



Le **GRETA** *Savoir*

Groupe de recherche en économie appliquée et théorique

N° 080

" Réfléchir à changer "

Août 2017

La malnutrition dans les régions de Kayes et Tombouctou

Massa COULIBALY

Editorial



La malnutrition est définie comme un état pathologique dû à la consommation prolongée d'une nourriture ne fournissant pas l'ensemble des éléments nécessaires à la santé. Une personne sur trois souffre de ce fléau, qu'il s'agisse de retard de croissance chez l'enfant, d'anémie chez la femme en âge de procréer ou de surpoids chez l'adulte. Elle entraîne chez le jeune enfant de nombreuses conséquences néfastes et irrévocables, augmentation du risque de mortalité, diminution des défenses immunitaires, retard du développement moteur, diminution des capacités cognitives et

d'apprentissage à l'école. Aussi, est-elle la cause de près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, soit plus de 3 millions d'enfants. Or dans le monde, un enfant sur quatre souffrirait de retard de croissance, avec un sur trois dans les pays en développement.

On distingue trois principales mesures de la malnutrition, (i) indirectement par des estimations basées sur des normes et des statistiques, (ii) en demandant aux personnes quelle est leur expérience dans ce domaine et la perception qu'elles en ont, (iii) par la mesure directe de certaines caractéristiques du corps d'un échantillon de personnes (mesures anthropométriques). Les résultats qu'on en obtient ne seraient pas toujours cohérents entre eux.

Massa Coulibaly

Introduction

Tout comme à Tombouctou, la prévalence de la malnutrition reste forte à Kayes. Il s'avère que ce qui manque le plus souvent dans les différents cas de malnutrition, ce sont les lipides et protides dans le cas modéré, les calories dans le cas sévère et les protéines dans le cas sévère avec complication (dont le signe capital est l'œdème). Ce dernier cas s'apparente au kwashiorkor ghanéen, à savoir un syndrome de malnutrition protéino-énergétique sévère avec des œdèmes des membres inférieurs. Kwashiorkor signifierait enfant (kwashi) rouge (orkor) en langue locale ghanéenne ashanti, du fait de la rougeur de la peau des enfants affectés.

À Tombouctou comme à Kayes, les structures socio-sanitaires mènent plusieurs activités de prise en charge de la malnutrition aiguë chez les enfants, cela se passe dans les centres de santé comme dans les établissements scolaires quoi que dans une moindre mesure. Il existe plusieurs niveaux de prise en charge selon que la malnutrition est modérée, sévère ou sévère avec complication. À Tombouctou, des cas de béribéri ont été cliniquement détectés mais pas encore biologiquement confirmés, c'est un cas de malnutrition suite à l'alimentation exclusive au riz.

1. Prévalence et causes de la malnutrition

À Kayes, la malnutrition est plus accentuée dans la bande sahélienne Kita-Diéma-Nioro-Yélimané et même dans les cercles supposés de plus grande disponibilité alimentaire comme Bafoulabé et Kita. D'ailleurs Bafoulabé fait avec Yélimané les deux cercles de la région où il serait enregistré le plus de cas de malnutrition sévère. Dans cette région par contre, les régimes alimentaires sont relativement plus variés du fait que les gens voyagent beaucoup avec une forte diaspora qui impacte les habitudes alimentaires.

Les causes empiriquement identifiées par nos interlocuteurs de Kayes comme de Tombouctou sont relatives au niveau de production surtout de céréales, aux habitudes alimentaires et donc aussi la qualité des aliments, aux prix et dans une certaine mesure l'absence de politiques vigoureuses d'éradication.

En général, dans chacune des deux régions visitées, la production régionale est insuffisante pour les besoins de consommation. De même, le taux d'exploitation (vente et abattage) des animaux reste faible, or justement, la protéine animale serait la plus importante dans la nutrition, protéine, oligoéléments et énergie. La volaille est peu consommée et la production de chair n'est pas développée, le porc est peu consommé si ce n'est à Kita et quelque peu à Kayes.

Aux facteurs de disponibilité s'ajoutent la qualité des aliments et la rigidité de certaines habitudes alimentaires. De qualité des repas, les gens se soucient plutôt de l'apport calorique sans se soucier des apports en protéines et autres oligoéléments. Probablement par ignorance, ils ne cherchent qu'à se remplir le ventre. Aussi, l'on consommerait très peu voire pas du tout la viande de peau des animaux parce que sa préparation demande beaucoup de travaux et de soins or elle serait bien contre la tension. Par contre, la viande fraîche que préfèrent les consommateurs des deux régions serait moins nourrissante que la viande congelée en plus d'être plus difficile à digérer. La graisse animale serait tout aussi difficile à digérer et pouvant obstruer les veines et endommager les reins.

La consommation de viande est limitée en outre par les prix et le revenu des ménages surtout des ménages non agricoles. Il en est de même de celle du lait et du poisson. La saisonnalité des produits, avec des périodes de pénurie, aggrave encore plus la faible consommation des produits utiles à une bonne nutrition.

2. Activités, politiques et programmes en cours

Le programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) prévoit 3 niveaux de prise en charge

- au niveau communautaire, il s'agit surtout du dépistage (à l'aide de la bande de Shakir) en vue du référencement aux centres de santé, par les relais
- au niveau des CSCOM, pour la prise en charge des cas modérés et sévères
- au niveau des CSREF et hôpitaux, pour la prise en charge des cas sévères compliqués, un cadre organique est en préparation pour les hôpitaux de district.

