l'école, manquent un plus grand nombre de jours, ont du mal à faire attention et à se concentrer et abandonnent l'école à un âge plus jeune.

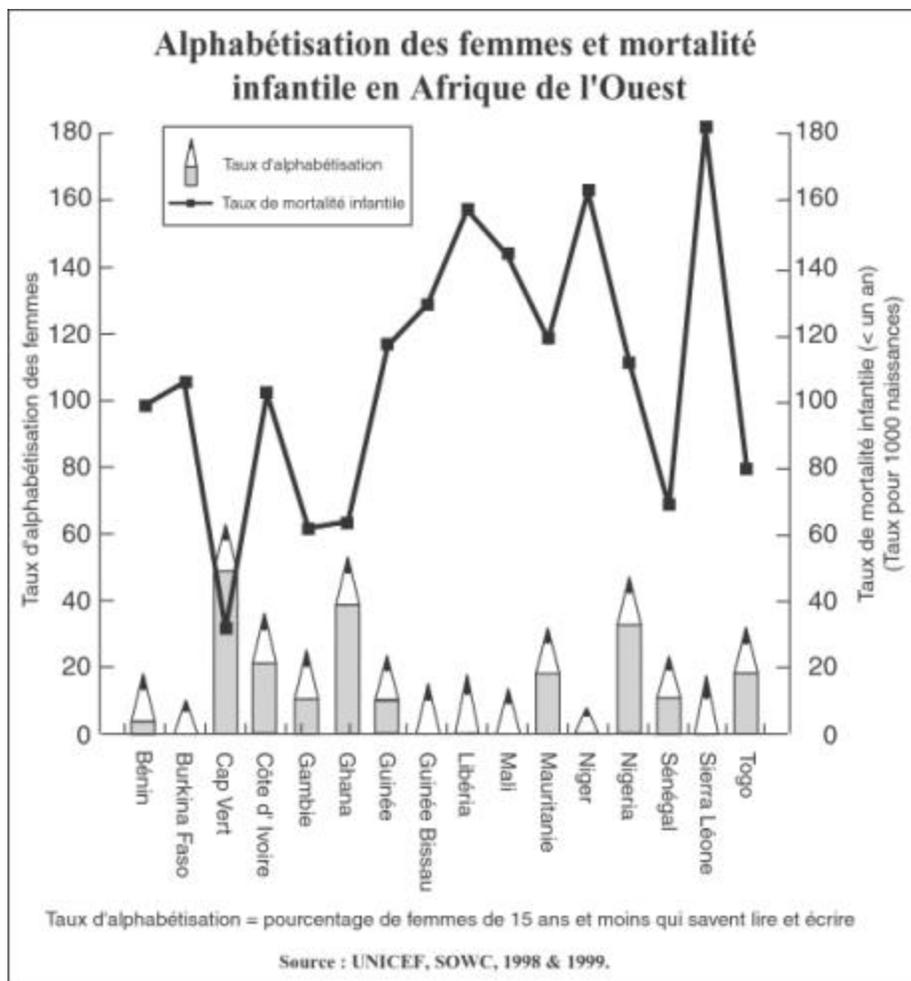
La prise en charge des enfants en milieu scolaire est efficace par rapport aux coûts. En effet, les écoles peuvent fournir des services sociaux aux enfants qui sont exposés au risque de malnutrition ou autres problèmes de santé. Généralement, elles communiquent avec les communautés que les centres de santé. Les filles qui restent à l'école ont tendance à avoir leur premier enfant plus tard dans la vie que celles qui ont abandonné l'école à un âge plus jeune et le simple fait de remettre à plus tard la première grossesse comporte bien des avantages pour les futures générations, notamment des taux de fécondité plus faibles, moins de problèmes lors de la naissance et une meilleure santé du nourrisson (voir graphique à la page 2). De plus, l'alphabétisation de la femme est associée de manière positive à la réduction de la mortalité infantile. Par exemple, une augmentation de 10% du taux de scolarisation du primaire pour les filles peut diminuer la mortalité infantile d'environ 4,1 décès pour 1000 et la même augmentation de la scolarisation féminine dans le secondaire évite en plus 5,6 décès pour 1000.

Causes et effets

Les relations entre nutrition et éducation sont nombreuses et complexes. Plusieurs formes de malnutrition augment les risques et la gravité des maladies pour les enfants, affectant ainsi leur capacité de fréquenter l'école et d'apprendre.

La malnutrition protéino-énergétique (MPE)

Le raboutissement (faible taille-pour-âge) est le principal indicateur de la malnutrition chronique. C'est également un indicateur de résultats scolaires insuffisants dans les pays en



A l'échelle mondiale, la perte à long terme de la capacité mentale, de la réussite scolaire et de la productivité économique et sociale imputable à la malnutrition est effarante : plus de 225 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit presque 40% de tous les enfants de ce groupe d'âge souffrent de malnutrition chronique modérée à grave. En Afrique de l'Ouest, le chiffre se situe entre 16 et 44%.

Des approches qui ont fait leurs preuves

Utiliser des programmes scolaires pour exécuter des interventions clés de santé et de nutrition

En ciblant les interventions nutritionnelles sur les enfants d'âge scolaire, on arrive à remédier à certaines des conséquences négatives de la mauvaise nutrition lors de la première enfance mais il n'est plus possible de les supprimer toutes. La tâche demande l'effort concerté des parents, des communautés, des agents de nutrition et de santé et des éducateurs.

Chercher avant tout à améliorer la performance scolaire

L'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants scolarisés peut améliorer l'apprentissage à l'école. Par exemple, une évaluation d'un programme d'alimentation en milieu scolaire au Burkina Faso a montré que la présence d'une cantine à l'école était associée à de meilleurs taux de scolarisation, une présence plus régulière des enfants à l'école, une baisse des taux de redoublement, des taux moindres d'abandon scolaire dans les provinces désavantagées et de meilleurs taux de réussite aux examens nationaux, surtout chez les filles.

développement. Les enfants qui souffrent de malnutrition chronique pendant les années avant la scolarisation ont tendance à aller à l'école plus tard. En outre, des enfants de taille plus grande ont de meilleurs résultats en arithmétique, lecture, orthographe et capacités orales.

Malnutrition en micronutriments

Les carences en micronutriments sont associées à une faible performance scolaire tout au long de l'enfance. Même une carence modérée en vitamine A peut entraîner des problèmes de vision faisant qu'il est difficile pour les enfants de participer à l'apprentissage à l'école. Des carences plus graves en vitamine A sont cause de

écécité et de retard mental, faisant que l'enfant doit probablement abandonner l'école.

De graves carences en iode et en fer entravent le développement cognitif avec toutes les conditions négatives que cela signifie pour la scolarisation et les résultats scolaires de l'enfant.

Infection helminthique

Les infections parasitaires intestinales surtout par l'ankylostome entraînent un retard du développement psychomoteur. Les infections plus graves sont cause de MPE et d'anémie ferriprive, réduisant encore les chances de l'enfant d'aller à l'école et de réussir dans ses études.

Augmenter le taux de scolarisation des filles

Dans un grand nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, il existe encore de vastes écarts au niveau de la scolarisation des filles et des garçons. Les filles fréquentent moins le primaire que les garçons (voir graphique) et, dans la plupart des cas, l'écart se creuse encore davantage pour la scolarisation du secondaire. Une scolarisation accrue des filles et, surtout le fait de les garder à l'école, retarde leur première naissance, rallonge l'âge au mariage et améliore leurs possibilités de gagner leur vie et d'avoir une bonne santé en général.

Les programmes d'alimentation en milieu aident à garder les filles à l'école. Par exemple, le taux de scolarisation des filles au Ghana a augmenté quant on leur a remis des rations alimentaires qu'elles pouvaient

emporter chez elles, en plus du repas qu'elles recevaient à l'école. Les autres stratégies consistent à garantir leur sécurité à l'école, respectant le caractère privé, à construire des écoles proches du domicile, à augmenter le nombre d'institutrices et à rendre les horaires plus souples pour tenir compte des demandes de travail ménager qui incombent aux filles.

Sensibiliser davantage les filles à leurs perspectives d'avenir peut les aider à rallonger et à améliorer leur carrière à l'école. Cela les aide également à avoir une meilleure estime d'elles-mêmes, une plus confiance et autonomie, autant de facteurs qui viennent renforcer à leur tour les avantages à long terme de l'éducation, par exemple le fait de remettre à plus tard la maternité, une meilleure santé et de bonnes possibilités de gagner sa vie.

Enseigner les compétences de santé et de nutrition

Intégrer les messages de nutrition et de santé au programme de formation des instituteurs peut avoir une influence positive sur les attitudes et les comportements sanitaires des élèves et de leur famille. Le programme peut inclure la nutrition, la planification familiale et la santé de la reproduction ainsi que les services nécessaires pour remettre à plus tard les premières naissances.

