

Nutrition et petite enfance en Haïti

Mohamed Ag Ayoya

Résumé : En Haïti, la malnutrition infantile reste l'un des plus grands défis de développement. Les pratiques inadéquates de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont une des causes majeures de cette malnutrition. D'autres causes comprennent les maladies infectieuses, le manque de soins appropriés, le faible accès aux services de santé, eau, hygiène et assainissement, et la pauvreté.

Les conséquences de la malnutrition infantile s'observent tout au long du cycle de la vie. En effet, au cours de la jeune enfance, la malnutrition expose l'enfant à un risque élevé de mortalité, à un état de santé précaire, à un ralentissement du développement physique et mental. Au cours de l'âge scolaire, la malnutrition réduit la capacité d'apprentissage des enfants et augmente leur absentéisme. Plus tard dans la vie adulte, la malnutrition infantile accroît les risques de souffrir de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les troubles cardiovasculaires, et diminue substantiellement la productivité et les gains. Fort heureusement, un engagement sans précédent du gouvernement haïtien et de ses partenaires pour la nutrition depuis 2010 s'est traduit par la mise en œuvre d'expériences et par des progrès tangibles dans la réduction de la malnutrition infantile. La difficulté majeure reste la pérennisation de ces acquis.



Rezime : An Ayiti, timoun ki mal nourri, se yonn nan pi gwo defi devlopman. Divès fason ki pa nòmal nan bay nan fason moun nan peyi a bay tibebe ak timoun piti manje (bay tete, ajoute diplis nan manje yo vitamin eksetera) se prensipal rezon ki lakòz timoun nan peyi a mal nourri. Lòt pwoblèm ankò ki bloke devlopman, se maladi ki kab bay enfeksyon, ratman ki genyen nan sèvis pou bay swen, ratman nan swen lasante, nan dlo pou moun bwè, nan ijyèn ak lapwòpte epi mete sou sa povrete a ki awoyo.

Konsekans ki mache ak pwoblèm manje mal pou timoun an bazaj yo parèt nan tout etap devlopman yo nan lavi yo. Alaverite, pwoblèm manje mal pandan timoun lan ap grandi a lakòz li gen anpil chans pou li mouri, sante li pi frajil, epi devlopman fizik li ak mantal li ka ralanti. Lè timoun lan rive nan laj pou li ale lekòl, manje mal ka diminye kapasite li pou li aprann lekòl epi sa ka lakòz li pèdi anpil jou lekòl. Lè li vin pi gran, sityasyon mal manje pandan li te an bazaj la ka ba li maladi kwonik tankou dyabèt, tansyon, pwoblèm kè, sa kab ralanti li anpil sou pwodiktivite li ak mwayen pou li fè lajan. Erezman, gouvènman ayisyen an avèk kèk lòt patnè li yo nan domèn nitrisyon ap fè kèk bon eksperyans depi 2010, ki pèmèt yo diminye mal manje timoun ki an bazaj yo. Pi gwo difikilte a se rann avantaj sa yo dirab.

1. LA MALNUTRITION INFANTILE, UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE DÉVELOPPEMENT

Dans le monde, 26 % des enfants de moins de cinq ans, soit environ 165 millions, souffrent de malnutrition chronique ou de retard de croissance. On estime aussi qu'à travers le monde, 52 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë (émaciation ou maigreur), dont 29 millions sont des cas sévères [1]. Parmi les 6,9 millions d'enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque année à travers le monde [2], plus d'un tiers sont touchés par la malnutrition [3]. En d'autres termes, ces enfants ne seraient pas morts s'ils n'avaient pas été malnutris.

