



Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire)

Note de synthèse

(<http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/psynindx.htm>)



Numéro 64F

Septembre 2003

USAID/Mali et
USAID/Programme
régional d'Afrique de
l'Ouest



Liens entre la nutrition infantile et la croissance agricole au Mali : Un résumé des premiers résultats



Par

James Tefft, Valérie Kelly, Victoria Wise, et John Staatz en Collaboration avec l'Equipe de Recherche du LICNAG *

Accord de Coopération Sécurité Alimentaire III entre l'USAID, Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire) et le Département d'Economie Agricole de Michigan State University

CONTEXTE : L'étude sur les liens entre la nutrition infantile et la croissance agricole (LICNAG) cherche à expliquer le paradoxe du taux de malnutrition infantile en milieu rural au Mali qui, malgré une croissance agricole relativement forte au cours des dix dernières années, semble empirer.

Cette étude examine les impacts que la croissance agricole a eu sur la santé et le statut nutritionnel des enfants dans les trois systèmes de production agricole les plus importants du Mali que sont: les systèmes cotonniers dans la région de Sikasso et la zone de riz irrigué de l'Office du Niger qui ont tous deux récemment montré des signes de forte croissance agricole, et enfin, les systèmes de céréales sèches prédominants dans la région de Mopti, où la production a été relativement stagnante.

OBJECTIFS : Les objectifs spécifiques de l'étude sont de : (1) évaluer et comparer la prévalence du retard de croissance et de l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans dans les zones d'enquête, (2) identifier les facteurs socio-économiques associés aux taux de malnutrition plus élevés ou plus bas, avec un accent particulier sur le rôle joué par les différents types de systèmes de production

agricole, (3) comprendre comment le personnel de santé en milieu rural voit le problème de la malnutrition et ce qu'ils font pour l'affronter, (4) étudier l'étendue sur laquelle les gouvernements communaux locaux établis pendant le processus de décentralisation au Mali peuvent catalyser et coordonner des actions communautaires pour réduire la malnutrition infantile. Ce bulletin récapitule les principaux résultats clefs présentés dans quatre notes de synthèses¹ précédentes.

RÉSULTATS : Forte prévalence du retard de croissance et d'émaciation. A travers la totalité de l'échantillon, 36% des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance et 12% sont émaciés (15% souffrent d'un retard de croissance grave et 2% sont gravement émaciés). La prévalence du retard de croissance est plus élevée pour les garçons (39%) que les filles (35%). Cette prévalence

¹ N° 63 Les communes rurales du Mali: un catalyseur potentiel pour améliorer la nutrition infantile ?; N° 62 Amélioration des résultats nutritionnels grâce aux initiatives de santé communautaires; N° 61 Connaissance, attitudes et pratiques en matière de soin et d'alimentation de l'enfant: Résultats préliminaires; N° 60 Comprendre et réduire la malnutrition infantile au Mali: résultats de recherches préliminaires. Toutes ces notes de synthèse sont disponibles à http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/mali_nut/index.htm

d'émaciation et de retard de croissance augmente rapidement chez les enfants de 6 à 11 mois, et continue à croître jusqu'au 18ème mois, au moment où 40% souffrent d'un retard de croissance et 25% sont émaciés.

Moins de retard de croissance dans la zone rizicole, plus d'émaciation dans les zones de céréales sèches. Il y a une prévalence plus basse du retard de croissance (un indicateur de malnutrition chronique) dans la zone rizicole (23%) par rapport aux zones du coton (42%) et des céréales sèches (39%). Il y a également une prévalence inférieure d'émaciation (un indicateur de malnutrition épisodique) dans la zone rizicole (7%) comparée à la zone cotonnière (11%) et à la zone de céréales sèches (16%).

Pratiques alimentaires, charge du travail des mères et leurs systèmes de soutien, revenus peu élevés, et maladies sont les principaux facteurs affectant les résultats nutritionnels.

Pratiques alimentaires. Seulement 16% des enfants de l'échantillon ont bénéficié de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, malgré les recommandations à ce sujet. Les femmes ne suivent pas ces recommandations à cause de leur manque d'information sur ses bienfaits, de leurs faibles aptitudes concernant l'allaitement, des pratiques traditionnelles d'alimentation des enfants, et de leur emploi du temps de travail qui peut difficilement s'accommoder des horaires d'alimentation exigeantes d'un bébé.

Seulement 25% de mères ont systématiquement introduit leur enfant aux nourritures complémentaires au terme des 6 mois recommandés, et 32% des enfants de l'échantillon n'ont pas régulièrement reçu de nourriture solide jusqu'à ce qu'ils aient plus de 10 mois. Ces pratiques aident à expliquer la rapide augmentation de la prédominance d'émaciation et du retard de croissance entre 6 à 18 mois.

Soins des enfants, charge de travail des mères, et système de soutien.: Le temps des mères est tiraillé entre le travail et le soin des enfants. Moins de 4 semaines après l'accouchement, 58% des mères reprennent leur travail normal parce que le système social existant ne leur procure aucun soutien approprié pour leur permettre d'accomplir les tâches ménagères, de s'occuper de leurs autres enfants et de fournir un travail aux champs. De même, beaucoup de femmes ne peuvent pas prendre le risque de perdre leurs revenus en réduisant le temps qu'elles passent en activités génératrices de revenus, à la ferme ou ailleurs.

Les exigences vis-à-vis du temps des femmes sont aggravées par le manque de forages et de moulins à céréales en état de fonctionnement, qui sont en panne faute d'un arrangement pour assurer l'entretien de ces biens communaux.

