



Association pour le développement de l'éducation en Afrique

Biennale de l'éducation en Afrique
(Libreville, Gabon, 27-31 mars 2006)

Programmes DPE efficaces et généralisables

Session parallèle C- 2

**Préparer l'enfant à l'école :
travailler avec les familles
et les communautés**

Garantir des pratiques efficaces de soin au sein de la
famille et de la communauté

par Isatou Jallow

**Document de travail
en cours d'élaboration**

NE PAS DIFFUSER

DOC C-2.1

Ce document a été préparé initialement par le Groupe de travail de l'ADEA sur le développement de la petite enfance (GTDPE) pour la Troisième conférence africaine internationale sur le développement de la petite enfance qui s'est déroulée du 30 mai au 3 juin 2005 à Accra, au Ghana. Le document a été présenté de nouveau à la biennale de l'ADEA (Libreville, Gabon, 27-31 mars 2006).

Les points de vue et les opinions exprimés dans ce document sont ceux de(s) l'auteur(s) et ne doivent pas être attribués à l'ADEA, à ses membres, aux organisations qui lui sont affiliées ou à toute personne agissant au nom de l'ADEA.

© Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) – 2006

Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA)

Institut international de planification de l'éducation

7-9 rue Eugène Delacroix

75116 Paris, France

Tél. : +33(0)1 45 03 77 57

Fax : +33(0)1 45 03 39 65

adea@iiep.unesco.org

Site web : www.ADEAnet.org

DERNIERE VERSION

**GARANTIR DES PRATIQUES EFFICACES DE SOIN AU SEIN DE LA
FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTE**



Fichiers NaNA (GAM) Soins à la fratrie

Isatou Jallow
Directeur Exécutif
National Nutrition Agency (NaNA)
P.M.B. 162
Banjul
Gambie
nana@qanet.gm

CONTEXTE

Le thème de ce document « Garantir des pratiques efficaces de soins au sein de la famille et de la communauté » soulève quelques questions telles que : les concepts de « soins » et de « pratiques de soins » sont-ils bien compris ? Comment définir les pratiques de soins dans le contexte africain ? Où intervient la responsabilité de la communauté pour garantir des pratiques efficaces de soins au sein des familles et des communautés ?

Au sens le plus élémentaire, lorsque l'on parle de s'occuper de quelqu'un, on pense immédiatement inquiétude, sentiment de responsabilité et éventuellement d'affection pour une personne adulte ou enfant. Ces sentiments peuvent se traduire par des actions que l'on peut de façon très générale qualifier de pratiques de soins. Ainsi, tout être humain peut à un moment ou à un autre de sa vie et dans des circonstances normales, avoir fait l'objet ou faire l'objet d'une forme de soins.

Quelle est l'importance des soins dans le cadre africain ? Cette question trouve une réponse partielle dans la *Stratégie Régionale Africaine pour la Nutrition (1993-2003)* adoptée par le Conseil des Ministres de ce qui était alors l'OUA, lors de sa 58^e session ordinaire en 1993. Les « soins inadéquats » sont considérés comme un facteur important dans *le statut nutritionnel médiocre des femmes et des enfants en Afrique*. Il est même ajouté que « les soins inadéquats » sont le résultat de la dislocation du système africain traditionnel de famille élargie qui prenait soin des enfants, en particulier dans les régions urbaines.

Ce document tente de voir de quelle manière il est possible de garantir des pratiques efficaces de soins au sein des familles et des communautés dans la région africaine. Pour ce faire, le document analyse la situation actuelle des pratiques de soins, les facteurs influençant les pratiques de soins ainsi que les défis et les opportunités qui y sont liés. Les points considérés essentiels pour garantir l'efficacité des pratiques de soins seront examinés en tant qu'éléments de la « voie du progrès » permettant d'instaurer des pratiques de soins efficaces au sein des familles et des communautés.

Définir les soins

Une définition formelle des soins a été donnée lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition en 1992. Soins signifie « offrir à la famille et à la communauté du temps, de l'attention, du soutien pour répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux de l'enfant en croissance et des autres membres de la famille » (FAO/OMS, 1992).

Autre définition de soins : « l'offre de ressources à la famille et à la communauté sous forme de temps, d'attention, d'amour et de compétences à répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux des groupes vulnérables sur le plan de la nutrition » (Longhurst, 1995).

Les soins ont aussi été définis comme « les comportements et les pratiques des soignants (mères, frères et soeurs, pères, et auxiliaires de garderie) pour apporter nourriture, santé, soins, stimulation, et soutien émotionnel nécessaires pour une croissance et un développement sain de l'enfant (Engle et Lotska, 1999). La définition va plus loin et ajoute que « ces pratiques traduisent la sécurité alimentaire et les ressources des soins de santé en bien-être de l'enfant ». De plus, elle signale que ce ne

sont pas les seules pratiques qui sont essentielles pour la croissance et le développement de l'enfant, mais également la façon dont ces pratiques sont dispensées, avec affection et réactivité pour l'enfant.

Les trois définitions sont similaires avec quelques légères nuances. L'enfant en croissance semble être le premier bénéficiaire des soins mais les autres membres de la famille et ceux désignés par « nutritionnellement vulnérables » sont aussi concernés par les soins.

Les soins peuvent être divisés en trois catégories - soins nutritionnels, psychosociaux et physiques. Certaines de ces pratiques sont dispensées dans l'environnement familial, mais les soins préventifs et curatifs incluent les soins prénatals, et sont dispensés en dehors de l'environnement familial (FAO/OMS 1992).

Encadré 1 : Exemples de pratiques de soins dans toutes les catégories

- Allaitement au sein,
- Offrir une sécurité émotionnelle et réduire le stress de l'enfant,
- Offrir abri, vêtements, nourrir, baigner, surveiller la toilette des enfants ;
- Prévenir et soigner les maladies;
- Réconforter et montrer de l'affection, interaction et stimulation;
- jouer et socialiser;
- protéger de l'exposition aux pathogènes;
- offrir un environnement relativement sûr à explorer.

Source: FAO/OMS CIN 1992

Les pratiques de soins telles que celles énoncées dans l'encadré 1 peuvent également être classées dans d'autres catégories : celles qui touchent directement l'enfant, celles qui touchent directement la mère et celles qui touchent la mère et l'enfant. Néanmoins, comme le dit la Stratégie Globale sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, « *les mères et les bébés forment une unité biologique et sociale inséparable ; la santé et la nutrition d'un groupe ne peut être isolée de la santé et de la nutrition de l'autre.* » C'est ainsi que la plupart pour ne pas dire toutes les pratiques de soins profiteront à la mère et à l'enfant. Van Esterik (1995) l'énonce plus succinctement en disant que « les soins sont une bénédiction réciproque ».

S'il existe une seule pratique de soins qui s'inscrit dans toutes les catégories mentionnées ci-dessus, c'est bien l'allaitement au sein, qui a été décrit comme le fondement même des soins (Armstrong, 1995). Le mélange lait maternel produit et allaitement au sein processus est un soin nutritionnel, psychosocial autant que physique. L'allaitement au sein est également bon pour la santé de la mère allaitante (Dermer, 1998).

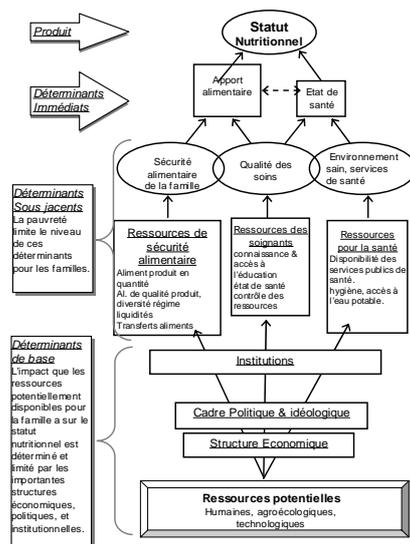
Sécurité Nutritionnelle, Soins et Développement de la Petite Enfance

Les soins ont longtemps été une composante silencieuse de la sécurité nutritionnelle. De nos jours, la sécurité nutritionnelle se définit comme « la sécurité alimentaire associée à un environnement sain, à des services de santé adéquats et à des soins avertis pour favoriser un bon statut nutritionnel tout au long de la vie et au fil des

générations » (Benson 2004). Nous savons aujourd'hui qu'en l'absence de soins adéquats, ni la sécurité nutritionnelle ni la sécurité sanitaire de l'enfant ne peuvent être assurées.