En matière de nutrition, l'âge le plus critique se situe de la période allant de la conception à l'âge de deux ans (24 mois, soit 1 000 jours). Durant cette période, la croissance physique et le développement cognitif de l'enfant exigent une nutrition équilibrée et optimale. Cependant, beaucoup d'enfants en sont privés parce que leurs parents sont pauvres, non ou mal informés, voire non conscients de l'accentuation des disparités constatées depuis toujours dans leur alimentation et leur état nutritionnel. Entre le moment où l'enfant quitte le sein de sa mère et celui où

il entre dans les habitudes alimentaires de la famille, il y a un fossé sur le plan nutritionnel que beaucoup ne franchissent pas.

Les recherches montrent que le retour aux investissements faits en faveur de la nutrition dans les 1 000 premiers jours est considérable pour la santé et la prospérité dans le long terme. C'est pourquoi s'attaquer à la malnutrition maternelle et infantile a toujours été un des meilleurs investissements que le monde puisse et doive faire pour la croissance globale et pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

En Haïti, la malnutrition infantile reste l'un des plus grands défis de développement. En effet, en 2005-2006, 30 % des enfants de moins de cinq ans sont chroniquement malnutris, c'est-à-dire qu'ils ont une taille trop petite pour leur âge ; en d'autres termes, de plus en plus d'enfants haïtiens grandissent moins bien qu'ils le devraient. En chiffres absolus, cela représente à n'importe quel moment de l'année plus de 360 000 enfants. Le taux de malnutrition chronique est sept fois plus élevé chez les enfants des familles les plus pauvres que des plus riches, démontrant les liens pervers entre la pauvreté et la malnutrition. Environ 114 000 enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë, c'est-à-dire qu'ils ont un poids trop faible pour leur taille. Parmi ceux-ci, 28 000 souffrent de malnutrition aiguë sévère

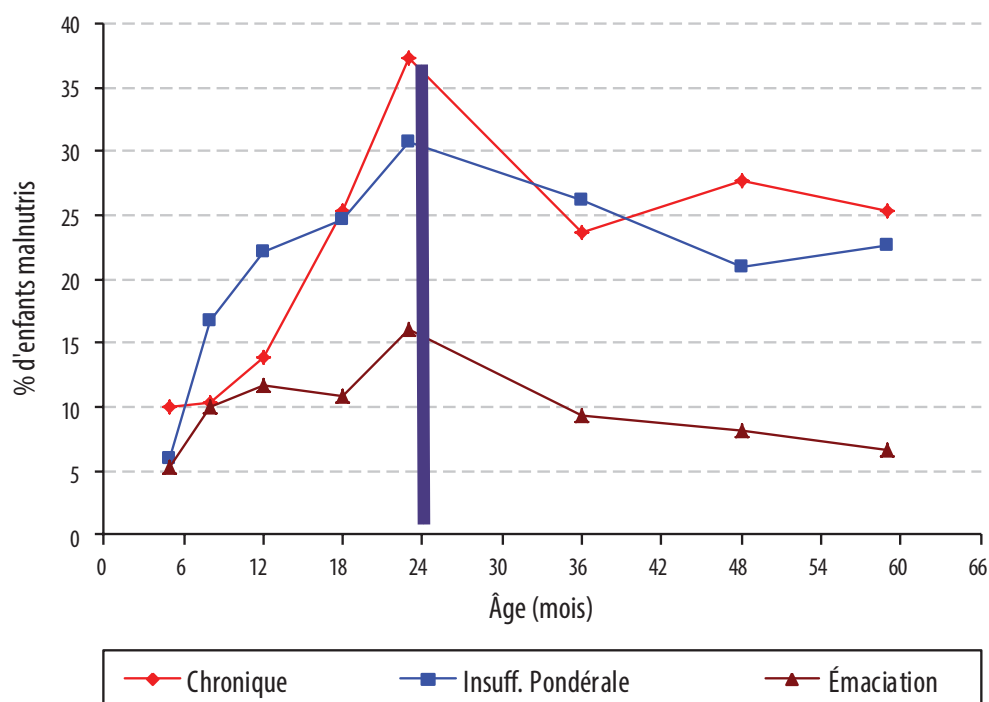


Figure 1 État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en Haïti, 2005-2006

Source EMMUS IV - 2005-06

et sont neuf fois plus à risque de mourir que les enfants non malnutris [4].