Revenu plus élevé associé à une meilleure nutrition. Les revenus des ménages et celui des mères sont en corrélation positive avec une meilleure nutrition (les revenus des mères démontrent une association plus élevée). La prévalence du retard de croissance est significativement inférieure chez les enfants des mères du quartile de revenus le plus élevé (24%) par rapport aux niveaux des trois quartiles de revenus inférieurs (38-40%). Ceci suggère que le revenu des mères devrait atteindre un certain seuil avant qu'il puisse avoir un impact important sur la réduction de la malnutrition. Les enfants des mères du quartile de revenus le plus élevé sont plus susceptibles de recevoir les nourritures complémentaires après six mois (32%) que ceux des mères dans les quartiles inférieurs (19%). Un plus grand accès et un contrôle des biens de productions par les mères et pères des enfants en bas âge peuvent aider à expliquer les meilleurs résultats de nutrition dans la zone rizicole économiquement dynamique et fortement productive. Le revenu global de la famille est également élevé dans la zone cotonnière mais il est contrôlé par le chef de la famille étendue et

n'est pas toujours disponible aux parents de jeunes enfants.

L'analyse montre que la pauvreté et le manque de ressources affectent le foyer entier, et conditionnent la capacité des parents à prendre soin de leurs enfants et à les nourrir. Les foyers ne mangent par exemple qu'un repas par jour et ont peu de revenus disponibles pour acheter des moustiquaires ou payer les soins de santé. Ils ne disposent pas non plus d'assez de temps et de ressources pour préparer les multiples repas riches en nutriments dont les enfants ont besoin.

Les taux de morbidité sont élevés chez les enfants mal nourris. Les deux maladies les plus communes rapportées par les personnes en charge du soin des enfants sont la fièvre/paludisme et la diarrhée (48% et 21% de toutes les crises de maladie). Les crises de maladie entraînent une perte significative de poids, perpétuant ainsi le cercle vicieux des maladies récalcitrantes et du retard de croissance.

Les taux élevés de morbidité sont exacerbés par une éducation limitée, de mauvaises conditions hygiéniques et sanitaires, et un manque d'accès et d'utilisation d'eau potable. Les effets néfastes de la maladie sur les enfants sont aggravés par des soins inadéquats, des pratiques alimentaires et des traitements inadaptés qui leur sont fournis quand ils sont malades.

La nutrition est un problème invisible. Les entrevues avec les professionnels des centres de santé communautaires et les maires des communes dans les zones d'enquêtes ont indiqué que personne ne se rendait compte de l'ampleur et de la gravité du retard de croissance et d'émaciation dans leur zone. Un manque de connaissance du problème et une faible compréhension de ses causes représentent un obstacle majeur à n'importe

quelle tentative d'amélioration de la nutrition infantile.

Disponibilité des services nutritionnels. Différentes discussions avec le personnel de santé ont révélé qu'aucun des centres de santé communautaires dans les zones d'enquête n'organisaient actuellement de services préventifs et promotionnels visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans. Ce manque de services est en partie le résultat d'une faible demande. La demande est faible car la nutrition est un problème invisible pour les familles et les communautés autant que pour le personnel de santé et les représentants locaux.

IMPLICATIONS : Les résultats des recherches du LICNAG indiquent la nécessité d'une approche multisectorielle afin d'aborder les nombreux facteurs affectant les résultats nutritionnels. Les expériences dans d'autres pays prouvent que des partenariats entre les communautés, les gouvernements locaux et le personnel ministériel décentralisé pour développer des actions innovatrices et durables menées par les communautés qui croisent plusieurs secteurs sont efficaces pour réduire la malnutrition infantile.

Pour pouvoir réussir au Mali, les partenariats devront faire face aux principaux défis identifiés par cette étude : développer des stratégies de communication pour sensibiliser la conscience collective au sujet des problèmes nutritionnels et leurs solutions; identifier les rôles spécifiques pour les communes dans une approche multisectorielle à base communautaire ; et mobiliser des ressources financières fiables pour mettre en œuvre les actions menées par la communauté. Avec un environnement politique favorable déjà établi (c'est -à- dire, un gouvernement décentralisé, des services de santé gérés par les communautés, et des politiques agricoles axées

sur la productivité), le Mali doit mettre en application des actions pilotes au niveau local afin de déterminer la manière la plus efficace pour les interventions sectorielles d'être mises en application, coordonnées et soutenues, et d'identifier les contributions spécifiques que les communes peuvent réaliser dans le but d'établir des processus efficaces pour mener des actions liées à la nutrition.

*Equipe de Recherche: Modibo Diarra (DSSAN/CPS/MH), Fatimata Ouattara (INRSP), Aissata Diani (IER), Guediouma Tangara (DNSI); Mbaye Yade and Daouda Keita (MSU/INSAH); Valérie Kelly, John Staatz et James Tefft (MSU); Chris Penders (University of Michigan); et Victoria Wise (Consultante). Les points de vue formulés dans ce document sont exclusivement ceux des auteurs.

Les travaux de cette synthèse ont été menés aux termes de l'Accord de Coopération pour la Sécurité Alimentaire II (PCE-A-00-97-00044-00) entre Michigan State University et l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), par le biais du Bureau de l'Agriculture et de la Sécurité Alimentaire du Bureau de Croissance Economique du Bureau Global (G/EGAT/AFS). L'agence de l'USAID/Mali a également fourni à l'Accord de Coopération SA II un financement supplémentaire pour la présente recherche.