Ceci ressort encore plus clairement dans le cadre conceptuel de l'UNICEF (Figure 1) sur les déterminants du statut nutritionnel qui part des plus immédiats jusqu'aux déterminants de base. Il est clair que le statut nutritionnel de l'enfant est avant tout influencé par l'apport alimentaire et par l'absence ou la présence de maladie. Cependant, au niveau des ménages, les facteurs sous-jacents incluent l'accès à une alimentation adéquate et appropriée, la sécurité alimentaire, des pratiques de soins adéquates pour la mère et l'enfant, la pertinence des mécanismes de prévention et de contrôle des maladies (services de santé adéquats notamment l'eau potable et une bonne hygiène) ainsi que les connaissances des mères et des soignants, l'accès à l'éducation, l'état de santé et le contrôle des ressources (Benson, 2004). Ce cadre va encore plus loin en identifiant les causes essentielles, notamment la situation économique, sociale et politique du pays.

Figure 1. Cadre conceptuel de l'UNICEF sur les déterminants du statut nutritionnel (adapté par Benson, 2004)



7

Développement de l'Enfant

« Stimuler un enfant c'est comme motiver un employé – le résultat est plus important ».

Le développement de l'enfant est multidimensionnel et interdépendant. Les performances sociales, émotionnelles, cognitives et moteurs de l'enfant sont liées non seulement à son schéma de comportement, mais à également à son statut nutritionnel et à son état de santé. Les premières années, c.-à-d. les trois premières années de la vie de l'enfant, sont essentielles pour un bon développement psychosocial en termes d'intelligence, de personnalité et de comportement social.

On sait également que le développement du cerveau chez les enfants de moins d'un an est rapide et considérable et qu'il est vulnérable aux influences de l'environnement comme la nutrition, la santé, les soins et la stimulation. C'est pourquoi une intervention précoce au niveau de la nutrition, de la santé et des soins est essentielle. De même une stimulation précoce comme chanter des chansons ou parler à l'enfant le rend plus réactif.

Ainsi, la stratégie pour le développement de la Petite enfance (DPE) reflète une approche intégrée qui favorise une vision holistique de l'enfant et la coordination des activités dans cinq domaines prioritaires –santé, eau, hygiène et assainissement, nutrition, stimulation/éducation précoce et protection. Cette approche reconnaît également l'indivisibilité des Droits de l'Enfant (UNICEF, 2000).

Les capacités de développement mental et social de l'enfant dépendent des systèmes biologiques façonnés par les expériences préalables et les liens noués. Les études montrent que les enfants qui bénéficient d'une solide affection dès leur petite enfance, fonctionnent mieux dans la société et ont de meilleurs résultats à l'école. L'importance des interactions soignant – enfant pour la survie et le développement sain des jeunes enfants est bien documentée dans une analyse de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004).

Encadré 2 Diverses catégories de développement

Le développement est en général divisé en plusieurs catégories :

- *Le développement cognitif (ou mental)* concernant la mémoire, la résolution de problèmes et le sens numérique
- *Le développement du Langage*, ou la capacité de communiquer avec les autres, de comprendre ce qui est dit et d'exprimer des pensées (langage réceptif et expressif)
- *Le développement Socio émotionnel*, concernant la compréhension de la relation avec l'autre, la capacité de se maîtriser et de maîtriser ses émotions, le développement des compétences sociales
- *Le tempérament*, une tendance biologique qui fait que l'enfant accepte facilement ou difficilement la routine ou les situations nouvelles
- *Le développement de la motricité fine et globale*, notamment les capacités de l'enfant à s'asseoir, à courir, et à manipuler de petits objets

Source: OMS, 1999

Dispenser des soins

Les femmes ont des rôles multiples : reproduire, réconforter, soigner et produire et sont considérées comme le groupe de soignants le plus important au niveau mondial. En Afrique, ces soins dépassent en général le cercle de la famille immédiate pour inclure d'autres membres de la famille élargie et même de la communauté. Mais qui s'occupe du soignant – comment peut-on garantir « des soins au soignant » et comment cela se traduit-il par une amélioration de la « capacité du soignant à soigner » ?

Van Esterik (1995) dans son article intitulé « soins, dispense de soins et soignants » et Winkvist (1995) dans « Etat de santé et statut nutritionnel du soignant et effet sur la capacité de dispenser des soins » se sont penchés sur ces questions. Baker et al. (1996) parle également de l'amélioration de la nutrition des femmes pour un impact positif sur la survie de l'enfant et la santé de la reproduction. Une approche du cycle

de vie est donc proposée à juste titre pour traiter la santé et la nutrition des femmes et par là même, la santé et la nutrition de leurs enfants et d'autres membres de la famille (Banque Mondiale, 1994).

Encadré 3 Exemples de pratiques de soins maternels

- Services de planification familiale
- Soins prénatals
- Accompagnement compétent à la naissance
- Soins Post-natals
- Lois sur la protection de la maternité
- Education
- Réduire la charge de travail de la mère
- Réduire le stress de la mère
- Montrer attention et affection aux femmes

Il existe en Afrique d'autres catégories de soignants qu'il faut prendre en considération : les grands-mères et les frères ou sœurs plus âgés. Ils s'occupent énormément des enfants, tout particulièrement en l'absence de la mère.

Le rôle de soignants des hommes peut néanmoins être sous estimé car traditionnellement ce sont les femmes qui sont perçues comme soignantes. Les pères peuvent s'occuper des mères et de leurs enfants de différentes façons. Par exemple en s'assurant qu'ils consomment des aliments nutritifs ; en s'assurant que leurs épouses enceintes se rendent aux visites prénatales ; en encourageant et aidant les mères à pratiquer l'allaitement au sein exclusif ; en s'assurant que les enfants reçoivent tout ce qu'il faut pour être immunisés ; en s'assurant que leurs enfants, en particulier les fillettes reçoivent une éducation. *Des études sont néanmoins nécessaires pour identifier et documenter la contribution des pères (hommes) aux soins.*

Indicateurs de soins pour les femmes et les enfants

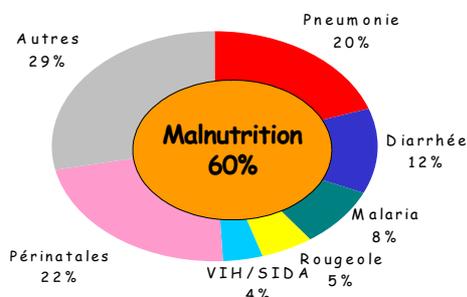
Lors de l'évaluation des soins, il est important de noter que les soins comportent non seulement des intrants et des extrants mesurables, mais également des processus. Les soins contribuent également à réaliser l'impact souhaité, par ex. le statut nutritionnel de l'enfant ainsi que la réduction de la mortalité infantile.

En Afrique Subsaharienne, des pratiques de soins adéquates permettraient de réduire le taux de mortalité chez l'enfant. La rougeole par exemple est une des principales causes de mortalité chez les enfants. Une pratique de soins importante serait donc la fréquentation des services de santé préventive pour immuniser les enfants contre la rougeole. L'usage de moustiquaires traitées à l'insecticide est également une pratique de soins qui peut réduire la malaria chez les femmes et les enfants.

On estime que la malnutrition est responsable de la mort de 60% des enfants dans les pays en développement (figure 2). La malnutrition de l'enfant est considérée comme le résultat combiné de l'insécurité alimentaire, de soins inadéquats et de soins ou de services de santé inadéquats. Le statut nutritionnel de l'enfant peut donc nous donner des informations sur le statut du Développement de la Petite Enfance, notamment le caractère adéquat des soins.

Figure 2. Causes de mortalité infantile en Afrique Subsaharienne

Adapted from WHO World Health Report, 2002



Comment mesurer la justesse des soins ? Le Tableau 1 donne une liste des indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer la justesse ou l'inadéquation des soins pour les femmes et pour leurs enfants.

Tableau 1. Sélection d'indicateurs pour évaluer le niveau de soins des femmes et des enfants

Taux de Mortalité chez l'enfant	Taux de Mortalité chez la mère
Statut nutritionnel – insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation	Indice de Masse Corporelle (IMC)
Faible poids de naissance	Soins compétents à l'accouchement
Statut des Micronutriments –Fer, Vitamine A, Iode	Contrôle de la prise de poids pendant la grossesse
Couverture d'immunisation; rougeole, tuberculose, toxoïde tétanique	Soins prénatals
Taux de l'allaitement exclusif	Disponibilité/utilisation des services de planning familial
Pratiques alimentaires complémentaires	Supplémentation en fer/folate
Contrôle de la croissance	Durée du congé de maternité – secteur formel
Utilisation de moustiquaires traitées avec un insecticide	Soutien aux femmes dans le secteur non formel
Supplémentation en vitamine A	Alimentation en eau propre et bonne hygiène
Utilisation de sel iodé	Offre de garderies

Ce document ne donne de données que sur certains de ces indicateurs. Ceci s'explique par l'insuffisance de données réellement représentatives sur le plan national et de données disponibles en temps utile en Afrique Subsaharienne. Une bonne partie des données de ce document proviennent donc des estimations des Agences des Nations Unies.