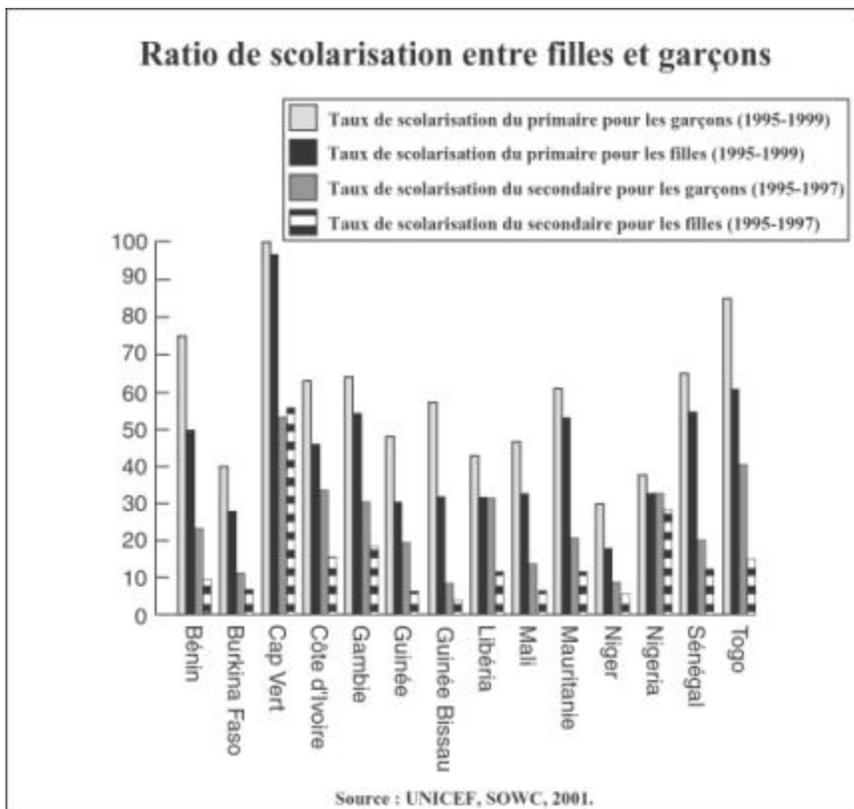
En enseignant aujourd'hui aux jeunes les compétences dont ils ont besoin pour mener des styles de vie plus sains, on peut diminuer leurs risques de contracter toute une gamme de maladies pouvant être évitées, améliorant ainsi la santé des futures générations.

Cibler le secteur de l'éducation non formelle

Des messages nutritionnels clés devraient cibler les écoles et les institutions à l'extérieur du secteur formel, surtout à l'intention des femmes. Il s'agit de l'éducation en matière de santé et de nutrition, de la planification familiale et de la supplémentation en micronutriments ainsi que de services curatifs tels que le traitement à base de vermifuge et les premiers secours.

Engager la communauté

Des programmes nutritionnels communautaires en milieu scolaire peuvent fournir efficacement des services tant préventifs que curatifs. Il s'agit notamment d'éducation sanitaire et nutritionnelle, de planification familiale et de supplémentation en micronutriments et de services curatifs tels que le traitement vermifuge et les premiers secours.



Au Nigeria, il existe depuis 1987 un certain nombre de programmes de développement de la première enfance. Chaque programme offre des vaccinations gratuites et se concentre sur la nutrition des enfants. En outre, un grand nombre de ces programmes recommande les traitements vermifuges des enfants pour lutter contre les infections parasitaires. Les programmes sont mis en œuvre dans des locaux acceptables du point de vue culturel, au sein de la communauté, par exemple les places de marché, les églises, les mosquées, les annexes des écoles primaires et à domicile dans les régions pauvres. Le but consiste à fournir de tels services à tous les enfants nigériens qui ont moins de six ans.

Source : UNICEF, SOWC, 1999.

Traiter les problèmes hautement prioritaires de manière efficace par rapport aux coûts :

- **Application massive de médicaments vermifuges :** Traiter tous les enfants scolarisés aide à éliminer le caractère honteux de ces maladies.
- **Distribution de micronutriments, surtout la vitamine A, le fer et l'iode :** Les gélules de vitamine A coûtent environ 2 cents la dose et seules deux à trois doses sont nécessaires par an et par enfant. Une seule dose annuelle d'iode coûte tout juste 32 cents et les cachets de fer et folate pour toute une année coûtent moins de 10 cents par enfant.
- **Traitement des blessures et problèmes courants :** Le traitement des blessures et coupures aide à prévenir les infections et le traitement d'autres maladies quand il est possible permet d'endiguer la propagation de ces maladies au sein de la communauté.

« Une bonne nutrition peut changer la vie des enfants, améliorer leur développement physique et mental, protéger leur santé et leur donner les forces nécessaires pour une future productivité. »

- Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org

Une meilleure santé grâce à une nutrition améliorée

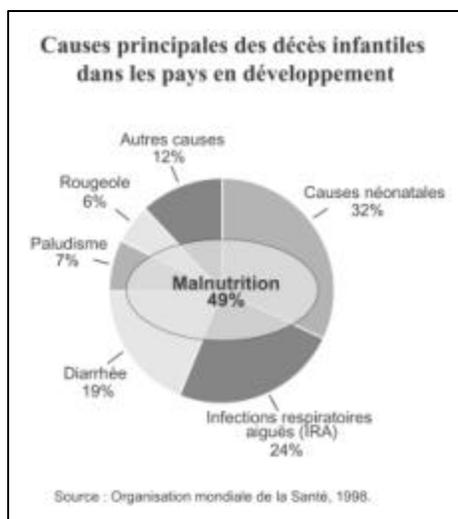
La malnutrition chronique affecte plus d'un tiers des enfants dans un grand nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, augmentant l'incidence, la durée et la gravité des maladies de l'enfance et contribuant aux décès infantiles. La malnutrition se répercute négativement sur la santé et le bien-être de millions d'adultes de la région, surtout les femmes en âge de procréer. Il est essentiel d'améliorer l'état nutritionnel des enfants et des femmes pour améliorer la santé et les perspectives socio-économiques des générations à venir.

La malnutrition chronique entraîne un arrêt de croissance chez les enfants. Plus d'un tiers des enfants en Afrique de l'Ouest sont rabougris (faible taille pour poids), mesure clé de la malnutrition chronique. L'anémie ferriprive qui représente le problème nutritionnel le plus au courant au monde est un autre indicateur général de la prévalence de la malnutrition. Dans certains pays, 40% des enfants de moins de 5 ans et jusqu'à 80% des femmes enceintes sont anémiques. Prenons le cas de la Gambie et du Togo où respectivement 80% et 48% des femmes enceintes sont anémiques (hémoglobine <11g/dl) et 30% et 22% des enfants sont de petite taille.

Une malnutrition aussi répandue augmente le risque et la gravité des maladies infectieuses dans la région, surtout chez les enfants et les femmes en âge de procréer. De fait, la malnutrition est un facteur contribuant

à la moitié environ des décès infantiles (voir graphique à la page 2).

Toutefois, la malnutrition n'est pas seulement une cause de maladie mais aussi un effet de celle-ci. La sous-alimentation affaiblit les défenses du système immunitaire le rendant vulnérable aux infections et interfère avec la capacité d'absorption des



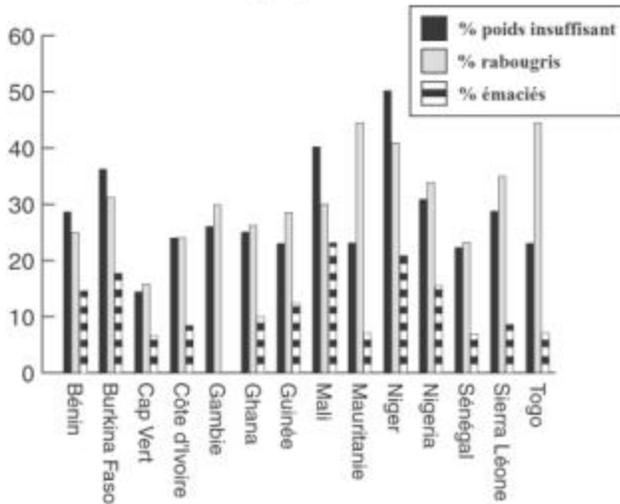
aliments par le corps. De nombreuses maladies sont responsables de la perte d'appétit et de l'incapacité pour le corps d'utiliser efficacement les nutriments. Tel est le cas pour les maladies diarrhéiques qui réduisent les apports nutritifs en inhibant l'absorption intestinale. Tel est également le cas pour les parasites intestinaux, vers qui infectent plus d'un milliard de personnes dans le monde, causant carence en fer, anémie et retard de croissance chez les enfants plus âgés. Le manque d'accès à une eau salubre—problème dans certaines parties de la région—est une cause principale de ces conditions (voir graphique à la page 2).

Le paludisme est une autre cause importante de la malnutrition. Les bébés dont les mères ont contracté le paludisme pendant la grossesse (époque où elles sont plus vulnérables à la maladie) risquent davantage d'avoir un poids insuffisant à la naissance et d'être anémiques. De plus, le VIH/SIDA qui sévit en Afrique subsaharienne est une des grandes causes de malnutrition. Les répercussions négatives de la relation malnutrition-infection sont exacerbées en présence de plusieurs types de malnutrition ou de maladie.

Une crise pour la santé infantile

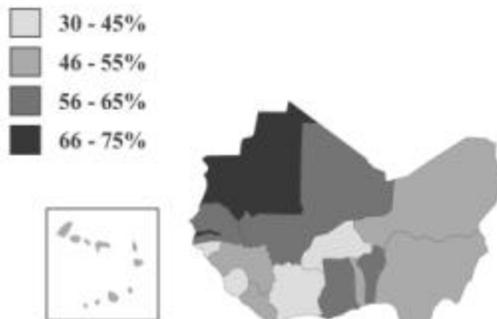
Les conséquences de la malnutrition sont particulièrement graves pour les nourrissons et les jeunes enfants. Les problèmes associés à la grave carence en micronutriments sont bien connus : cécité imputable à l'avitaminose A, goitre et retard mental à cause de la carence en iode et anémie provenant de la carence en fer. Les faits récents montrent de plus en plus que même les formes bénignes et modérées de la

Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans des pays africains choisis



Source : UNICEF, SOWC, 2001.