La malnutrition infantile en Haïti survient très tôt chez les enfants (figure 1). Les taux de malnutrition augmentent dramatiquement entre 0 et 24 mois et deviennent stables après 2 ans. De plus, 75 % des enfants anémiés sont âgés de 6 à 23 mois, 6 % des 9 à 11 mois ont une anémie sévère, plus de la moitié des femmes enceintes sont anémiées et 75 % des mères des enfants anémiés sont aussi anémiées [4]. Malheureusement, après l'âge de 24 mois, presque tous les dommages causés par la malnutrition sur le développement des enfants deviennent irréversibles et pourraient être transmis aux générations suivantes.

L'état nutritionnel de l'enfant est intimement lié à celui de la mère. En Haïti, plus de 50 % des femmes enceintes sont anémiées, ce qui fait que beaucoup d'enfants naissent déjà malnutris, c'est-à-dire avec une anémie ou un petit poids à la naissance (25 % des enfants naissent avec un poids inférieur à 2,5 kg). L'anémie touche aussi environ 50 % des adolescentes, qui sont de futures mères, et 47 % des femmes allaitantes.

La carence en iode touche près de deux milliards d'individus à travers le monde, dont un tiers sont des enfants d'âge scolaire [5]. En Haïti, une enquête conduite par le Ministère de la Santé Publique et de la Population en 2005 a montré que 25 % des enfants âgés de 6 à 12 ans avaient une carence en iode. Il n'existe pas de données pour les femmes enceintes, mais le faible pourcentage des ménages utilisant le sel adéquatement iodé (17 %) [4], la déforestation importante et la réduction de la

consommation des poissons de mer, notamment par les couches les plus pauvres, autorisent à penser que la prévalence de la carence en iode dans ce groupe est élevée.

Selon une étude récente de l'UNICEF, l'ampleur de la pauvreté est particulièrement très élevée chez les enfants avec 70 % qui sont affectés par au moins une forme de privation (nutrition, santé, éducation, eau, hygiène, assainissement, information, abri, etc.) [6]. Sur le plan de la nutrition, depuis l'an 2000, le pourcentage des enfants chroniquement malnutris en Haïti a augmenté de 4 % et celui des enfants avec insuffisance pondérale a augmenté de 29 %. Il n'est donc pas surprenant que le taux de mortalité infanto-juvénile reste encore très élevé dans le pays. Les formes de ces troubles nutritionnels varient :

- par leur intensité, leur gravité, leur évolution ;
- par la nature exacte du désordre nutritionnel ;
- par l'association fréquente d'autres troubles (carence en fer ou en vitamines), de malabsorption ou de maladies parasitaires ou infectieuses.

Pour ne citer que le cas de la carence en vitamine A, appelée communément « maladie de la pauvreté et de l'ignorance », on sait qu'elle frappe 32 % des enfants de 6 à 59 mois et est source de cécité crépusculaire, de cécité définitive, de baisse de performance scolaire, d'abandon scolaire, d'une moindre résistance aux infections.

Les coûts économiques de la malnutrition en Haïti sont considérables. La perte de productivité chez les individus est estimée ►

à plus de 10 % des gains de toute une vie et les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3 %. La baisse de productivité liée aux déficiences physiques et mentales (causées par des carences en micronutriments) conduit chaque année à une perte estimée à plus de 56 millions de dollars américains [7].

2. CAUSES ET CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION INFANTILE EN HAÏTI

Les pratiques inadéquates de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont une des causes majeures des taux élevés de la malnutrition infantile en Haïti. En effet, seulement 44 % des mères commencent l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement et seulement 41 % des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement. Les aliments liquides, semi-solides et solides sont introduits très tôt chez 23,7 % des enfants de moins de six mois et leur qualité est souvent inadéquate.