FEMMES ET ENFANTS - APERCU DE LEUR SITUATION

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, Article 25 : « *La maternité et l'enfance ont droit à une aide et une assistance spéciales* ».

En utilisant le tableau 2 ci-dessus, quel est l'état des soins pour les femmes et leurs enfants ?

Taux de mortalité

Il est difficile de mesurer les taux de mortalité maternels en Afrique en raison de la médiocrité des informations sur la santé et des systèmes d'enregistrement des données vitales (AbouZahr & Wardlaw, 2001). Quelles que soient les contraintes, les estimations qui donnent 940 morts chez les mères pour 100000 naissances vivantes en Afrique Subsaharienne avec un ordre de grandeur de 150 pour 2000, démontrent l'urgence de la situation (UNICEF, 2004).

Des soins maternels adéquats et efficaces sont essentiels pour réduire la mortalité chez la mère qui a pour causes majeures les hémorragies, les éclampsies, les avortements non médicalisés, les infections et l'arrêt de la progression du travail. Certaines de ces causes sont influencées par les facteurs nutritionnels ; par exemple une femme dénutrie est plus susceptible aux infections alors qu'une femme dont la croissance s'est arrêtée pour des raisons nutritionnelles court plus de risques de travail interrompu. La mort d'une mère peut également être considérée comme une double tragédie car dans la plupart des cas, la mort de la mère entraîne également celle de l'enfant (Greenwood, 1987).

Quatre millions de morts prénatales, 4 millions de morts-nés et 0,5 million de morts chez les mères sont les estimations globales portant sur une année ! Une publication récente intitulée « *4 millions de morts néonatales : Quand ? Où ? Pourquoi?* » (Lawn et al. 2005) insistait sur ces chiffres. La publication insiste également sur la proportion de morts néonatales représentant 38% des morts de moins de cinq ans, l'Afrique subsaharienne ayant le taux le plus élevé de morts néonatales. De plus sur 18 pays ayant un Taux de Mortalité Néonatale (TMN) supérieure à 45 pour mille, quatorze sont des pays d'Afrique Subsaharienne. Les pays en situation de conflits comme la Sierra Leone et le Liberia enregistrent les taux les plus élevés.

La prématurité et les infections sévères comme la pneumonie, la sepsis, la diarrhée, le tétanos et les complications liées à l'asphyxie sont les causes principales de la mortalité néonatale. Dans des cadres de mortalité très élevés : TMN>45, près de 50% les morts sont dues à des infections sévères comme la diarrhée et le tétanos. La majorité de ces morts peuvent être évitées avec des soins appropriés. La Gambie a fait une étude qui porte sur un exemple spécifique de pratiques d'alimentation inadéquates contribuant aux morts prénatales dans laquelle un lien a été établi avec l'alimentation pré lactéale (liquides) et la mortalité néonatale (Leach et al. 1999). La santé maternelle et les soins de santé sont des déterminants importants de la survie néonatale.

Chez les enfants de moins de cinq ans, près de onze millions meurent chaque année de causes qui peuvent être évitées. Sur les quarante deux pays où se produisent 90% de ces morts, vingt trois sont des pays d'Afrique Subsaharienne où on recense 41% de ces morts. Les facteurs de risque identifiés incluent : un environnement insalubre, de l'eau sale et impropre à la consommation, de mauvaises conditions d'hygiène avec comme facteur sous-jacent la dénutrition (Black et al. 2003).

Etat Nutritionnel

« Une taille insuffisante par rapport à l'âge reflète les effets cumulés des nombreuses agressions que l'enfant a subies comme nourrisson et au cours de sa petite enfance. Cela commence à la naissance et se poursuit pendant les premières trois années et demies de la vie, après quoi c'est irréversible » (Lutter 2003)

Si la malnutrition diminue dans la majorité des pays du monde, elle augmente dans les pays d'Afrique Subsaharienne en terme de nombre et de prévalence (NU/SCN 2004). Selon le classement de l'OMS (tableau 1), l'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont élevés en Afrique.

Tableau 2 : Classification pour évaluer la sévérité de la malnutrition par type de prévalence (%) chez les enfants de moins de 5 ans

Indicateur	Interprétation	Sévérité de la malnutrition par taux de prévalence %			
		Faible	Moyen	Elevé	Très élevé
Retard de croissance Petite taille par rapport à l'âge	Malnutrition chronique : Processus d'incapacité à atteindre une croissance potentielle linéaire en raison de conditions de nutrition et/ou de santé sous optimales. Niveaux de retards de croissance associés aux conditions socio économiques de la population	<20	20-29	30-39	≥ 40
Insuffisance pondérale Poids faible par rapport à l'âge	Combinaison de malnutrition chronique et aiguë	<10	10-19	20-29	≥ 30
Emaciation/maigreur Poids faible par rapport à la taille	Malnutrition aiguë : Processus récent et sévère de perte de poids, souvent influencé par la faim à court terme et ou une maladie sévère	<5	5-9	10-14	≥ 15

Source : Séries Rapport Technique de l'OMS no. 854 1995

Tableau 3. Estimation de la prévalence et du nombre d'enfants chétifs 1990-2005

Sous-région de l'Afrique	Prévalence de l'insuffisance pondérale %			Nombre d'enfants en insuffisance pondérale (millions)		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Ouest	33,8	32,9	32,0	11,8	12,7	13,9
Centrale	40,0	37,8	35,8	6,3	6,8	7,4
Est	44,4	44,4	44,4	17,3	19,4	21,6
Nord	24,4	21,7	19,1	5,1	4,6	4,2
Australe	25,0	24,6	24,3	1,4	1,5	1,4
Afrique	36,1	35,2	34,5	41,9	45,1	48,5

Source : 5^e Rapport sur la situation de la Nutrition dans le monde, ACC/SCN 2004

Tableau 4. Estimation de la prévalence et du nombre d'enfants en insuffisance pondérale 1990-2005

Sous-région de l'Afrique	Prévalence de l'insuffisance pondérale %			Nombre d'enfants en insuffisance pondérale (millions)		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Ouest	27,5	27,1	26,8	9,6	10,5	11,7
Centrale	26,9	26,1	25,3	4,2	4,7	5,3
Est	27,9	29,2	30,6	10,9	12,8	14,8
Nord	10,9	9,7	8,6	2,3	2,1	1,9
Australe	13,9	13,7	13,6	0,8	0,8	0,8
Afrique	23,9	24,2	24,5	27,8	30,9	34,5

Source : 5^e Rapport sur la situation de la Nutrition dans le monde, ACC/SCN

Tableau 5. Estimation de la prévalence et du nombre d'enfants émaciés 1995-2005

Sous-région de l'Afrique	Prévalence de l'émaciation (%)			Nombre d'émaciés (millions)		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Ouest	10,5	10,3	10,2	3,7	4,0	4,4
Centrale	7,0	9,1	11,9	1,1	1,6	2,5
Est	6,6	7,6	8,7	2,6	3,3	4,2
Nord	4,7	6,2	8,0	1,0	1,3	1,7
Australe	3,7	4,9	6,6	0,2	0,3	0,4
Afrique	7,7	8,3	9,5	8,5	8,5	13,3

Source : 5^e Rapport sur la situation de la Nutrition dans le monde, ACC/SCN

Le Tableau 6 ci-dessous montre la situation dans les pays individuels concernant les trois indicateurs de malnutrition. Trente sur 46 pays d'Afrique Subsaharienne enregistrent des taux élevés à très élevés d'insuffisance pondérale (poids faible pour l'âge) et 28 ont des taux élevés à très élevés de retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge). Un nombre moins important de pays, c.-à-d. 17 ont des taux élevés à très élevés d'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille). Il existe également des différences à l'intérieur du pays où la malnutrition de l'enfant est plus faible dans les zones urbaines que dans les zones rurales. La situation actuelle est effrayante et doit être inversée.