Pourcentage de la population ayant accès à l'eau salubre en Afrique de l'Ouest (1990-1997)



Source : UNICEF, SOWC, 1999.

Malnutrition et ses répercussions sur la santé

Malnutrition protéino-énergétique

- Rabougrissement (faible taille-pour-âge)
- Résistance moindre aux infections et maladies
- Mortalité infantile accrue
- Emaciation (marasme)
- Kwashiorkor (syndrome caractérisé par des changements au niveau du corps et des cheveux et des bras et jambes enflés)

Carence en fer

- Diminution de la résistance aux infections et aux maladies
- Complications pendant la grossesse
- Avortement spontané, travail difficile, complications lors de l'accouchement
- Insuffisance pondérale à la naissance et mortalité infantile accrue
- Fatigue et apathie
- Diminution de la productivité au travail
- Carence en vitamine A
- Affaiblissement du système immunitaire
- Risque accru d'infection, notamment VIH et infections du tractus génital
- Lésions cicatricielles de la cornée et, dans des cas graves, cécité et décès
- Absentéisme accru au travail et diminution de la productivité

Carence en iode

- Avortement spontané ; mort-né
- Problème de développement mental du fœtus
- Accroissement de la mortalité infantile
- Goitre
- Crétinisme
- Réduction de la capacité mentale et de la productivité

Carence en zinc

- Avortement spontané ; mort-né
- Retard de croissance intra-utérine, malformation congénitale, accouchement prématuré, transport réduit mère-à-fœtus
- Complications du travail et de l'accouchement, détresse fœtale, augmentation de la mortalité néonatale
- Insuffisance pondérale à la naissance
- Affaiblissement du système immunitaire
- Retard de croissance et problème d'apprentissage et de développement mental

Source : J. Baker et al., The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa, SARA/AED pour l'USAID, 1996.

malnutrition en micronutriments peuvent faire grimper les taux de morbidité et de mortalité infantiles.

De fait, un mauvais état nutritionnel accroît de manière exponentielle la mortalité infantile. Par exemple, l'avitaminose A à elle-seule contribue à 23% des décès infantiles, essentiellement parce qu'elle réduit la résistance des enfants à la diarrhée qui est la cause du décès de 2,2 millions d'enfants par an et à la rougeole qui tue presque un million par an. Ces chiffres font ressortir non seulement l'importance d'une nutrition adéquate mais aussi des vaccinations complètes des enfants contre les maladies vaccinables.

Un fléau pour les femmes

L'état nutritionnel des femmes est compromis par un certain nombre de facteurs dont nombreux se rapportent à leur faible statut socioéconomique. Dans de nombreuses régions, dès leur naissance, les femmes reçoivent moins de nourriture et des aliments de qualité moindre et ainsi se perpétue le cycle de la mauvaise santé. Un régime alimentaire inadéquat, des grossesses précoces et fréquentes et une pauvreté constante, autant de facteurs caractérisant la vie de nombreuses femmes dans la région, viennent s'ajouter aux problèmes qui compromettent l'état nutritionnel d'une femme.

Les femmes sont en meilleure santé et mieux nourries quand elles ne sont pas surchargées de travail, quand elles ont accès à l'éducation et à l'emploi et quand elles reçoivent un soutien et des soins suffisants de leur famille et communautés pendant et après la grossesse. Et des mères en meilleure santé et mieux nourries ont des enfants,

eux-aussi, en meilleure santé et avec un meilleur état nutritionnel.

La nutrition des femmes est très affectée par les maladies. L'ankylostomiase rend les femmes anémiques, anorexiques et fatiguées. Le paludisme détruit les globules rouges et mène à l'anémie. De plus, il existe actuellement un nombre croissant de femmes (>2 millions de femmes âgées entre 15 et 49 ans) en Afrique de l'Ouest qui sont infectées par le VIH/SIDA, ce qui augmente leur risque de malnutrition suite à la maladie, aggravée par leur faible statut socioéconomique.

Plusieurs autres facteurs ont des influences négatives sur l'état nutritionnel des femmes :

- **Répartition inégale du travail :** Les femmes passent presque deux fois autant de temps que les hommes à s'occuper de la famille et du ménage, dès l'enfance et lors des grossesses et pendant le post-partum. Les problèmes du sous-développement tels que le manque d'eau courante, d'électricité et d'hygiène/assainissement viennent encore alourdir le fardeau de travail pour un grand nombre de femmes. Et, pourtant, malgré ces lourdes charges de travail, les femmes consomment souvent moins de calories et moins de protéines que les hommes.
- **Discrimination au niveau de l'éducation et de l'emploi :** La nutrition est directement liée aux revenus et les femmes qui gagnent moins ont plus de mal à nourrir correctement leur famille. Les filles ont moins de chance de recevoir une éducation que les garçons, d'où moins de possibilités de gagner leur vie plus tard et d'améliorer leur sort de leurs enfants.
- **Taux élevés de fécondité :** Le risque de décès lié à la grossesse augmente avec le nombre d'enfants car la mère n'a pas le temps de récupérer et de

reconstituer les réserves des matières grasses et nutriments perdus. La femme moyenne dans la région—comptant les taux de fécondité les plus élevés au monde—a entre cinq et sept enfants.

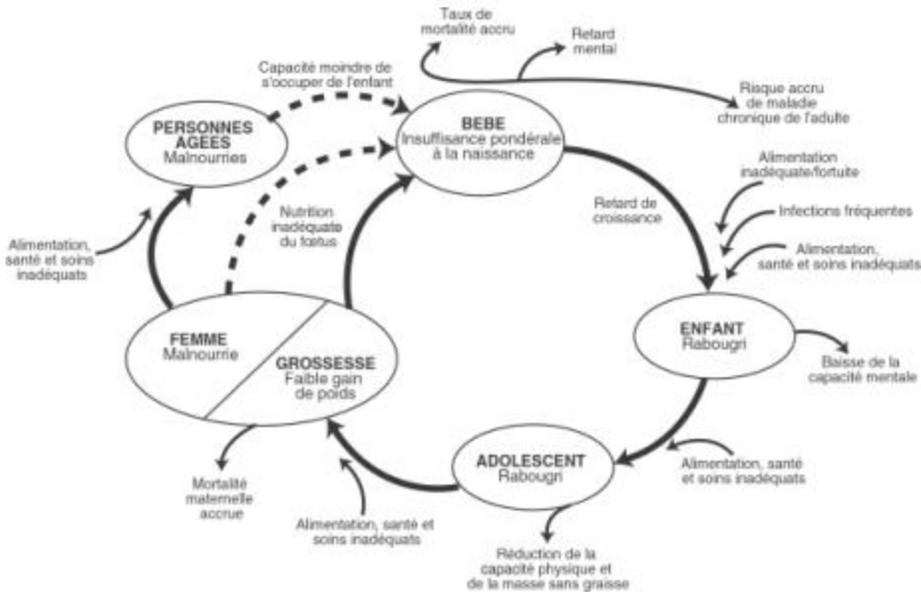
- **Grossesse de l'adolescente :** La grossesse de l'adolescente augmente les risques d'insuffisance pondérale à la naissance, les complications pendant la grossesse et l'accouchement et la mortalité maternelle.

Un problème hérité de génération en génération

Pour de nombreux enfants, les effets dévastateurs de la malnutrition pour leur santé commencent dans le ventre de la mère et se perpétuent tout au long du cycle de la vie, surtout pour les filles. Aussi, existe-t-il un risque accru de tort et préjudice pour les générations à venir (voir Figure à la page 4). Les femmes enceintes et qui allaitent ont besoin de soins et de soutien de la part de leur famille et communauté afin d'avoir une grossesse saine et un accouchement sans problème et aussi pour donner une nutrition adéquate et les soins dont a besoin le nouveau-né. Ce soutien est le suivant : une bonne alimentation, moins de travail et des soins de santé.

De nombreuses études indiquent que, dans l'ensemble, les femmes africaines ne consomment pas suffisamment de calories pendant la grossesse pour assurer leur santé ou la santé de leur enfant qui n'est pas encore né. De fait, un grand nombre de femmes mangent *moins* qu'en temps normal alors que leurs corps a plus de besoins nutritionnels pendant cette époque. Cela reflète partiellement les croyances voulant que le fait de manger beaucoup ou manger certains aliments est source

Nutrition tout au long du cycle de la vie



Source : 4e Rapport de la situation de la nutrition dans le monde, 2000.

de complications pour le travail et l'accouchement.

Les conséquences de la malnutrition pendant la grossesse peuvent être graves aussi bien pour les femmes que leurs enfants. Les femmes anémiques courent plus de risques de mourir des suites de l'hémorragie du post-partum que les femmes non anémiques. Les femmes de petite taille courent un risque accru d'avoir un travail dystocique et les femmes qui ont des carences de vitamine A sont plus vulnérables à l'infection.