D'autres causes de la malnutrition infantile comprennent les maladies infectieuses, le manque de soins appropriés, le faible accès aux services de santé, eau, hygiène et assainissement, et la pauvreté.

Les conséquences de la malnutrition infantile s'observent tout au long du cycle de la vie. En effet, au cours de la jeune enfance, la malnutrition expose l'enfant à un risque élevé de mortalité, à un état de santé précaire, à un ralentissement du développement physique et mental. Par exemple, la carence en iode est responsable du crétinisme, caractérisé par un ralentissement de la croissance physique et mentale de l'enfant. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la carence en iode est la principale cause de lésions cérébrales dans l'enfance. Lorsqu'elle survient au cours de la grossesse, cette carence a des conséquences plus dramatiques, par exemple des avortements [8].

À l'âge scolaire, la malnutrition réduit la capacité d'apprentissage des enfants et augmente leur absentéisme. Plus tard dans la vie adulte, la malnutrition infantile expose à un risque accru de souffrir de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les troubles cardiovasculaires, etc., et réduit substantiellement la productivité et les gains.

3. INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR ET RÉDUIRE LES TAUX ÉLEVÉS DE MALNUTRITION EN HAÏTI

Un nombre d'**interventions essentielles, simples, prouvées, moins chères et à haut impact** peuvent réduire dans le court terme la mortalité infanto-juvénile du quart et la malnutrition chronique à l'âge de 36 mois du tiers si elles sont mises en œuvre à grande échelle.

Pour mener à bien ces interventions, il convient de mettre l'accent sur la période propice qui va **de la conception jusqu'à l'âge de 24 mois (les 1 000 jours)**. Elles comprennent :

Le début de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, ce qui confère 2,4 fois plus de chances de survie et prévient 22 % des décès néonataux.

- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et l'introduction d'aliments de complément appropriés à six mois. Ces deux mesures peuvent prévenir 19 % des décès chez les jeunes enfants;
- La supplémentation en vitamine A tous les six mois. Cela permet de prévenir de 23 à 30 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans;
- La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le but de réduire de 55 % la mortalité liée à cette affection. Les enfants souffrant de cette forme de malnutrition sont neuf fois plus à risque de mourir que ceux qui n'en souffrent pas;
- Le déparasitage des enfants âgés de 13 à 59 mois deux fois par an. Cette mesure réduit l'anémie et améliore le développement cognitif;
- Les sels de réhydratation orale + zinc pour la prise en charge de la diarrhée. On constate une diminution de 15 % de la mortalité chez les jeunes enfants;
- La prévention des petits poids à la naissance au moyen de la prise intégrée de l'anémie maternelle, y compris chez les adolescentes (fer et acide folique, déparasitage au cours du deuxième ou du troisième trimestre, prévention et traitement du paludisme) et d'une supplémentation alimentaire au besoin;
- La prévention des carences en fer et en iode à travers la supplémentation, la promotion des aliments riches en fer, y compris fortifiés, et la consommation du sel avec des niveaux adéquats en iode;
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées. On a observé une réduction de 20 % de la mortalité chez les jeunes enfants;
- La vaccination contre la rougeole;
- Le traitement du paludisme, de la pneumonie et de la malnutrition modérée par les services de santé et communautaires;
- Le lavage des mains au savon. Cette mesure réduit de 50 % la mortalité due à la diarrhée et à la pneumonie chez les jeunes enfants.

En plus de ces interventions essentielles, il faudrait parallèlement avoir des programmes d'agriculture, d'éducation, de protection sociale et de réduction de la pauvreté et mettre un accent particulier sur l'équité afin de cerner les groupes de population les plus vulnérables.