Des pratiques efficaces de soins au sein de la famille peuvent-elles contribuer à la réduction des taux de malnutrition ? On peut y apporter une réponse partielle dans une étude analysant la raison d'une malnutrition plus faible dans les villes que dans les zones rurales. L'étude a constaté que les enfants des villes ont des mères mieux nourries avec un comportement axé sur de meilleures pratiques de santé. Ces mères ont également une plus grande probabilité de recevoir des soins prénatals et des soins à la naissance. De plus, les pratiques d'alimentation du nourrisson et les soins de l'enfant ont plus de probabilité d'être meilleures dans les zones urbaines (Smith et al. 2004).

Les données sur la fourniture d'eau propre et de sanitaires adéquats (UNICEF, 2004) montrent que les zones urbaines sont moins désavantagées.

**Tableau 6 : Indicateurs de nutrition pour les enfants de 0 – 5 ans en Afrique Subsaharienne *1995-2003
sauf indication contraire**

Pays	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans 2003	% faible poids de naissance des nourrissons <2,500 grammes 1998-2003*	Insuffisance pondérale Poids par rapport à l'âge < -2SD % Sévérité	Retard de croissance Taille par rapport à l'âge < -2SD % Sévérité	Emaciation Poids par rapport à la taille < -2SD % Sévérité
Afrique Subsaharienne	175	14	29 Elevé	38 Elevé	9 Moyen
Afrique du Sud	66	15	12 Moyen	25 Moyen	3 Faible
Angola	260	12	31 Très élevé	45 Très élevé	6 Moyen
Bénin	154	16	23 Elevé	31 Elevé	8 Moyen
Botswana	112	10	13 Faible	23 Moyen	5 Moyen
Burkina Faso	207	19	34. Très Elevé	37 Elevé	13 Elevé
Burundi	190	16	45 Très élevé	57 Très élevé	8 Moyen
Cameroun	166	11	21 Elevé	35 Elevé	5 Moyen
Cape Vert	35	13	14x Moyen	16x Faible	6x Moyen
Comores	73	25	25 Elevé	42 Très élevé	12 Elevé
Congo	108	-	14 Moyen	19 Faible	4 Faible
Cote d'Ivoire	192	17	21 Elevé	25 Moyen	8 Moyen
Guinée Equatoriale	146	13	19 Moyen	39 Elevé	7 Moyen
Erythrée	147	21x	40 Très élevé	38 Elevé	13 Elevé
Ethiopie	204	15	47 Très élevé	52 Très élevé	11 Elevé
Gabon	91	14	12 Moyen	21 Moyen	3 Faible
Gambie	123	17	17 Moyen	19 Faible	9 Moyen
Ghana	95	11	25 Elevé	26 Moyen	10 Elevé
Guinée	160	12	23 Elevé	26 Moyen	9 Moyen
Guinée Bissau	204	22	25 Elevé	30 Elevé	10 Elevé
Kenya	123	11	20 Elevé	31 Elevé	6 Moyen
Lesotho	84	14	18 Moyen	46 Très élevé	5 Moyen
Liberia	235	-	26 Elevé	39 Elevé	6 Moyen
Madagascar	126	14	33 Très élevé	49 Très élevé	14 Elevé
Malawi	178	16	22 Elevé	45 Très élevé	5 Moyen
Mali	220	23	33 Elevé	38 Elevé	11 Elevé
Mauritanie	183	-	32 Elevé	35 Elevé	13 Elevé
Maurice	18	13	15 Moyen	10 Faible	14 Elevé
Mozambique	158	14	24 Elevé	41 Très élevé	4 Moyen
Namibie	65	14	24 Elevé	24 Moyen	9 Moyen
Niger	262	17	40 Très élevé	40 Très élevé	14 Elevé
Nigeria	198	14	29 Elevé	38 Elevé	9 Moyen
Ouganda	140	12	23 Elevé	39 Elevé	4 Moyen
République Afrique Centrale	180	14	24 Elevé	39 Elevé	9 Moyen
Rep. Dem. Congo	205	12	31 Très élevé	38 Elevé	13 Elevé
Rwanda	203	9	27 Elevé	41 Très élevé	6 Moyen
Sao Tome et Principe	118	-	13 Moyen	29 Moyen	4 Low
Sénégal	137	18	23 Moyen	25 Moyen	8 Moyen
Seychelles	15	-	6x Faible	5x Faible	2x Faible
Sierra Leone	284	-	27 Elevé	34 Elevé	10 Elevé
Somalie	225	-	26 Elevé	23 Moyen	17 Elevé
Swaziland	153	9	10 Moyen	30 Elevé	1 Faible
Tanzanie	165	13	29 Elevé	44 Très élevé	5 Moyen
Tchad	200	17x	28 Elevé	29 Moyen	11 Elevé
Togo	140	15	25 Elevé	22 Moyen	12 Elevé
Zambie	182	12	28 Elevé	47 Elevé	5 Moyen
Zimbabwe	126	11	13 Moyen	27 Moyen	6 Moyen

Source : La Situation des Enfants dans le Monde 2005, UNICEF 2004

*données les plus récentes sur cette période

- données non disponibles

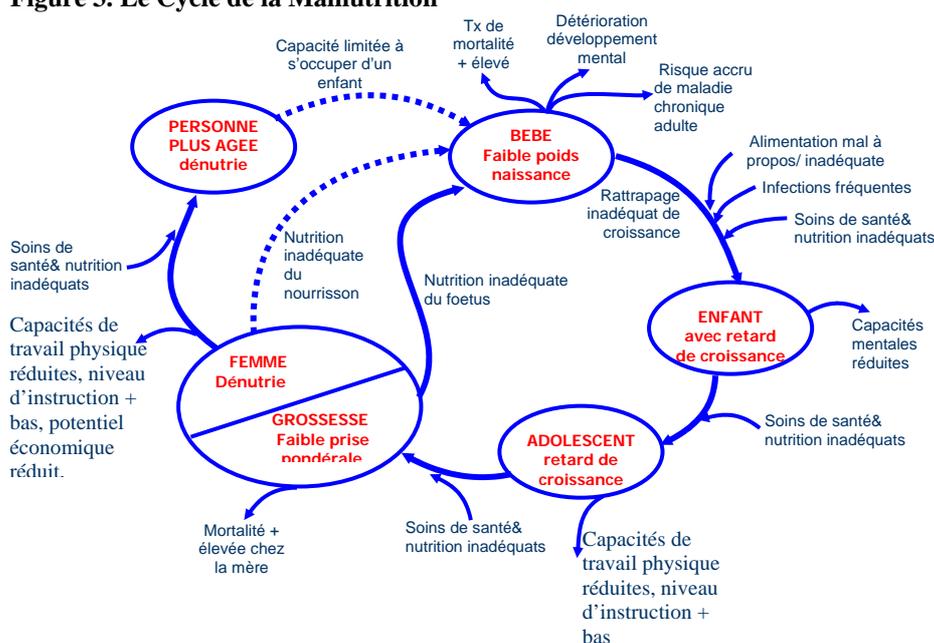
x indique les données qui se rapportent à des années ou des périodes autres que celles spécifiées dans le titre de la colonne, qui diffèrent de la définition standard ou qui ne se rapportent qu'à une partie du pays.

Insuffisance pondérale à la Naissance

Les données relatives aux insuffisances pondérales à la naissance (<2 500 grammes) dans les pays en développement sont plus souvent une indication d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou d'une malnutrition foetale plutôt que de prématurité comme dans les pays développés. Bien que les données sur la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance dans les pays d'Afrique Subsaharienne soient inadéquates, les estimations considèrent que 15% de tous les bébés nés dans cette région présentent une insuffisance pondérale à la naissance (AbouZahr et al 2003).

L'état nutritionnel médiocre de la mère est une des principales causes de l'insuffisance pondérale à la naissance dans les pays en développement notamment en Afrique. C'est ainsi que le poids de naissance a été utilisé comme indicateur indirect de l'état nutritionnel de la mère lorsqu'un apport alimentaire médiocre vient s'ajouter aux infections et à une lourde charge de travail pendant la grossesse, entraînant une prise de poids insuffisante pendant la gestation. Diverses actions de soins tout au long du cycle de la vie permettent de prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance comme le montre le cycle de la malnutrition ci-dessous (figure 3).

Figure 3. Le Cycle de la Malnutrition



Malnutrition en micronutriments

La malnutrition en micronutriments et les interventions pour lutter contre cette forme de malnutrition (diversification du régime alimentaire, prise de fortifiants, supplémentation), peuvent être utilisés comme indication du niveau de soins de la mère et de l'enfant. La malnutrition en micronutriments comme une carence en vitamine A, les troubles liés à une carence en iode et l'anémie liée à une carence en fer peut refléter des soins inappropriés à différents niveaux. Au niveau national, ceci pourrait être dû à des politiques inadéquates ou à l'absence de politiques d'enrichissement des aliments en fortifiants comme l'iodisation du sel, une supplémentation en vitamine A et en fer ou une diversification du régime alimentaire. Même lorsque les politiques existent, la fourniture du service peut se révéler médiocre

et ne pas atteindre les plus vulnérables dans la société. De même, il se peut que les politiques existent et que l'offre de service soit efficace, mais que la demande et l'utilisation de ces services soient médiocres en raison d'un manque de sensibilisation et/ou de ressources de la population concernée.