Les enfants dont les mères sont mal nourries sont plus susceptibles d'avoir un poids insuffisant à la naissance, diminuant leur chance de connaître une croissance complète et augmentant leur risque de mortalité. De plus, peu de femmes réduisent leurs dures charges de travail physique pendant la grossesse ou après l'accouchement. Les faits montrent qu'un dur labeur comporte

des conséquences négatives sur le poids de l'enfant à la naissance.

Ces facteurs, pris ensemble, sont la cause du taux élevé de mortalité maternelle dans la région. Environ 87 000 décès maternels sont survenus en Afrique de l'Ouest en 1995 des seules causes liées à la grossesse. Quand une femme meurt, son bébé court un risque élevé de mourir dans l'année qui suit.

Leçons apprises

Intégrer les programmes de nutrition et de santé infantiles

Intégrer les interventions nutritionnelles aux programmes plus vastes de santé infantile est un moyen doublement efficace d'améliorer la santé et la survie infantiles puisque cela réduit la malnutrition chez les enfants et diminue simultanément l'impact négatif des maladies. Par exemple, des études récentes arrivent aux conclusions suivantes : les enfants qui reçoivent des suppléments de zinc ont un nombre

moindre d'épisodes de fièvre liée au paludisme ; la distribution de vitamine A aux enfants atteints de rougeole diminue de deux tiers le nombre de décès imputables à cette maladie et la vitamine A peut également réduire la gravité des infections respiratoires aiguës (IRA) et des maladies diarrhéiques.

La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) est une stratégie qui combine une meilleure prise en charge des enfants malade par le biais de la nutrition, des vaccinations et autres programmes qui influencent la santé de l'enfant. La Banque mondiale estime que la PCIME pourrait réduire de 50% à 70% les décès infantiles dans les régions connaissant une mortalité élevée.

Améliorer les pratiques d'alimentation

Une alimentation adéquate des enfants aide à garantir une nutrition correcte, évite la malnutrition chronique et le rabougrissement qu'elle entraîne et prévient la maladie et le décès. Par exemple, la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et, après l'âge de six mois, des aliments nutritifs correspondant à l'âge de l'enfant en plus du lait maternel constituent une bonne pratique alimentaire. Des quantités suffisantes de vitamine A aident les enfants à résister aux maladies et à prévenir les problèmes de vision, les aliments riches en fer aident les enfants à bien se développer physiquement et mentalement et le sel iodé aide à prévenir certaines infirmités et problèmes de développement liés à la carence en iode. Une bonne alimentation est particulièrement importante pendant et après les maladies à cause de la relation de synergie entre la nutrition et l'infection.

Les programmes d'éducation nutritionnelle peuvent motiver les prestataires de santé et les mères à adopter les pratiques d'alimentation adéquates, notamment le fait d'encourager activement les enfants à manger pendant et après la maladie.

Donner un degré de priorité élevé aux questions de santé de la femme

Dans le court terme, il existe trois priorités pour améliorer la nutrition des femmes. La première qui est particulièrement importante consiste à remettre à plus tard la première grossesse et à assurer un espacement suffisant entre les naissances. La seconde consiste à prévenir la transmission du VIH/SIDA et à traiter les autres infections sexuellement transmissibles (IST). La troisième est de mieux répondre aux besoins des

femmes, avant la grossesse, pendant la grossesse et lors de l'allaitement, notamment les besoins se rapportant au régime alimentaire, aux soins prénatals et du postpartum et à la réduction de la charge de travail (entre autres). L'investissement dans la nutrition maternelle et, partant, l'élimination de la malnutrition chez les femmes enceintes diminuerait de presque un tiers les infirmités et invalidités chez leur bébé. Les femmes devraient avoir l'autorité nécessaire pour prendre des décisions qui amélioreront leur santé et la santé de leur famille.

Encourager les programmes d'éducation à base communautaire

Les programmes à base communautaire apportant des conseils interpersonnels sur la nutrition arrivent à améliorer les pratiques d'alimentation et ont permis

un meilleur état nutritionnel chez les enfants. De tels programmes insistent notamment sur la nutrition maternelle, l'allaitement maternel, les aliments complémentaires adéquats et l'alimentation active des enfants malades.

La réussite de tels programmes dépend notamment d'une évaluation approfondie des causes actuelles de la malnutrition infantile aux niveaux du ménage et de la communauté. Un grand nombre de programmes efficaces sont également caractérisés par une importante participation communautaire, l'utilisation d'institutions locales, un personnel bien formé et qualifié, l'intégration de diverses activités et la souplesse.

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org

L'investissement dans la nutrition : un fondement du développement humain et économique durable

Une bonne nutrition est un préalable et non pas simplement un résultat du développement humain et économique. La malnutrition chez les enfants d'aujourd'hui ralentira pendant des décennies à venir la croissance économique et le développement puisqu'elle augmente la charge de morbidité et le taux de mortalité et réduit la productivité de la population active de demain. Par conséquent, l'investissement fait aujourd'hui pour améliorer la nutrition des enfants et des femmes est un moyen efficace de rehausser le niveau de vie des générations à venir.

La malnutrition revient chère sous l'angle économique, surtout quand elle frappe les enfants car les effets sont cumulatifs sur une vie entière. Les carences nutritionnelles sont la cause de décès infantiles, de dépenses élevées de soins de santé pour les familles et le gouvernement, de capacité mentale diminuée et de faible productivité future, autant de freins qui ralentissent le développement économique d'un pays.

Les liens entre croissance économique et nutrition s'entrecroisent de plusieurs manières. En effet, une meilleure nutrition augmente la capacité humaine

et favorise la croissance économique. À son tour, une meilleure nutrition et des apports alimentaires plus importants sont souvent fonction de meilleurs revenus chez les familles pauvres.

De fait, la malnutrition est tant une cause qu'une conséquence de la pauvreté.

Perte de productivité suite à la malnutrition

Troubles liés à la carence en iode

De tous les types courants de carences nutritionnelles, les troubles liés à la carence en iode comportent les

conséquences les plus graves sur la capacité d'apprendre et le développement mental. Les carences en iode lors de la grossesse ralentissent le développement fœtal et peuvent causer des déficiences mentales et physiques graves et irréversibles. Les conséquences sont très préoccupantes, notamment une capacité mentale et physique diminuée, entraînant une très faible productivité économique et le crétinisme. Mais le crétinisme n'est que la partie visible du problème. Nous savons que, dans les communautés touchées par des carences en iode, pratiquement tous les enfants connaissent un retard mental.

Anémie ferriprive

Un faible taux de fer diminue la quantité d'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène. L'anémie ferriprive inhibe la fonction mentale et physique, entravant notamment le développement et la croissance du fœtus quand l'anémie survient pendant la grossesse. Les preuves sont décisives : les travailleurs anémiques sont moins productifs au travail physique, notamment les travaux agricoles que les travailleurs non anémiques. La recherche montre qu'il existe une réduction de 1% de la productivité au minimum pour chaque baisse de 1% du taux de fer. Par exemple, au Ghana, l'application de PROFILES (voir page suivante) prévoit

Les enfants de petite taille deviendront des adultes de petite taille. La diminution de la capacité et de la productivité est l'une des conséquences les plus graves du rabougrissement chez l'adulte.

une perte de 90 millions de dollars au niveau de la productivité agricole entre 1997-2001 à cause de l'anémie ferriprive chez la main-d'œuvre féminine.

Malnutrition protéino-énergétique (MPE)

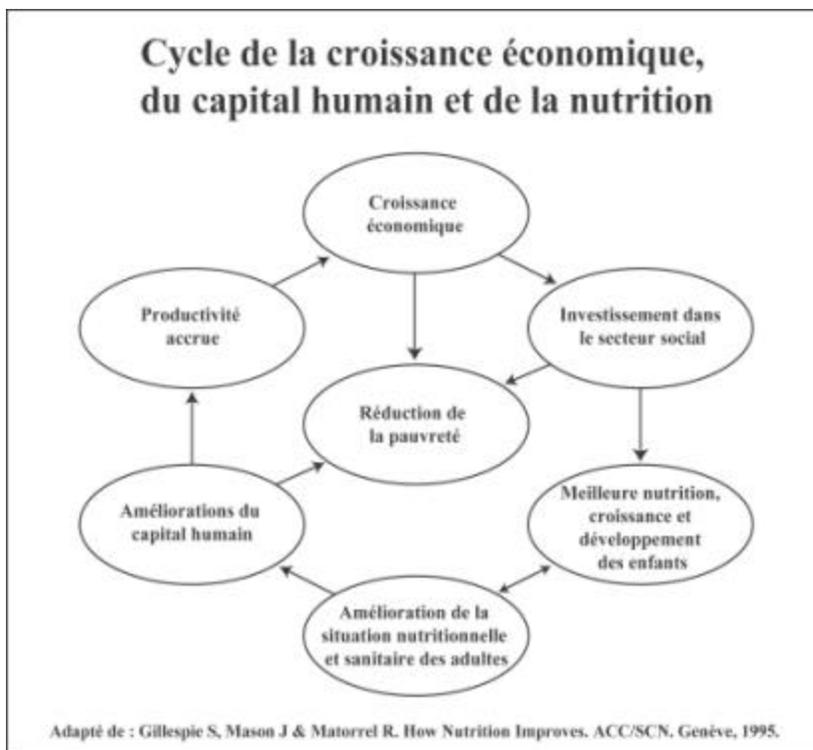
La malnutrition protéino-énergétique chez les enfants—retard de croissance imputable à un régime alimentaire inadéquat et à des infections fréquentes—augmente de manière exponentielle leur risque de mourir pendant l'enfance. Ces résultats ont été observés par plusieurs études en Asie, en Afrique et en Amérique latine.