On peut constater que, pour résoudre le problème de malnutrition au cours de la petite enfance en Haïti, il est nécessaire d'avoir une approche multisectorielle coordonnée et des partenariats solides et complémentaires.

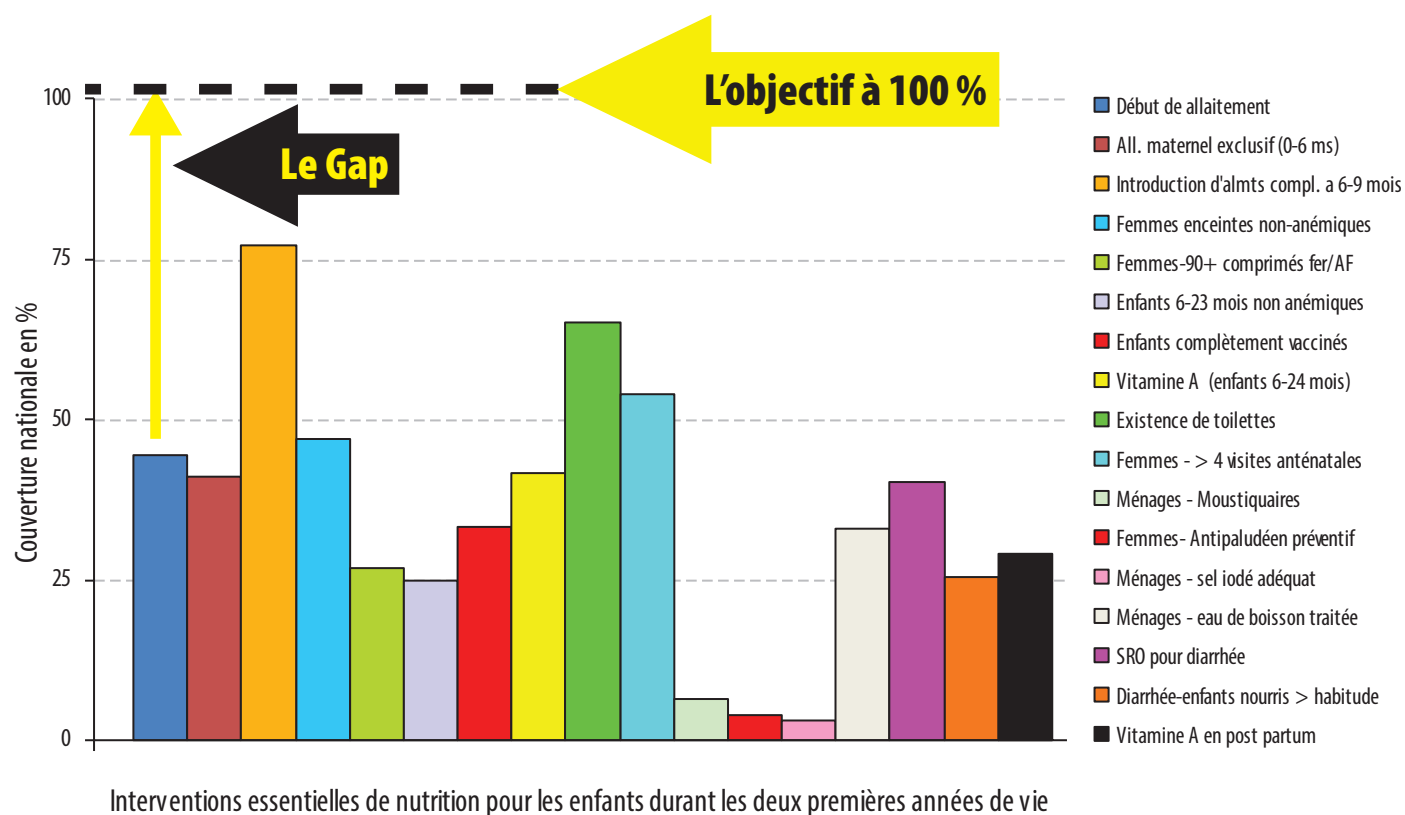


Figure 2 Écart à combler pour réaliser une nutrition optimale et prévenir la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 24 mois en Ha

4. EXPÉRIENCES PROMETTEUSES ET PROGRÈS ACCOMPLIS DEPUIS 2010

Jusqu'à récemment, la couverture des interventions essentielles pour réaliser une nutrition optimale chez les enfants de 0 à 24 mois en Haïti a été très faible (figure 2).