Troubles liés à une carence en iode (TCI)

On estime que les troubles liés à la carence en iode sont un problème de santé publique dans 44 des 46 Etats d'Afrique Subsaharienne. On estime par ailleurs que 20% de la population africaine est affectée d'un goitre et que 48% de plus courent le risque de développer un goitre (ACC/SCN 2000). Les dernières informations de la base de données globales de l'OMS sur les carences en iode révèlent que toutes les régions d'Afrique connaissent une situation bien éloignée de l'idéal (tableau 7).

Tableau 7. Apport en iode insuffisant par région des NU, 2003

Apport en iode Insuffisant (UI <100 µg/l)				
Région/sous région	Population Générale		Enfants en âge scolaire (6-12 ans)	
	%	Nbre Total millions	%	Nbre Total Millions
Afrique	43,0	324,2	42,7	59,7
Ouest	41,4	96,2	41,1	18,6
Centrale	32,7	26,3	32,4	5,1
Est	45,2	98,2	45,1	19,4
Nord	50,6	88,2	50,7	14,1
Australe	31,2	15,4	31,6	2,5

Base de données globales de l'OMS sur la carence en iode – OMS (2004)

L'iodisation universelle du sel pour ces populations est une pratique de soins préventive et reste la responsabilité première des gouvernements avec le soutien des partenaires du développement. Néanmoins, de nombreuses populations d'Afrique Subsaharienne continuent de consommer du sel non iodé avec les conséquences que cela a sur la santé de la reproduction ainsi que sur le développement mental et la santé des enfants. On estime à 67% la proportion de ménages consommant du sel iodé en Afrique Subsaharienne (UNICEF, 2004). Seuls trois pays, le Nigeria, l'Ouganda et le Zimbabwe indiquent que 90% des ménages consomment du sel iodé. De gros efforts sont actuellement déployés pour accroître la consommation et la disponibilité de sel iodé dans la région comme le montre une conférence qui s'est tenue récemment pour accélérer l'iodisation universelle du sel en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale (Aguayo et al. 2005).

Carence en Vitamine A (CVA)

Une analyse reposant sur les données nationales de 8 états d'Afrique Subsaharienne indiquent qu'en l'absence de politiques et de programmes appropriés et soutenus de contrôle des carences en vitamine A, environ 42,4% des enfants de 0 à 59 mois (43,2 millions d'enfants) risquent une carence en vitamine A (Aguayo V dans Technical Update Report, Forum sur la Nutrition de la CEDEAO 2002). Les dernières données nationales sur la CVA portant sur les enfants du Bénin, de Gambie et du Libéria donnent un taux de prévalence de 53%, 64% et 70% respectivement. On estime que

71% des enfants âgés de 6 à 59 mois en Afrique Subsaharienne ont reçu au moins une dose élevée de vitamine A en capsule (UNICEF, 2004).

Anémie liée à la carence en fer (ACF)

L'anémie en cours de grossesse est un facteur majeur intervenant dans le taux de mortalité maternel élevé en Afrique. Même on ne dispose pas de données sur tous les pays, on estime que l'anémie en cours de grossesse représente de 47% en Afrique de l'Est à 56% en Afrique de l'Ouest (NU/SCN, 2000). Les données de 8 des 16 états d'Afrique de l'Ouest (Shrimpton R dans Technical Update Report, Forum sur la Nutrition de la CEDEAO, 2002) montrent une prévalence comprise entre 42% et 86%.

On estime que dans les pays d'Afrique Subsaharienne, la biodisponibilité du fer alimentaire est le déterminant le plus important de l'anémie dans tous les groupes d'âge sauf chez les femmes enceintes. Chez les femmes enceintes primigestes, la malaria est le déterminant le plus important de l'anémie, bien plus que chez les femmes enceintes multigravides (ACC/SCN, 2000).

Il n'existe pas encore d'informations disponibles sur la couverture des femmes enceintes par les programmes nationaux de supplémentation en fer/folate. Certains indices font état de programmes moins qu'efficaces étant donné les taux en permanence élevés de l'anémie chez les femmes enceintes dans de nombreux pays. Une étude récente a démontré qu'une supplémentation en fer des femmes enceintes permettait une amélioration considérable du poids à la naissance (Cogswell et al. 2003).

L'accent a surtout été mis sur l'anémie de la mère, alors que la prime enfance et l'enfance sont les périodes les plus vulnérables à l'anémie (Yip and Ramakrishnan, 2002). On estime que l'Afrique possède les plus forts taux de prévalence de l'anémie chez les enfants en âge préscolaire (ACC/SCN, 2000). Ceci ressort clairement dans les données d'une étude nationale menée en Gambie où 88% des enfants âgés de un an et 71% de ceux âgés de cinq ans souffrent d'anémie (NaNA et MRC, 2000). Il existe néanmoins très peu de politiques nationales pour réduire l'anémie chez les enfants dans la région.

Pratiques d'alimentation du nourrisson

« La nutrition du nourrisson et du jeune enfant ne pourra s'améliorer que si l'amélioration des alimentations complémentaires va de pair avec l'amélioration de l'allaitement au sein, de la salubrité de l'environnement et de la santé » (Lutter, 2003).

L'allaitement au sein est la norme en Afrique Subsaharienne, mais selon la banque de données globales de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson, la majorité de ces nourrissons ne sont pas exclusivement nourris au sein. Les estimations les plus récentes basées sur les données disponibles suggèrent que seuls 28% des nourrissons de moins de six mois sont exclusivement nourris au sein (UN/SCN2004) ce qui est inférieur à la moyenne mondiale de 39%. L'évolution est néanmoins positive dans des pays individuels où les taux d'allaitement exclusif au sein ont considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. L'allaitement exclusif au sein comme

pratique de soins profite non seulement au nourrisson mais également à la mère car il réduit l'hémorragie post-partum et retarde la possibilité d'une autre grossesse.

Les pratiques d'alimentation complémentaire restent un défi pour la majorité des pays en développement notamment l'Afrique (Lutter 2003). Les problèmes portent sur l'introduction précoce ou tardive des aliments ; la fréquence de l'alimentation, la qualité médiocre des aliments peu énergétiques et à faible teneur en nutriments, la teneur microbiologique élevée des aliments en raison d'une mauvaise hygiène de l'environnement et de pratiques non hygiéniques des soignants. Par ailleurs, la faible valeur nutritionnelle des aliments complémentaires en termes de fer alimentaire associée à une faible biodisponibilité peut être un facteur majeur contribuant à des taux élevés de prévalence de l'anémie chez les enfants en âge d'être sevrés. C'est pourquoi, la période de sevrage c.-à-d. chez les enfants de 6 à 18 mois, est la plus critique pour l'anémie liée à la carence en iode (Yip and Ramakrishnan 2002).

Les technologies alimentaires traditionnelles utilisées par les familles comme la germination et la fermentation peuvent améliorer la qualité et la sécurité des aliments complémentaires (Mensah et Tomkins, 2003; eds. Alnwick et al. 1988).

Immunisation/soins prénatals

Tous les Etats africains offrent des services d'immunisation, mais comme l'indiquent les taux de couverture du tableau 6, leur utilisation varie d'un pays à l'autre. La rougeole est une des maladies qui tue le plus, avec une couverture qui va d'aussi bas que 30% à 100%. Quinze gouvernements financent cent pour cent du programme d'immunisation de routine et quatorze n'offrent aucun financement.



Fichiers NaNA (GAM)

Soins prénatals

On estime que dans le monde, vingt sept pays détiennent 90% des cas de tétanos maternel et néonatal. Sur ces vingt sept, seize sont des pays d'Afrique Subsaharienne. Certains des problèmes identifiés ont trait à l'accès ou à l'utilisation médiocre des services de santé générale, notamment l'immunisation des enfants ; l'accès ou l'utilisation limitée des services de soins prénatals notamment l'immunisation de la mère, les faibles niveaux d'alphabétisation et de revenus. On estime que près de 60% des femmes en Afrique Subsaharienne passent au moins deux visites prénatales, et pourtant seules 42% reçoivent deux doses de toxoïde tétanique en guise d'immunisation. Par ailleurs, le plus pauvre quintile en ASS possède les soins prénatals et les soins à l'accouchement les plus médiocres (Neonatal Survival Series, 2005).