La petite taille ou rabougrissement est une autre conséquence d'un apport alimentaire insuffisant. Les enfants qui n'ont pas une nourriture suffisante pendant les deux ou trois premières années de leur vie n'atteindront jamais une taille normale. Quand ils seront des adultes, leurs capacités physiques et productivité au travail s'en ressentiront. A son tour, cela se répercute sur la productivité économique au niveau national.

En Afrique de l'Ouest, plus d'un tiers des enfants ont une petite taille pour leur âge. Cela limite le potentiel de croissance de la productivité, du rendement et de la consommation dans la région.

PROFILES : Etablir le lien

PROFILES est un outil qui utilise des modèles informatiques interactifs pour démontrer la contribution potentielle au développement humain et économique d'une meilleure nutrition. PROFILES prévoit les conséquences d'une mauvaise nutrition sur la morbidité, la mortalité et les dépenses des soins de santé et estime les économies de coûts



pouvant être réalisées par le biais des programmes de nutrition.

Au Ghana, PROFILES a mis en exergue les avantages considérables des efforts ciblant trois graves problèmes nutritionnels—rabougrissement, carence en iode et anémie ferriprive. S'ils ne sont pas traités, ces problèmes cumulés entraîneraient, d'après les estimations, une perte de productivité

de plus de 359 millions de dollars entre 2001 et 2005.

Au Burkina Faso, l'analyse de PROFILES était également utilisée pour calculer les avantages des interventions ciblant quatre graves problèmes nutritionnels—carence en iode, rabougrissement, anémie ferriprive et allaitement maternel sub-optimal. S'ils ne sont pas traités, ces

Avantages et coûts des interventions nutritionnelles au Ghana, 1997			
Troubles	Avantages de l'élimination (millions de \$US par habitant)	Coût des interventions (millions de \$US par habitant)	Ratio coût-avantage
• Carence en iode	105,3	6,6	16,0
• Malnutrition protéino-énergétique	32,3	5,2	6,2
• Anémie ferriprive	15,5	5,4	2,9
Total	153,2	16,0	9,6

Source : Atelier PROFILES 1997.

problèmes entraîneraient, d'après les estimations, une perte de productivité économique de 675 milliards de FCFA (plus d'un milliard de dollars) entre 2000 et 2010. L'analyse a montré un ratio coût-avantage de 5,3 si des investissements sont faits pour remédier aux problèmes nutritionnels.

Le ratio coût-avantage

La valeur économique de l'investissement dans la nutrition ressort le plus clairement quand les avantages sont comparés aux coûts. Dans un pays après l'autre, les avantages économiques des interventions nutritionnelles dépassent les coûts. Au Ghana, pour chaque 100\$ investi, on obtient plus de 960\$ en gains de productivité économique.

Quibbler l'investissement nutritionnel

Revenus et nutrition

Les ménages à revenus plus élevés peuvent acheter plus de nourriture et ils ont les moyens d'acheter des aliments variés leur assurant un régime alimentaire équilibré. En outre, ces ménages sont plus susceptibles d'utiliser une eau salubre et des installations sanitaires. Ils ont également un meilleur accès aux services de santé.

Pour les ménages pauvres, une hausse des prix de la nourriture ou une baisse des revenus se traduit généralement par une réduction de l'apport alimentaire. Les familles pauvres sont davantage exposées aux fluctuations saisonnières de la disponibilité alimentaire et des prix de la nourriture.

Distribution des revenus au sein du ménage

La nutrition est non seulement une question de la quantité d'argent dont dispose la famille mais également de

celui ou celle qui contrôle cet argent. Quand ce sont les femmes qui peuvent disposer de la manière dont l'argent sera dépensé, elles sont plus susceptibles d'acheter des aliments nutritifs et les ménages où les dépenses sont confiées aux femmes connaissent une meilleure sécurité alimentaire.

Même ainsi, les femmes continuent à représenter 70-80% de la production vivrière en Afrique subsaharienne en dépit d'un accès inégal aux terres, aux intrants agricoles et à l'éducation/formation. Le manque d'accès à de telles ressources fait qu'il est très difficile pour les femmes d'avoir une bonne productivité.

Par conséquent, les femmes dans les ménages pauvres passent plus de temps à travailler que les hommes et généralement, c'est un dur labeur physique. Par exemple, en Gambie, les femmes passent entre 45 à 65 % de leur temps à faire un travail physiquement éprouvant et il est courant qu'elles continuent à leur faire quand elles sont enceintes.

Accès à la nourriture au sein de la famille

Malgré une lourde charge de travail, les femmes mangent souvent moins et consomment des aliments de qualité moindre que les hommes de la famille. Ce travail éprouvant conjugué à un faible apport alimentaire a un impact négatif sur la nutrition des femmes et de leurs enfants. Cela affaiblit l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes et de leurs bébés, limitant la durée de l'allaitement maternel exclusif et réduisant le temps disponible pour la préparation de la nourriture et les soins et l'alimentation des enfants.

Approches qui ont fait leurs preuves

Accroître la distribution de revenus

La stratégie nationale la plus efficace pour réduire la malnutrition consiste probablement à augmenter le revenu national et à distribuer de manière plus équitable les revenus.

Améliorer la productivité des femmes

Les femmes sont à l'évidence des agents économiques extrêmement importants dans la plupart des pays en développement. Outre leur rôle principal dans la production agricole, elles participent également aux activités manufacturières, aux services, au commerce et aux micro-entreprises—bien que l'essentiel de leur activité économique se déroule dans le secteur informel, au foyer et qu'elle n'est donc pas enregistrée par les statistiques officielles.

Grâce aux rôles clés des femmes en tant qu'agents économiques et mères au foyer, les programmes de développement améliorant la qualité du travail des femmes et renforçant leur productivité arrivent à obtenir des améliorations notables au niveau de la sécurité alimentaire et de la nutrition. En Afrique, 30-40% des ménages ont à leur tête une femme. Comme partout ailleurs dans le monde en développement, ces familles confiées à une femme sont plus susceptibles d'être pauvres—et la raison n'est pas que la femme ne travaille pas mais c'est à cause de son manque d'accès aux intrants essentiels, y compris le crédit.

Améliorer la qualité et la productivité du travail des femmes n'est possible qu'en élargissant leur accès à l'éducation, en les équipant des compétences nécessaires et en leur

confiant les technologies adéquates permettant d'améliorer la productivité des femmes à l'intérieur et à l'extérieur du foyer et en assurant leurs droits sur le plan juridique, social et économique.

Plaider en faveur de la nutrition

Les décideurs devraient défendre la nutrition, faisant ressortir ses conséquences socioéconomiques (à l'aide d'outils tels que PROFILES) et

investir dans les stratégies les plus adéquates et les plus efficaces pour traiter ces conséquences.

Ainsi, ils peuvent commencer par donner un ordre prioritaire aux programmes nutritionnels et s'attaquer à plusieurs grandes causes de l'invalidité et de la mortalité dans les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Au Ghana, les recommandations faites par PROFILES ont montré qu'une nouvelle stratégie dynamique d'investissement nutritionnel était nécessaire pour augmenter le rendement de l'éducation, de l'agriculture, de l'industrie et contribuer à l'avenir économique du pays dans son ensemble.

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org

Nutrition et VIH en Afrique de l'Ouest

La malnutrition et le VIH agissent de pair : le VIH affecte l'état nutritionnel des personnes infectées, les rendant davantage vulnérables à d'autres infections. Par ailleurs, la malnutrition aggrave les effets du VIH en affaiblissant encore davantage le système immunitaire. Les études ont montré que le bilan clinique du VIH est pire chez des personnes souffrant de malnutrition. Le VIH diminue également la sécurité alimentaire des ménages affectés, d'où un risque plus grand de malnutrition. Il est important d'améliorer la nutrition dans le contexte du VIH car une bonne nutrition renforce le système immunitaire et peut ralentir l'évolution de la maladie, permettant ainsi aux personnes infectées de rester productives. Aussi, l'objectif et le défi pour les décideurs est-il le suivant : ralentir la propagation de l'infection par le VIH tout en continuant à améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire de toutes les personnes.

Comment la situation actuelle sur le plan du VIH/SIDA dans la région se rapporte-t-elle à la nutrition ?

L'accès à la nourriture est l'un des grands problèmes que connaissent les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne. En Afrique, les efforts considérables déployés pour fournir une alimentation et nutrition adéquates afin de répondre aux besoins de base continuent à être entourés de grandes difficultés auxquelles vient encore s'ajouter l'épidémie du VIH/SIDA. Plus de 36 millions de personnes sont infectées actuellement

par le virus du VIH et plus de 24 millions d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. Le VIH/SIDA est à présent le problème le plus urgent au niveau du développement confrontant les pays africains. En Afrique de l'Ouest, les taux de prévalence du VIH sont encore nettement plus faibles que ceux enregistrés dans la Région de l'Afrique orientale, centrale et australe. Moins de 5 pour cent des adultes âgés de 15 à 49 ans sont infectés par le VIH dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest (voir tableau ci-après). Les comptes rendus montrent que le Sénégal a réussi à ralentir la transmission. Mais dans certains pays, les taux sont en train de grimper. Par exemple, en Côte d'Ivoire, le taux de prévalence est élevé : plus de 10 pour cent des adultes sont infectés par le VIH, comparés à d'autres pays de la région.