Depuis le tremblement de terre de janvier 2010, le gouvernement d'Haïti et ses partenaires techniques et financiers ont placé la lutte contre la malnutrition au cœur de leur programme pour la croissance et la réduction de la pauvreté, de leur vision, des stratégies et des politiques adoptées en prenant pour fondement :

la Déclaration d'Alma Atta sur les soins de santé primaires (1978) ;

- l'adoption de la Politique nationale de la nutrition (avril 2011) ;
- le Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (2010) ;
- les normes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris dans le contexte du VIH/sida (2010) ;
- les objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015 (OMD) ;
- le Programme de développement institutionnel (PDI 2003-2013) ;

- le Cadre stratégique de croissance pour la réduction de la pauvreté (2008-2010) ;
- la Stratégie nationale de sécurité alimentaire ;
- le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement en Haïti ;
- les rapports d'études et enquêtes réalisées (SMART, Sécurité alimentaire, pauvreté absolue des enfants 2007-2008, et Étude sur la dépense publique destinée aux enfants 2009-2010, etc.).

Cet engagement sans précédent s'est traduit par le pilotage d'expériences prometteuses et par des progrès tangibles dans la réduction de la malnutrition infantile. En effet, des programmes intégrés de prévention et de traitement (santé, nutrition, eau, assainissement et hygiène) ont été mis en œuvre aussi bien en milieux urbains qu'en milieux ruraux. On a accordé une attention particulière aux zones d'accès difficile qui, par le passé, manquaient cruellement de services de base. Des programmes d'éveil et de stimulation de la petite enfance ont aussi été mis en œuvre dans quelques zones avec les programmes de nutrition. La supplémentation en fer des adolescentes est devenue une priorité et une réalité dans beaucoup d'écoles, et un programme d'enrichissement des aliments de complément des jeunes enfants (de 6 à 23 mois) avec des poudres de micronutriments a été élaboré ▶

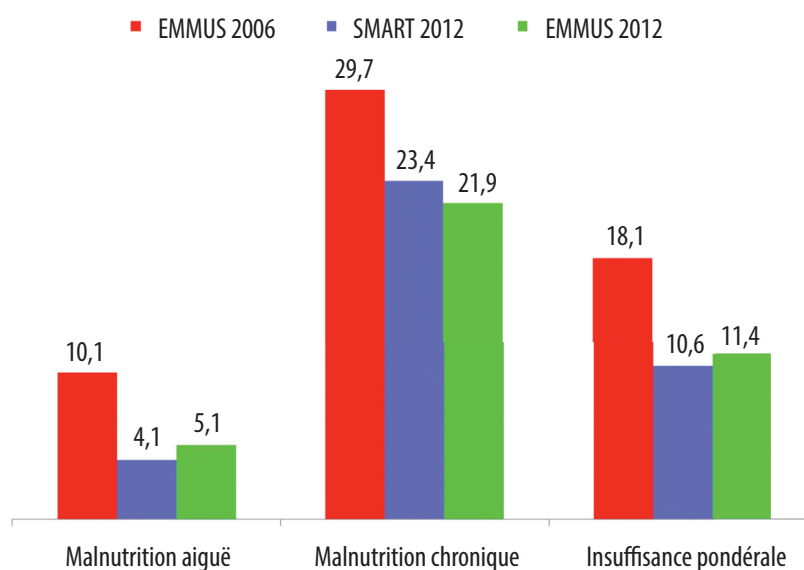


Figure 3 Évolution en % de l'état nutritionnel des enfants en Haïti (2006 vs. 2012)

et exécuté. Les programmes de promotion d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant, de la lutte contre les carences en micronutriments et de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère ont atteint une échelle et une couverture jamais égalée avant 2010. Les capacités en nutrition des institutions et ressources humaines du gouvernement et des organisations non gouvernementales ont été renforcées.