Tableau 8. Pratiques de soins – Pratiques d'alimentation et immunisation des nourrissons et jeunes enfants

Pays	% Exclusivement nourris au sein <6 mois 1995-2003	% Nourris au sein avec alimentation complément. 6-9 mois 1995-2003	% Toujours nourris au sein 20 – 23 mois 1995-2002	% immunisé en 2003 Enfants de 1 an					% PEV de routine vaccins financés par gouv 2003
				TB	DPT3	Polio3	Rougeole	hepB3	
Afrique Subsah.	28	64	51						
Afrique du Sud	7	67	30	97	94	94	83	94	100
Angola	12	77	37	62	46	45	62	-	10
Bénin	38	66	62	99	88	88	83	81	0
Botswana	34	57	11	99	97	97	90	78	100
Burkina Faso	6	49	87	83	84	83	76	-	100
Burundi	62	46	85	84	74	69	75	-	100
Cameroun	12	72	29	82	73	72	61	-	100
Cape Vert	57k	64	13	78	78	79	68	54	80
Comores	21	34	45	75	75	75	63	27	0
Congo	4k	94	13	60	50	50	50	-	0
Cote d'Ivoire	10	54	42	66	54	54	56	48	0
Guinée Equatorial	24	-	-	73	33	39	51	-	0
Erythrée	52	43	62	91	83	83	84	83	0
Ethiopie	55	43	77	76	56	57	52	-	18
Gabon	6	62	9	89	38	31	55	-	100
Gambie	26	37	54	99	90	90	90	90	63
Ghana	31	70	57	92	80	80	80	80	28
Guinée	11	28	73	78	45	43	52	-	20
Guinée Bissau	37	36	67	84	77	75	61	-	0
Kenya	13	84	57	87	73	67	72	73	36
Lesotho	15	51	58	83	79	78	70	-	10
Liberia	35	70	45	43	38	39	53	-	0
Madagascar	41	82	43	72	55	58	55	55	12
Malawi	44	93	77	91	84	85	77	84	0
Mali	25	32	69	73	57	57	33	-	100
Mauritanie	20	78	57	98	83	82	81	-	100
Maurice	16x,k	29x	-	87	88	88	84	88	100
Mozambique	30	80	65	78	60	55	58	60	21
Namibie	19	57	37	83	77	78	68	-	100
Niger	1	56	61	47	23	25	48	-	100
Nigeria	17	64	34	54	26	25	40	-	100
Ouganda	63	75	50	96	81	82	82	63	7
RAC	17	77	53	70	40	40	35	-	0
R.D.Congo	24	79	52	68	49	55	54	-	0
Rwanda	84	79	71	99	88	85	69	88	50
Sao Tome et Principe	56	53	42	99	92	93	85	-	-
Sénégal	24k	64	49	77	77	73	60	-	100
Seychelles	-	-	-	99	99	99	99	99	100
Sierra Leone	4	51	53	87	70	60	73	-	20
Somalie	9	13	8	65	40	40	40	-	0
Swaziland	24	60	25	97	95	95	94	95	100
Tanzanie	32	64	48	91	95	97	97	95	30
Tchad	10	68	51	72	47	48	61	-	75
Togo	18	65	65	84	64	63	58	-	0
Zambie	40	87	58	94	80	80	84	-	5
Zimbabwe	33	90	35	92	80	80	80	80	0

Source : UNICEF Situation des Enfants dans le Monde 2005

- Données non disponibles

x indique les données

k indique l'allaitement exclusif au sein moins de 4 mois

Tableau 9. Indicateurs Maternels

Pays	Taux de mortalité Maternelle par 100 000 2000 *ajusté	Couverture Soins prénatals % 1995-2003	Soins compétents à l'accouchement % 1995-2003*	Prévalence Contraceptifs (%) 1995-2003*	% femmes enceintes immunisées contre le tétanos 2003
Afrique Subs.	940	73	41	22	53
Afrique du sud	230	94	84	56	52
Angola	1700	66	45	6	72
Bénin	850	81	66	19	56
Botswana	100	97	94	48	-
Burkina Faso	1000	73	31	14	50
Burundi	1000	78	25	16	46
Cameron	730	75	60	26	65
Cape Vert	150	99	89	53	-
Comores	480	74	62	26	46
Congo	510	-	-	-	59
Cote d'Ivoire	690	88	63	15	80
Guinée Equatoriale	880	86	65	-	53
Erythrée	630	70	28	8	55
Ethiopie	850	27	6	8	24
Gabon	420	94	86	33	54
Gambie	540	91	55	18	-
Ghana	540	92	44	25	70
Guinée	740	71	35	6	74
Guinée Bissau	1100	62	35	8	66
Kenya	1000	88	41	38	66
Lesotho	550	85	60	30	-
Liberia	760	85	51	10	56
Madagascar	550	71	46	19	55
Malawi	1800	94	61	31	70
Mali	1200	57	41	8	32
Mauritanie	1000	64	57	8	41
Maurice	24	-	99	26	-
Mozambique	1000	78	46	17	57
Namibie	300	91	78	44	85
Niger	1600	41	16	14	36
Nigeria	800	58	35	13	51
Ouganda	880	92	39	23	48
RAC	1100	62	44	28	63
RDC.	990	68	61	31	48
Rwanda	1400	92	31	13	76
Sao Tome et Principe	-	91	79	29	-
Sénégal	690	79	58	11	75
Seychelles	-	-	-	-	-
Sierra Leone	2000	68	42	4	62
Somalie	1100	32	34	1x	-
Swaziland	370	87	70	28	-
Tanzanie	1500	49	36	25	83
Tchad	1100	42	16	8	43
Togo	570	73	49	26	47
Zambie	750	93	43	34	60
Zimbabwe	1100	93	73	54	60

Source : Situation des Enfants dans le Monde 2005

*données rapportées revues par l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS et ajustées des erreurs de classement et des déclarations faites en partie seulement, également des estimations faites pour les pays sans données

Planning familial

D'après les données de l'UNICEF (2004), l'Afrique Subsaharienne a le taux de fertilité total le plus élevé avec 5,4%. Les taux de fertilité peuvent avoir une influence sur la quantité et la qualité des soins de l'enfant et peuvent également avoir des implications sur la santé de la mère, la santé pour la survie de l'enfant et son développement. Néanmoins, il se peut que les soins pour la mère soient déficients au niveau des services de planning familial dans la majorité des pays comme semble l'indiquer la faible prévalence de l'utilisation de contraceptifs estimée à 22% seulement pour l'Afrique subsaharienne (UNICEF, 2004). De même, la faible utilisation de contraceptifs peut s'expliquer par l'ignorance, le manque de ressources ou le statut faible des femmes.

Lois sur la maternité - secteur formel et non formel

Les mères demandent un temps approprié pour pratiquer l'allaitement au sein exclusif. Les Gouvernements qui disposent de lois adéquates de congé de maternité pour leur main d'oeuvre féminine s'occupent ce faisant non seulement de la mère mais également du nourrisson. Nombre d'états africains prévoient 12 semaines de congé de maternité conformément au minimum requis dans la Convention 103 de l'OIT. La convention actualisée 183 prévoit actuellement un minimum de 14 semaines et doit encore être ratifiée par la majorité des paysans africains.

Qu'en est-il de la majorité des femmes de la région qui sont dans le secteur informel, par exemple l'agriculture ? *Quelles sont les pratiques locales ou traditionnelles dans ces communautés qui s'occupent de la mère et de l'enfant ? Quel rôle le gouvernement peut-il jouer pour encourager les communautés à soutenir les mères qui viennent d'accoucher en réduisant par exemple leur charge de travail ?*

DEFIS SE POSANT AUX PRATIQUES EFFICACES DE SOINS ET AU DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE – Facteurs Economiques/Politiques/ Sociaux

Pauvreté, Conflit et Maladie

« Il existe actuellement des mères et leurs enfants qui vivent simultanément dans la pauvreté, les conflits et sont affectés et infectés par le VIH et le SIDA. Ce sont les plus vulnérables des vulnérables ».

La situation économique, politique et sociale d'un pays a de lourdes implications sur le bien-être de la mère et de l'enfant. La pauvreté définie comme le pourcentage de populations vivant avec moins d'1\$ US par jour est largement répandue en Afrique Subsaharienne avec environ 300 millions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.