L'infection par le VIH continue à se propager rapidement surtout parmi les femmes jeunes. Plus de 50 pour cent des adultes souffrant de VIH/SIDA dans la région sont des femmes âgées de 15 à 49 ans (voir tableau ci-dessous).

VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest			
Pays	Nombre estimé de personnes atteintes de VIH/SIDA, fin 1999		Taux de prévalence chez les adultes(%)
	Adultes (15-49)	Femmes (15-49)	
Bénin	67 000	37 000	2,45
Burkina Faso	330 000	180 000	6,44
Cap Vert	*	*	*
Côte d'Ivoire	730 000	400 000	10,76
Gambie	12 000	6 600	1,95
Ghana	330 000	180 000	3,60
Guinée	52 000	29 000	1,54
Guinée Bissau	13 000	7 300	2,50
Liberia	37 000	21 000	2,80
Mali	97 000	53 000	2,03
Mauritanie	6 300	3 500	0,52
Niger	61 000	34 000	1,35
Nigeria	2 600 000	1 400 000	5,06
Sénégal	76 000	40 000	1,77
Sierra Leone	65 000	36 000	2,99
Togo	120 000	66 000	5,98

*= pas de données disponibles
Source : Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA. ONU/SIDA. Genève. juin 2000.

Ces femmes se trouvent au pic de leurs années reproductives et productives. Il est impossible d'ignorer le nombre important d'enfants qui sont devenus des orphelins à cause de la maladie. Par exemple, 320 000, 420 000 et 1 400 000 orphelins du SIDA vivaient respectivement au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Nigeria à la fin de 1999.

Quel est le rapport avec la nutrition et les aliments ? Les répercussions de l'épidémie ont poussé à leurs limites les capacités des réseaux de familles élargies qui s'occupent des orphelins. Les grands-parents, les frères et sœurs et autres membres de la famille sont souvent dans l'incapacité de répondre aux besoins de ces enfants, surtout quand ils sont très jeunes. Et, par conséquent, ces orphelins seront vulnérables, exposés à la faim et à la malnutrition, aux mauvais traitements et à l'exploitation, à la maladie et à la mort.

Le VIH/SIDA a des profondes répercussions au niveau national car il ébranle les sociétés et entrave le développement économique. La Banque mondiale estime une perte de 1,1 pour cent du PIB (produit intérieur brut) par année dans des pays avec des taux de prévalence élevée du VIH/SIDA. Une telle perte ralentit nettement la croissance économique. De plus, selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), 44 des 49 pays de l'Afrique subsaharienne sont des pays à faible revenu et à déficit vivrier (PFRDV). La situation alimentaire de ces pays risque de se détériorer encore davantage face à l'épidémie du VIH/SIDA.

Le VIH/SIDA diminue l'espérance de vie. Par exemple, au Nigeria, le SIDA a réduit de quatre ans l'espérance de vie.

Une telle réduction est lourde de conséquences pour la croissance économique et la formation du capital humain en Afrique. Elle se répercute directement sur la sécurité alimentaire, ce qui à son tour aggrave le problème de la malnutrition face à la pandémie du VIH/SIDA.

L'agriculture assure en grande partie la subsistance de la majorité des pauvres qui vivent dans les pays qui sont le plus durement éprouvés par le VIH/SIDA dans la région. Dans de nombreuses parties de l'Afrique, les besoins nutritionnels sont satisfaits par le biais de la production vivrière car l'agriculture de subsistance est la principale occupation de la plupart des ménages. Mais, quand les producteurs de ces vivres, hommes ou femmes, deviennent malades car ils ont contracté une infection imputable au VIH ou quand ils doivent s'occuper de membres de la famille qui sont malades, les revenus agricoles, la productivité alimentaire et l'état nutritionnel peuvent s'en ressentir. Une étude faite en Côte d'Ivoire a montré que, suivant un décès imputable au SIDA, la consommation des ménages diminue de 44 pour cent l'année précédente et les ménages avec un patient atteint de SIDA dépensent deux fois plus pour les dépenses médicales que les familles sans patient atteint de SIDA.

Les comptes rendus indiquent que, dans les ménages affectés par le VIH/SIDA, les cultures à forte utilisation de main-d'œuvre qui rapportent plus de revenus sont remplacées par des plantes-racines qui demandent moins de travail physique mais qui sont également moins nutritives et moins rentables. En Côte d'Ivoire, un rapport de 1997 note qu'une des manières dont les familles font face à la situation du VIH/SIDA consiste à remplacer les cultures

commerciales par des cultures vivrières d'où une diminution de la production de l'ordre de deux tiers par rapport aux années précédentes. Ce changement dans les modes agricoles contribue à l'insécurité alimentaire et augmente la malnutrition dans les ménages affectés.

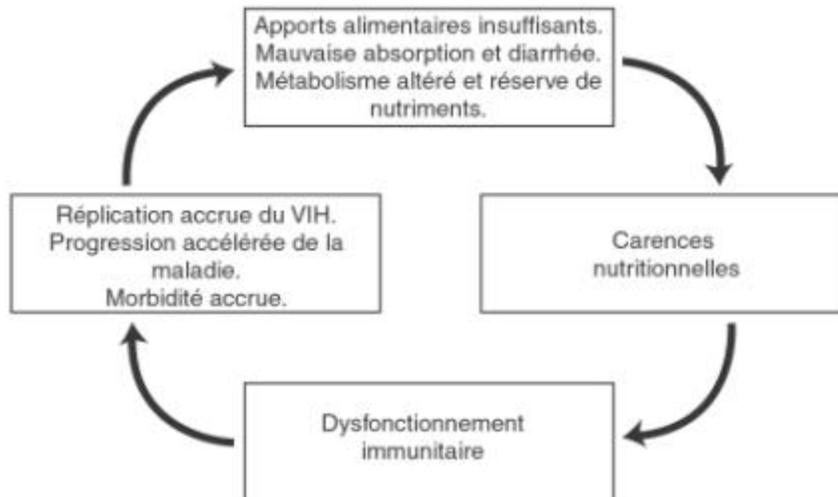
Contrairement à d'autres maladies, le VIH/SIDA affaiblit et tue les membres les plus productifs de la population. Au fur et à mesure que la maladie progresse, des jours de travail sont perdus, les salaires diminuent et la production agricole baisse. Par la suite, la personne infectée devient trop faible et trop malade pour travailler et les coûts des médicaments et des aliments spéciaux augmentent. Le bien-être nutritionnel de tous les membres du ménage est affecté et subit les répercussions.

La relation entre le VIH/SIDA et la malnutrition

La relation entre le VIH/SIDA et la malnutrition est un cycle vicieux, tel que le montre le diagramme sur la Figure 1. La malnutrition et le VIH agissent de pair. Le VIH porte atteinte à l'état nutritionnel et cela à son tour augmente la susceptibilité aux infections opportunistes. La malnutrition par ailleurs exacerbe les effets du VIH en affaiblissant encore davantage le système immunitaire. Les études cliniques montrent que la progression du VIH est plus rapide chez les personnes souffrant de malnutrition. Le VIH/SIDA diminue également la sécurité alimentaire des ménages affectés, aggravant encore la malnutrition.

La malnutrition chez la personne atteinte de VIH/SIDA entraîne perte de poids et atrophie musculaire, métabolisme altéré, et utilisation et excrétion accrues de nutriments. Des

Figure 1 : Le cycle vicieux de la malnutrition et de la pathogénie du VIH



Source : Semba RD et Tang AM. 1999. Micronutrients and pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. Br J Nutr 81 : 181-189.

Avantages liés à une nutrition adéquate

- Diminue la vulnérabilité à la perte de poids et à l'atrophie/émaciation
- Peut aider à ralentir la progression de l'infection par le VIH
- Améliore l'efficacité des médicaments
- Renforce la capacité du corps à lutter contre les infections opportunistes
- Améliore la qualité de la vie
- Prolonge l'indépendance

L'éducation et les conseils en matière de nutrition devraient faire partie intégrante des soins et soutien pour les personnes atteintes de VIH/SIDA. L'éducation nutritionnelle est importante car elle aide les personnes à comprendre qu'il est nécessaire de maintenir un régime alimentaire adéquat et un état nutritionnel optimal à tous les stades de l'infection par le VIH.

Les buts du soutien nutritionnel sont les suivants :

- Améliorer les habitudes et le régime alimentaires
- Maintenir un poids adéquat et éviter les pertes de poids
- Reconstituer les pertes de nutriment
- Prévenir l'atrophie musculaire
- Prendre en charge les symptômes liés au SIDA qui affectent l'apport alimentaire
- Vérifier la connaissance des principes fondamentaux de la sécurité alimentaire.

carences de vitamines et de minéraux comme les vitamines A, E et B, le sélénium et le zinc dont a besoin le système immunitaire pour lutter contre l'infection sont observées couramment. Quand les personnes sont mal nourries, elles sont invalidées plus rapidement. Elles perdent leur indépendance et ne peuvent plus réaliser les activités de tous les jours.

Une bonne nutrition, surtout dès les premiers stades du VIH, aide à éviter les pertes de poids et renforce le système immunitaire, jouant un rôle important dans une vie positive confrontant le VIH. La distribution de suppléments alimentaires et nutritionnels peut être une intervention importante outre l'apport de médicaments pour traiter les infections opportunistes.