Au bout de deux ans d'application de tous ces programmes, les résultats de deux enquêtes robustes et indépendantes avec représentativité nationale s'accordent sur une réduction significative de la malnutrition infantile en Haïti comparativement à ceux de 2006 (figure 3).

5. CONCLUSION

Haïti a connu récemment des avancées importantes dans le domaine de la nutrition de la petite enfance. Ces avancées se sont traduites par des réductions significatives de la prévalence des différentes formes de malnutrition infantile. La difficulté majeure reste la pérennisation de ces acquis dans un contexte où les services de santé restent encore faibles, les communautés, non encore suffisamment organisées et le soutien des partenaires au pays, de moins en moins assuré. Toutefois, des bases solides existent et il suffirait de perpétuer l'engagement politique

du moment pour continuer à garder la nutrition en général, et celle de la petite enfance en particulier, parmi les priorités de développement d'Haïti. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 UNICEF (2013). *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for Global Progress*, http://www.unicef.org/publications/index_68661.html.
- 2 CHOPRA, M., E. MASON, J. BORRAZZO, H. CAMPBELL, I. RUDAN, L. LIU, R. E. BLACK et Z. A. BHUTTA. *Ending of preventable deaths from pneumonia and diarrhea: an achievable goal*, *Lancet*, n° 381, p. 1499-506.
- 3 BLACK, R. E., L. H. ALLEN, Z. A. BHUTTA, L. E. CAULFIELD, M. DE ONIS, M. EZZATI, C. MATHERS et J. RIVERA (2008). « Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences », *Lancet*, n° 371, p. 243-260.
- 4 CAYEMITTES, M., M. F. PLACIDE, S. MARIKO, B. BARRERE, B. SEVERE et C. ALEXANDRE (2007). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-IV): Haïti, 2005-2006*, Calverton, MD, États-Unis, Ministère de la Santé publique et de la Population, Institut haïtien de l'enfance, Macro International.
- 5 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders*, The 58th World Health Assembly, WHO, Genève, Suisse.
- 6 BRISTOL UNIVERSITY and UNICEF HAÏTI (2007). *Absolute Child Poverty in Haiti in the 21st Century*, [En ligne], <http://www.bristol.ac.uk/sps/research/projects/completed/2009/rx9144/rx9144finalreportenglish.pdf>.
- 7 BANQUE MONDIALE (2011). *Nutrition at a Glance: Haiti*, <http://www.worldbank.org/en/region/lac>.
- 8 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *La carence en iode peut-elle réellement provoquer des lésions cérébrales ?*, <http://www.who.int/features/qa/17/fr/>.

Mohamed Ag Ayoya, M.D., Ph. D. est titulaire d'un doctorat d'État en médecine obtenu à Bamako, au Mali, et d'un doctorat ès sciences (Ph. D.) en nutrition obtenu à l'Université Cornell, aux États-Unis. D'octobre 2010 à juin 2013, le docteur Ayoya a été le chef du programme Nutrition puis du programme Survie et développement du jeune enfant de l'UNICEF en Haïti. Il a aussi occupé le poste de représentant adjoint en Haïti, d'avril 2011 à janvier 2012. Avant de venir en Haïti, il a travaillé en Inde, en Sierra Leone, au bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, à l'Université Cornell (États-Unis) et au Mali. Il est l'auteur de plusieurs publications et relecteur de plusieurs journaux scientifiques. mayoya@unicef.org