De plus, la pauvreté limite l'accès des femmes aux ressources nécessaires pour améliorer leur nutrition et la nutrition de leur famille. Ceci concerne également l'accès à la terre, aux intrants agricoles et aux services de micro financement (Kurz and Johnson-Welch, 2000).

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO, 2003), un tiers des pays africains ou deux cent millions d'africains connaissent

l'insécurité alimentaire, ce qui représente une augmentation de 20% depuis 1990 (tableau 10). L'Afrique Subsaharienne abrite trente trois pour cent des personnes vivant en situation d'insécurité alimentaire dont plus de la moitié vit dans des pays en situation de conflit. L'insécurité alimentaire peut avoir des implications négatives sur les pratiques de soins au niveau des ménages.

Tableau 10. Prévalence de la sous-alimentation en Afrique Subsaharienne

Région/Sous région	Population totale		Nombre de personnes sous-alimentées		Proportion des sous-alimentés dans la population totale	
	1990-92	1999-2001	1990-92	1999-2002	1990-92	1999-2002
	millions		millions		%	
Afrique Subsaharienne	474,5	603,0	165,5	198,4	35	33
Ouest	174,7	222,6	36,2	32,7	21	15
Centrale	62,8	81,7	22,0	47,6	35	58
Est	166,1	209,5	73,2	81,3	44	39
Nord	120,7	142,8	5,7	6,1	5	4
Australe	71,0	89,2	34,2	36,8	48	41

Dans certains de ces pays, la pauvreté est encore aggravée par les conflits. On estime par exemple qu'en 2003, deux millions deux cent trente personnes sont touchées par des conflits en Afrique de l'Ouest seule (SCN RNIS 2003). Même les Etats qui ne sont pas directement impliqués dans des situations de conflits peuvent néanmoins être touchés par l'arrivée de réfugiés, le retour des rapatriés ou les deux.

Les conflits sont responsables de la destruction entre autres des moyens de subsistance des populations, en particulier pour ceux qui dépendent de l'agriculture comme cela est le cas dans la majorité des pays d'Afrique Subsaharienne. Une étude des conflits en Afrique Subsaharienne a constaté une réduction de la production alimentaire dans tous les pays où existent des conflits (Messer et al, 1998). Les pratiques de soins et l'accès aux services comme l'eau propre et une hygiène adéquate sont également touchés par les situations de conflit.

On estime que l'Afrique Subsaharienne possède la plus forte proportion de personnes infectées par le VIH, les taux de prévalence étant plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les implications du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle peuvent être dévastateurs comme l'ont constaté de nombreuses communautés d'Afrique Subsaharienne. Une analyse approfondie confirme l'impact négatif du VIH/SIDA sur les moyens de subsistance des populations rurales tant dans l'agriculture que pour les moyens de subsistance non agricoles (Gillespie and Kadiyala, 2005). De même, l'insécurité alimentaire et nutritionnelle a des implications sur la propagation du VIH.

Les femmes et les enfants vivant avec le VIH/SIDA qu'ils soient infectés ou affectés ont besoin d'attention et de soins. Les communautés et les familles ont besoin de ressources pour s'occuper correctement de ce groupe cible. L'information est une ressource cruciale qui peut être utilisée pour réduire la propagation du VIH/SIDA et pour améliorer les pratiques de soins en faveur des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. *Comment dans de telles situations ces communautés et ces familles peuvent-elles faire avec les ressources locales pour garantir des soins aux femmes et à leurs*

enfants ? Comment les gouvernements peuvent-ils aider les communautés et les familles à offrir des soins efficaces aux mères et à leurs enfants vivant avec le VIH/SIDA et à ceux qui vivent dans des situations de conflits ?

Longhurst (1995) dans son article sur la “nutrition et les soins en situations d’urgence” décrit l’importance des soins pour les enfants vivant dans des situations d’urgence. L’article insiste sur l’importance encore plus grande des soins dans les situations d’urgence que dans les circonstances normales.

Eau et installations sanitaires

Un environnement sain permet l’accès à de l’eau propre et adéquate ainsi que des installations sanitaires correctes. La fourniture et l’usage de ces services font donc partie des soins. En Afrique Subsaharienne, seules 57% et 36% de la population utilisent respectivement des sources d’eau potables améliorées et des installations sanitaires adéquates. En matière d’accès, la disparité entre les populations urbaines et rurales est flagrante, et dans certains cas, la proportion de la population urbaine ayant accès à de l’eau propre et à des installations sanitaires adéquates est presque le double de celle des populations rurales. Les estimations montrent que 82% de la population urbaine et 44% de la population rurale ont accès à de l’eau potable améliorée alors que 55% de la population urbaine et 26% de la population rurale utilisent des installations sanitaires adéquates (UNICEF, 2004).

Comment offrir des soins adéquats lorsque seule 4% de la population rurale en Afrique a accès à des installations sanitaires adéquates ? Le Rapport de Développement du Millénaire conclut que la proportion de la population africaine qui bénéficie d’un accès à une hygiène adéquate est restée pratiquement inchangée au cours de ces dix dernières années. On peut néanmoins constater des progrès dans certains pays individuels au niveau de l’approvisionnement en eau salubre et d’une hygiène adéquate.

OPPORTUNITES POUR DES PRATIQUES EFFICACES DE SOIN ET LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

« Il existe un grand nombre de pratiques de soins traditionnels qui sont à analyser et à exploiter pour la promotion de pratiques efficaces de soins ».

Pour identifier les opportunités de pratiques efficaces de soins en Afrique, il faut commencer par identifier les ressources locales au sein des communautés. Dans ce cas, les ressources locales incluent les croyances, les connaissances et les pratiques traditionnelles/locales positives. On peut citer comme exemples : le système de famille élargie africain dans lequel un enfant peut avoir plusieurs soignants ; des pratiques comme l’allaitement au sein pendant 24 mois et l’allaitement au sein à la demande ; les connaissances sur la fermentation ou la germination des céréales locales (dans la préparation des aliments complémentaires) ; la pratique qui consiste à encourager les enfants à chanter et à danser depuis leur plus jeune âge.

La pauvreté et les niveaux peu élevés d'alphabétisation des mères peuvent avoir une influence négative sur les pratiques de soins. Néanmoins, une étude faite à Acra indique que de bonnes pratiques de soins au niveau de l'alimentation de l'enfant et l'utilisation des services de santé préventive pourraient atténuer les effets négatifs de la pauvreté et d'une instruction limitée de la mère et générer une baisse de la malnutrition chez l'enfant (Ruel et al. 1999). L'étude suggère donc de préparer des messages éducatifs spécifiques à l'intention des mères ayant peu ou pas d'instruction et de le faire très tôt, dès le début de la grossesse. La majorité des communautés rurales disposent de médias traditionnels qui peuvent être utilisés pour diffuser des messages pertinents à ces femmes et on peut également les faire passer par les accoucheuses dans le cadre des soins de santé primaires.

L'ignorance et l'absence d'informations sont toujours un défi quelle que soit la situation, mais qui est ignorant et qui a besoin d'information? On suppose en général à tort, que les ignorants sont les bénéficiaires : les communautés et les familles. Mais les fournisseurs de services, les décideurs et les responsables politiques peuvent également être ignorants du fait qu'ils ne possèdent pas d'informations sur les croyances et les pratiques des bénéficiaires, et ceci peut avoir une influence sur les services qu'ils offrent et leurs politiques.

Il en va de même pour les familles et les communautés; ont-elles des informations sur ce que sont les pratiques efficaces de soins? Compenser ce déficit de connaissances et d'informations peut permettre à toutes les parties d'offrir de meilleurs soins aux femmes et à leurs enfants.

Travailler avec et au sein des communautés pour trouver des solutions: un exemple venu de Gambie

Dans les années 80, l'allaitement exclusif au sein était rare en Gambie. Les nombreuses tentatives faites pour améliorer la situation ont abouti à l'adoption en 1992 de l'Initiative Mondiale Hôpital Ami des Bébés de l'UNICEF/OMS, dans le cadre de laquelle les unités de maternité des centres de santé étaient encouragées à mettre en place 10 étapes pour le succès de l'allaitement au sein (Ebrahim J, 1993). Cependant, la majorité des accouchements en Gambie se font à la maison, souvent avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles. Et même les mères accouchant dans des services de santé n'y restaient que 24 heures ou même moins en cas d'accouchement normal. D'où cette idée d'Initiative Communautaire Amie des Bébés (ICAM) pour compléter l'Initiative de l'hôpital.

La mise en place de cette initiative communautaire a démarré avec une phase préparatoire constituée d'études qualitatives et quantitatives pour identifier les pratiques d'alimentation actuelles des nourrissons ainsi que les pratiques et les croyances locales. Les résultats de cette étude montrent comment les connaissances traditionnelles et locales peuvent être utilisées pour améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson (Semega-Janneh et al 2000).