Soins et soutien nutritionnels pour les personnes atteintes de VIH/SIDA

Il existe un certain nombre de facteurs qui contribuent à la malnutrition chez les personnes atteintes de VIH. Il s'agit notamment de la perte d'appétit, des lésions dans la bouche, des complications intestinales, de la diarrhée persistante, de l'accès aux aliments et des facteurs psychologiques.

Un soutien nutritionnel adéquat dès le début de la maladie est probablement une des interventions les plus importantes pour les personnes séropositives. Les avantages liés à une nutrition adéquate sont donnés ci-après.

Des bonnes mesures d'hygiène pour conserver/préparer la nourriture revêtent une grande importance non seulement pour la personne infectée par le VIH mais aussi pour les membres affectés de la famille et les personnes qui fournissent les soins car ces mesures minimisent les risques d'infections opportunistes transmises par des pratiques inadéquates de conservation ou préparation de la nourriture. Une liste de pratiques sans risques pour la préparation de la nourriture est donnée ci-dessous.

Pratiques sans risques pour la préparation de la nourriture

- Se laver les mains avant de toucher la nourriture, de faire la cuisine ou de manger et après avoir utilisé les toilettes.
- Ne pas manger des aliments pourris ou moisis.
- Laver tous les fruits et légumes avant de faire la cuisine et de servir à manger.
- Boire et utiliser uniquement l'eau bouillie.
- Ne pas manger des oeufs crus ou des aliments avec des oeufs crus.
- Couvrir la nourriture.
- Garder propre les surfaces et ustensiles servant à la préparation des aliments.
- Vérifier que les aliments sont bien cuits surtout la viande et le poulet.
- Éviter le contact entre aliments cuits et crus.
- Servir immédiatement la nourriture après la préparation et éviter de garder longtemps la nourriture cuite.
- Bien réchauffer les restes.
- Conserver les aliments à l'abri des insectes, rongeurs et autres animaux.

Ces buts peuvent être atteints par le biais de programmes de soins et soutien nutritionnels adéquats surtout si ces programmes sont réalisés dans le cadre d'un ensemble holistique de soins reçus dans un environnement familial positif et informé.

Défis de l'avenir

L'élargissement à grande échelle des services de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et de renforcement nutritionnel relève d'une mission ardue. Dans un discours principal fait en avril 2001 au Sous-Comité de nutrition à Nairobi, Dr. Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a identifié certains de ces défis :

- Rompre le cycle vicieux entre insécurité alimentaire, malnutrition et VIH/SIDA.
- Fournir des soins essentiels pour le VIH, notamment alimentation et nutrition comme composantes clés.
- S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination. Encadrement, compassion et engagement sont nécessaires à cette fin.
- Relever les défis au niveau inégalités entre les sexes du VIH/SIDA, notamment le statut social et les droits juridiques vulnérables des femmes.
- Reconnaître qu'il n'existe pas de nutrition sans aliments et soutenir les programmes qui réduiront la vulnérabilité des communautés affectées par le VIH.
- Étendre à plus grande échelle les services de test et counseling volontaires et les rendre plus accessibles.
- Utiliser la communication pour le changement de comportement pour promouvoir et maintenir des pratiques positives de vie.

Conclusion

Les problèmes d'aujourd'hui liés à la malnutrition, à l'insécurité alimentaire et au VIH/SIDA soulèvent de graves préoccupations économiques et sociales en Afrique subsaharienne. Dans les pays industrialisés, la durée moyenne du temps qui s'écoule entre l'infection par le VIH et le SIDA est de 8 à 10 ans mais par contre, dans les pays en développement, cette période est raccourcie par la malnutrition, les soins de santé inadéquats et d'autres maladies infectieuses.

Les soins et le soutien nutritionnels des personnes infectées sont importants. Ils aident la personne séropositive à maintenir et à renforcer son état nutritionnel, à améliorer ses défenses immunitaires pour lutter contre les infections opportunistes, à prévenir les carences nutritionnelles et la perte de poids. Et, surtout, ce soutien nutritionnel aide à améliorer la qualité de la vie pour les personnes infectées par le VIH ainsi que celle des autres membres de la famille. L'amélioration de la nutrition pour tous doit être une des grandes priorités dans la région.

Le chemin de l'avenir

Voici les premières étapes pouvant aider les responsables de la santé et décideurs nationaux à répondre à certains des problèmes immédiats liés au VIH/SIDA :

- Renforcer l'engagement et la participation des personnes atteintes de VIH/SIDA aux interventions de politiques et de programmes pour prévenir la transmission et enrayer l'épidémie.
- Promouvoir l'engagement du gouvernement pour traiter les problèmes de sécurité alimentaire et de nutrition pour toutes les

- personnes infectées et affectées par l'épidémie.
- Soutenir et encourager les soins à base communautaire.
 - Formuler, tester et diffuser des directives pratiques pour les agents de santé et les volontaires communautaires sur les soins et le soutien nutritionnels pour les personnes séropositives. Le matériel devrait être acceptable du point de vue culturel et réaliste. Les personnes séropositives devraient participer à la mise au point de ce matériel.
 - Promouvoir et intégrer les services de counseling et test volontaires.
 - Placer l'engagement à lutter contre le VIH/SIDA au centre du programme national de renforcement des capacités.
 - Adapter et partager l'information qui donnera le pouvoir nécessaire aux politiciens, décideurs, responsables de programme et prestataires de services pour mobiliser des partenariats pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA.

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org

Collaborer avec l'industrie privée pour combattre la malnutrition

De solides partenariats entre les secteurs privé et public peuvent être une arme importante dans la lutte contre la malnutrition. Le secteur privé est un partenaire très intéressant du secteur public pour la planification et la mise en œuvre des programmes de fortification et de supplémentaire alimentaires, deux stratégies importantes pour combattre les carences en micronutriments. L'industrie privée est tout particulièrement une source riche en expérience et expertise pour le conditionnement et le positionnement des produits, la publicité, les communications et le marketing social.

+Dans le long terme, les moyens les plus efficaces et les plus durables pour réduire ou éliminer les carences en vitamine A, en fer, en iode et autres micronutriments clés consistent à créer et à élargir des marchés pour les aliments riches en nutriments. Il s'agit d'augmenter l'offre (la production) et la demande (consommation) de tels aliments et d'en vérifier le caractère abordable et la salubrité.

La fortification et la supplémentation alimentaires sont des stratégies efficaces par rapport aux coûts pour remédier à la malnutrition existante tout en renforçant la disponibilité et la consommation d'aliments riches en micronutriments.

Deux autres stratégies sont disponibles pour répondre au besoin plus immédiat, à savoir remédier à la malnutrition en micronutriments et viser l'objectif à long terme consistant à renforcer la disponibilité et la consommation d'aliments riches en micronutriments. Ce sont les deux stratégies suivantes :

- **Fortification alimentaire :** Adjonction de nutriments à des aliments consommés couramment, généralement des aliments de base tels que le sel, le sucre, la farine, le lait, les huiles de cuisson et les céréales.
- **Supplémentation :** Distribution de vitamines et de minéraux-clés, généralement sous forme de gélules ou de cachets.

Ces approches ne sont pas chères, efficaces par rapport aux coûts, aux fins de réduire la mortalité, la cécité, le retard mental et l'anémie imputables respectivement aux carences en vitamine A, en iode et en fer (voir page 2). Dans la plupart des pays, les aliments fortifiés et les suppléments sont généralement disponibles par le biais des canaux de distribution commerciaux et par l'entremise du système de santé publique. Toutefois, les deux méthodes de distribution dépendent d'une bonne collaboration entre les industries alimentaires et pharmaceutiques et les organismes de santé publique et de réglementation. Aussi, existe-t-il depuis longtemps des partenariats publics-privés dans ce domaine en dépit de certaines différences fondamentales au niveau des priorités et approches des intervenants-clés.

Partenariats publics-privés pour la fortification

La réussite du sel iodé

De plus en plus de faits dans le monde entier viennent montrer que la fortification alimentaire est très efficace pour réduire les carences en fer, en iode et en vitamine A quand elle est soutenue par des programmes et politiques complémentaires dans les secteurs de la santé, de l'agriculture, du commerce et de la transformation alimentaire.

Réussite notable : La quasi-élimination de la carence en iode dans la plupart des pays industrialisés et l'engagement de la plupart des pays en développement décidés à ajouter de l'iode à leur entière production de sel dans les années à venir. Cette réussite est due aux efforts de décideurs

internationaux dévoués à la cause, aux défenseurs de la santé de l'enfant et aux producteurs de sel.

Le rôle de la législation

Dans de nombreux pays, ce n'est qu'après l'adoption de lois ou réglementations nationales rendant la fortification obligatoire que des activités réussies ont pu être entreprises concernant l'iodation du sel et autres efforts de fortification alimentaire. En effet, la production d'aliments fortifiés revient plus chère et, partant, le prix est plus élevé et souvent les marges bénéficiaires sont plus réduites. Dans certaines régions, le marché de tels produits n'est pas suffisamment développé—aucune étude de marché n'a été faite—et le risque est donc plus élevé pour les producteurs et distributeurs d'aliments. La fortification obligatoire met tout le monde au même niveau, les conditions étant égales pour tous.