Au niveau communautaire, les ASC (Agent de santé communautaire) mettent en œuvre la politique de soins essentiels. La nutrition communautaire se fait avec les femmes à travers les foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) qui sont des séances de démonstration culinaire sur deux semaines en faveur des enfants malnutris modérés, à raison de 9-12 femmes par foyer. Il est généralement préparé une bouillie enrichie ou "laro" à base de lait, arachide, pain de singe, sucre ou miel et sel. Après 12 jours, le paquet nutritionnel est transmis aux mamans lumières (4-5 par village) pour qu'elles continuent d'animer le foyer avec suivi des enfants malnutris. Celles-ci sont formées pour former les autres mères. Elles sont identifiées dans le village comme étant celles dont les enfants sont bien nourris et allaités, qui ont une bonne hygiène de vie surtout autour de leurs enfants sans considération du revenu de leurs ménages.

Les CSCOM prennent en charge les cas de malnutrition aiguë modérée et sévère sans complication, dans des unités de réhabilitation nutritionnelle (URENAM et URENAS). Les cas de malnutrition aiguë avec complication sont référés aux CSREF ou hôpitaux dans leurs unités de réhabilitation nutritionnelle intégrée (URENI). Les intrants correspondants à ces différents niveaux de prise en charge sont le Plumpysup pour la MAM, le Plumpynut pour la MAS et le lait thérapeutique pour la MAS avec complication. Le premier est gracieusement distribué par le PAM, les deux autres par l'UNICEF qui forme en plus les agents de santé.

Au CSREF de Tombouctou, c'est en moyenne 3 jours d'hospitalisation, le lait thérapeutique ainsi que les médicaments sont gratuits sauf s'il y a rupture de stock (ce qui est plutôt rare). La consommation de l'intrant thérapeutique dépend du poids de l'enfant. Il est distribué sous deux formes de présentation, F75 pour 3 jours de traitement à raison de 3 sachets par jour, et F100, 4-7 jours de traitement.

A l'hôpital de Tombouctou, l'enfant malnutri est hospitalisé avec sa mère qui n'est pas prise en charge mais 3 repas sont servis aux indigentes (ce qui est le cas de la majorité des mères) sous le contrôle du service social de l'hôpital qui distribue le ticket, la cantine fonctionne sur les fonds propres de l'hôpital. La cantine prépare pour tous les malades de la structure, en moyenne 45 personnes par jour pour les 3 repas journaliers avec 3-4 cas d'URENI par semaine. Le lit d'hôpital coûterait 1250 fcfa par jour mais l'hôpital renonce à son recouvrement au profit des mères d'enfants malnutris.

Dans les structures sanitaires de Kayes, les principaux partenaires sont le PAM, l'UNICEF, la Croix rouge et l'ACF et d'autres ONG comme dans le district sanitaire de Kita. Avec le retrait partiel du PAM, les enfants sont admis dans les centres de santé au stade sévère de la malnutrition, ce qui a fait inverser la tendance i.e. plus de cas sévère que modéré. Il faut dire que jusqu'en 2006, il n'y avait pas de PCIMA, c'est en 2007 que cela a commencé grâce à l'Unicef qui a fourni des aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi (ATPE) et une surveillance préventive des enfants (SPE).

A Kita, ACF exécute depuis 2012 un Programme d'amélioration de la sécurité alimentaire (PASAK) devenu aujourd'hui Programme d'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (PASN) à 3 volets qui sont autant de causes de la malnutrition, à savoir la sécurité alimentaire, la santé nutritionnelle et le WASH.

Les activités du programme intègrent les jardins nutritionnels, la multiplication de semences, la structuration et le renforcement des groupements féminins, la distribution de kits de chèvres, le renforcement des capacités des agents de santé jusqu'au niveau CSCOM. Des discussions seraient en cours avec le Conseil de cercle pour intégrer les agents locaux ACF dans le personnel des collectivités territoriales.

3. Prise en charge

Dans la région, ce sont plus de 10 mille enfants pris en charge. Ici, on insiste beaucoup sur les mesures d'hygiène pour que l'enfant ne retombe pas malade. La ration donnée est un complément alimentaire qui ne remplace pas ce que l'enfant mange et continue de le faire.

On trouve en vente dans l'hôpital de Tombouctou, le Misola, farine infantile enrichie en minéraux et vitamines, dont la préparation consiste en trois louches d'eau + une louche de Misola à bouillir pendant 10-15 minutes. Tout enfant qui vient en consultation dans un CSCOM est dépisté systématiquement

Les appuis aux élèves des écoles de la région visent également la lutte contre la malnutrition. C'est pourquoi on distribue non pas des vélos mais de la nourriture, parce que c'est l'état nutritionnel qui est visé et non l'écourtement de la distance e.g. des micronutriments peuvent être ajoutés au repas de la cantine.

Des responsables académiques rencontrés déplorent que la nutrition ne soit pas enseignée en 5^{ème} et 6^{ème} année dans le cadre de l'économie familiale comme cela serait pourtant prévu dans le "Guide d'utilisation de la brochure d'économie familiale, au 1^{er} cycle de l'enseignement fondamental".