De plus, les programmes de fortification obligatoire peuvent encourager la collaboration entre le secteur public de la santé et l'industrie en vue de mettre au point de meilleurs produits, de lancer des campagnes de marketing social pour augmenter la demande de produits fortifiés et de supprimer les barrières logistiques entravant la production et la distribution efficaces de produits fortifiés.

Supplémentation

Les programmes de supplémentation pharmaceutique sont nécessaires pour répondre aux besoins à court terme des groupes souffrant de malnutrition en micronutriments ou très exposés à un tel risque. Mais, par le passé, l'efficacité de tels programmes a été réduite par une logistique compliquée

Coût-efficacité de la fortification et de la supplémentation			
<i>Intervention</i>	<i>Groupe cible</i>	<i>Coût approximatif (en dollar US)</i>	
		<i>Par décès évité</i>	<i>Par AVCI* évité</i>
Supplémentation en fer	Femmes enceintes	800	13
Fortification en fer	Population entière	2000	4
Supplémentation en iode	Femme en âge de procréer	1250	19
Supplémentation en iode	Population entière	4650	37
Iodation du sel ou de l'eau	Population entière	1000	8
Supplémentation en vitamine A	Enfants de moins de 5 ans	50	1
Fortification en vitamine A	Population entière	154	4
Supplémentation alimentaire	Enfants de moins de 5 ans	1942	63
Supplémentation alimentaire	Femmes enceintes	733	24

* AVCI - Année de vie corrigée du facteur invalidité

Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé. Banque mondiale, Washington DC, 1993.

et une faible couverture et manque d'adhésion des segments de la population les plus exposés au risque.

Le soutien des sociétés pharmaceutiques privées peut augmenter l'efficacité de ces programmes d'importance critique. Par exemple, le manque de produits pertinents ou attirants fait partie des raisons expliquant le manque d'adhésion ou réponse positive à la supplémentation. Les sociétés privées ont une grande expertise au niveau de la production de produits efficaces avec un conditionnement sûr, attirant et facile à utiliser, des instructions utiles, en doses adéquates et à des prix abordables.

Le milieu scolaire, et surtout les programmes d'alimentation scolaire

comme véhicule de distribution des suppléments, est un moyen utile d'élargir la couverture des programmes de supplémentation. Par exemple, au Ghana, la supplémentation en fer, administrée efficacement par les enseignants, a permis une nette amélioration des résultats scolaires sur une période de 6 mois.

Dans le long terme, les approches à base alimentaire sont les moyens les plus efficaces par rapport aux coûts et les plus durables pour combattre la malnutrition en micronutriments. Les stratégies nationales de nutrition devraient accorder une place importante à la fortification alimentaire et aux efforts d'éducation et de communication qui suscitent et

renforcent le soutien communautaire et politique pour les comportements nutritionnels améliorés. Des efforts ciblés de supplémentation devraient continuer à être utilisés pour répondre aux besoins des groupes vulnérables et à haut-risque, y compris les femmes enceintes, les nouvelles mères et les enfants. Tous les efforts en ce domaine devraient être complétés par d'autres approches à base alimentaire, notamment :

- **Les politiques agricoles** qui encouragent la diversification agricole, l'agroforesterie et la production d'aliments traditionnels et sauvages.
- **Les services horticoles et de vulgarisation** qui encouragent la production et la conservation et transformation, en toute sécurité, des fruits et légumes.
- **Les réglementations concernant l'utilisation des terres** qui soutiennent les activités de jardinage familiales et communautaires, même dans les zones urbaines.

Une telle stratégie intégrée est surtout efficace et durable dans le long terme car elle est de nature préventive (encourage le changement de comportement alimentaire) et adaptable (convient pour des groupes de taille importante avec diverses traditions culturelles et alimentaires). Elle traite également des questions plus vastes de sécurité alimentaire et elle peut être une source de revenus pour les ménages et les communautés.

Toutefois, voici l'aspect le plus important : une telle stratégie intégrée répond à l'objectif final, à savoir des systèmes de production alimentaire durables et qui respectent l'écologie de l'environnement. Elle soutient cet objectif de trois manières : premièrement, elle crée une demande chez le consommateur pour des aliments complets et sains.

Deuxièmement, elle aide à sensibiliser les planificateurs et producteurs agricoles à la nécessité de protéger le contenu en micronutriments des sols et produits agricoles. Troisièmement, elle encourage les partenariats entre les gouvernements, les groupes de consommateurs, l'industrie alimentaire et d'autres parties concernées afin de supprimer la malnutrition en micronutriments.

Communications pour le changement de comportement

Augmenter l'offre d'aliments fortifiés et de suppléments en vitamines et minéraux, ce n'est que la moitié de la bataille, l'autre moitié consistant à encourager les personnes pour qu'elles consomment ces aliments.

L'industrie privée peut aider le secteur public à combiner des stratégies de communication efficaces aux interventions adéquates de marketing social pour améliorer les résultats. Les études de marché ciblées et un conditionnement attirant peuvent être utiles et renforcer les activités de fortification. Les taux d'acceptation et d'adhésion aux programmes de supplémentation peuvent être augmentés grâce à des gélules attirantes.

De plus, l'industrie privée pourrait aider à intégrer aux programmes nouveaux ou existants des messages efficaces concernant les comportements nutritionnels clés, notamment l'importance de l'allaitement maternel exclusif et la nécessité de fournir une alimentation adéquate aux enfants pendant et après la maladie.

Les ministères de la santé et les bailleurs de fonds ont travaillé en étroite collaboration avec des

entreprises commerciales ces dernières années pour mettre en place des marchés viables pour certains produits de santé simples, disponibles dans le commerce et à faible coût qui peuvent éviter des millions de décès chaque année, surtout parmi les enfants. On s'est concentré jusqu'à présent sur le savon pour se laver les mains et éviter les maladies diarrhéiques, les sels de réhydratation par voie orale (SRO) afin de prévenir la déshydratation imputable à la diarrhée, les principaux aliments fortifiés et les moustiquaires traitées par insecticides pour prévenir le paludisme transmis par les moustiques.

Ces partenariats font souvent appel aux compétences de marketing, dénomination commerciale, publicité et distribution des sociétés privées pour déployer des campagnes d'éducation et de promotion qui atteignent effectivement les publics cibles clés. Le secteur public contribue souvent des données clés sur les marchés existants et potentiels pour des produits façonnés par les données démographiques et sanitaires, les programmes de terrain et la recherche financée par le gouvernement. De plus, les partenaires du secteur public réduisent souvent les risques et les coûts associés au lancement de nouveaux produits ou promotions en offrant des congés d'impôt, des subventions ou des aides pour la recherche.

Des approches qui ont fait leurs preuves

Collaborer avec les secteurs privé et public pour démarrer les activités de fortification

De tels efforts se fondent généralement sur une collaboration entre le secteur public et une ou plusieurs sociétés agricoles ou de transformation alimentaire. De tels partenariats

publics-privés garantissent l'existence des critères de réussite suivants :

- **Sensibiliser le public**

La mise en place d'un marché pour les aliments fortifiés demande que l'on informe le public sur les risques et la prévalence de la malnutrition en micronutriments et le rôle que jouent les aliments riches en micronutriments au niveau de la santé et de la productivité.

- **Utiliser les études de marché**

Quand les aliments fortifiés ne sont pas vendus sur le marché, la raison est souvent la suivante : ils ont été mis au point en utilisant des données de santé publique sur la prévalence de la malnutrition en micronutriments. La mise au point, le conditionnement, le prix et la promotion de ces produits devraient s'inspirer plutôt des

études de marché sur les modes d'achat de produits alimentaires, la taille du marché et les habitudes de consommation.

- **Segmenter le marché**

Le secteur commercial cherche à obtenir un maximum de bénéficiaires et le secteur public cherche à élargir le champ d'action ou la portée des initiatives de santé. Un point de départ utile pour les activités de fortification consiste à cibler 80% de la population dans les classes économiques moyennes. Ainsi, le secteur commercial peut positionner les autres aliments plus chers de sorte à attirer la gamme de consommateurs qui ont les moyens de les acheter et le secteur public peut cibler les autres interventions nutritionnelles (par exemple, la supplémentation) sur les groupes qui en ont le plus besoin.

Utiliser l'expertise du secteur privé en matière de marketing social

Le secteur privé peut mettre en œuvre des programmes dynamiques de marketing social, communiquant des messages nutritionnels et sanitaires à des publics qui ne recevraient pas une telle information en l'absence de ces programmes. Les alliances avec le secteur privé aident à créer un sentiment de responsabilité sociale face aux carences en micronutriments au sein du secteur privé, et à son tour, le gouvernement reconnaît les préoccupations du secteur privé concernant les risques économiques. Le secteur privé peut également aider à assurer la viabilité à long terme de ces initiatives. Les partenaires privés peuvent garantir l'adéquation du financement, du personnel et du soutien pour les programmes importants.

Préparé par Dorcas Lwanga, Nutritionniste, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA), et le Docteur Ellen Piwoz, Directrice de Projet, Projet Soutien pour la Nutrition Appliquée en Afrique (SANA). Les Résumés nutritionnels ont été adaptés pour l'Afrique de l'Ouest en fonction des Résumés nutritionnels qui ont été mis au point pour des pays de l'Afrique orientale, centrale et australe.

Financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), Bureau de l'Afrique, Division du Développement durable.

–2002–

Adresse SANA & SARA :

1875 Connecticut Ave. NW, 9^e étage ; Washington, DC 20009

sara@aed.org