Le concept de groupes de soutien entre mères a servi de base pour organiser les représentants, hommes et femmes, de la communauté en « Groupe de Soutien du Village pour l'Alimentation du Nourrisson ». Ils étaient choisis par leurs communautés et formés pour mettre en place et suivre cette initiative.

La formation tenait compte des connaissances traditionnelles et locales des participants mises en évidence dans l'étude et, les utilisaient là où cela était approprié, afin de renforcer les connaissances modernes. Un exemple : leurs connaissances leur permettent de savoir que les nouveaux-nés chez les animaux survivent, grandissent et se développent pendant un certain temps grâce au seul lait de leur mère. De même, les nourrissons peuvent survivre, grandir et se développer grâce au seul lait maternel (allaitement au sein exclusif) pendant 6 mois.

L'évaluation a montré que les Groupes de Soutien diffusaient l'information en allant d'une maison à l'autre, lors des cérémonies et des réunions au village, et même au cours de sermons religieux. Les 10 étapes prévues pour cette initiative communautaire ont été transformées en chansons entraînantes sur lesquelles on dansait à chaque occasion. Ainsi, les informations sur la nutrition de la mère et du nourrisson, de la salubrité de l'environnement et de l'hygiène ont été diffusées à l'ensemble de la communauté.

Pour que les communautés soient classées « amies des bébés », une des conditions était la création d'un environnement propice pour les mères leur permettant de pratiquer l'allaitement au sein exclusif. Les connaissances locales des 40 jours de repos traditionnels pour les parturientes se sont ajoutées à la connaissance moderne des 12 semaines de congé de maternité allouées par le gouvernement, et ont permis de proposer une meilleure alternative au sein d'une communauté. Celle-ci a pris la forme d'un congé de maternité local de 3 mois avant l'accouchement et de six mois après l'accouchement. Cela a non seulement aidé les mères à pratiquer l'allaitement exclusif au sein, mais a également permis de réduire la charge de travail de la mère. De plus, la même communauté a apporté son soutien sous la forme de travail effectué dans les exploitations de ces mères.

L'étude qualitative a constaté que traditionnellement, les communautés locales construisaient des abris dans les champs appelés « maakas » pour permettre aux paysannes allaitantes d'amener leurs nourrissons au travail. Les communautés ont également été informées de l'existence d'une version moderne de crèches sur le lieu de travail. Ceci a entraîné la construction d'une version qui est un mélange de « maakas » et de crèche des champs que l'on appelle « halte repos amies des bébés »



Fichiers NaNA (GAM) Haltes repos amies des bébés Baby

La mise en place de cette initiative a permis de tirer plusieurs enseignements. L'un étant l'importance d'identifier les connaissances, croyances et pratiques traditionnelles et locales lorsque l'on associe les communautés. De même, pour que les hommes puissent apporter des soins efficaces, ils doivent être informés et éduqués tout comme les femmes. La participation réussie des hommes dans l'initiative ICAB a montré qu'ils s'intéressaient à la santé et à la nutrition de leurs femmes et de leurs enfants, mais que de façon générale ils sont oubliés par les projets et les programmes d'intervention et qu'ils sont ensuite accusés de ne pas apporter un soutien adéquat aux femmes.

GARANTIR DES PRATIQUES EFFICACES DE SOINS AU SEIN DES FAMILLES ET DE LA COMMUNAUTE – QUI EST RESPONSABLE?

Encadré 4. 10 Eléments clés pour le succès des programmes de DPE (UNICEF, 2000)

1. intégrer les principes de la Convention des Droits de l'Enfant
2. tirer profit de la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination contre les femmes
3. utiliser les points forts des communautés, des familles et des structures sociales
4. avoir un cadre large qui englobe des programmes multidimensionnels de santé, nutrition et du développement psychosocial et cognitif de l'enfant
5. les élaborer avec et pour les familles
6. les élaborer avec et pour les communautés
7. offrir un accès équitable à tous les enfants
8. être flexible et refléter la diversité
9. répondre aux meilleures normes de qualité
10. être rentable et durable

L'analyse de la situation des femmes et des enfants en Afrique montre qu'il reste encore beaucoup à faire en dépit des progrès enregistrés dans certains pays individuels. Cette information, n'a rien de nouveau, est reconnue et même souvent admises par entre autres les décideurs. « Ce qui doit être fait » est par ailleurs moins bien compris et évalué en dépit des énormes efforts récents d'institutions et d'agences reconnues. Cette information doit être présentée de façon à être facilement comprise et reconnue par ceux qui sont extérieurs au cercle restreint des professionnels, chercheurs, etc. comme les familles, les communautés ainsi que les décideurs à tous les niveaux.

Quelle que soit la situation des communautés et des enfants, il est particulièrement important pour elles de comprendre l'importance de leur force et de leurs ressources locales pour améliorer la situation des mères et des enfants. Parmi les éléments qui font le succès d'un programme de Développement de la Petite Enfance (encadré 4), on trouve par exemple l'utilisation des points forts existant dans les communautés, les familles et les structures sociales, ainsi que l'élaboration de programmes avec et pour les familles et les communautés.

L'OMS a également identifié douze actions (encadré 5) que les familles et les communautés doivent mettre en place afin de promouvoir la survie, la croissance et le développement de l'enfant (OMS, 2005).

Encadré 5. Actions pour la survie, la Croissance et le développement

1. Immunisation
2. Allaitement au sein
3. Alimentation complémentaire
4. Micronutriments
5. Hygiène
6. Moustiquaires de lit traitées
7. Aliments et liquides pendant les maladies
8. Traitement à la maison
9. Recherche de soins
10. Observation
11. Stimulation
12. Soins prénatals

OMS, 2005

De même, le Groupe d'Etude Bellagio dans sa série Survie de l'Enfant (Child Survival Series) (Jones et al. 2003) a identifié les interventions préventives et de traitement qui, universellement appliquées, réduiraient considérablement les taux de mortalité chez l'enfant (tableau 11).

Tableau 11

Interventions	Proportion de tous les décès
Traitement préventif	
Allaitement au sein	13%
Moustiquaires traitées avec des insecticides	7%
Alimentation complémentaire	6%
Zinc	5%
Fournir de l'eau propre	4%
Vaccination contre l'Hémophilus influenzae B	4%
Eau/assainissement/hygiène	35
Stéroïdes prénataux	3%
Gestion de la température du nouveau-né	2%
Vitamine A	2%
Toxoïde tétanique	2%
Névirapine et alimentation de remplacement	2%
Antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes	1%
Vaccin contre la rougeole	1%
Traitement préventif antimalarial intermittent en cours de grossesse	<1%
Intervention de traitement	
Thérapie de réhydratation orale (TRO)	15%
Antibiotiques pour le sepsis	6%
Antibiotique pour la pneumonie	6%
Antimalariaux	5%
Zinc	4%
Réanimation du nouveau-né	4%
Antibiotiques pour la dysenterie	3%
Vitamine A	<1%

Ces deux types d'interventions sont similaires et peuvent toutes être classées dans la catégorie des pratiques de soins, certaines étant également des interventions nutritionnelles. Nombre de ces interventions sont actuellement mises en place à des degrés différents dans tous les pays africains. Pour avoir un impact significatif, le défi qui se pose est de réaliser une couverture universelle pour le plus grand nombre possible de ces interventions. Qu'est ce que cela demande ? Reconnaître et admettre la situation, savoir ce qu'il faut faire, reconnaître les responsables, les droits et les responsabilités, faire du mieux avec les ressources disponibles sont juste quelques idées pour réaliser cet objectif.

L'Article 14 de la Charte Africaine pour les Droits et le Bien-être de l'Enfant est très explicite sur ce qui doit être fait pour garantir que les enfants jouissent du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible (encadré 6).

Encadré 6. Charte Africaine pour les Droits et le Bien-être de l'Enfant

Article 14: Santé et services médicaux

1. Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible
2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant des mesures aux fins ci-après :
 - (a) réduire la mortalité prénatale et infantile
 - (b) assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires
 - (c) assurer la fourniture d'une alimentation adéquate et d'eau potable
 - (d) lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées
 - (e) dispenser des soins appropriés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes
 - (f) développer la prophylaxie et l'éducation ainsi que les services de planification familiale
 - (g) intégrer les programmes de services de santé de base dans les plans de développement national
 - (h) veiller à ce que tous les secteurs de la société, en particulier les parents, les dirigeants de communauté d'enfants et les agents communautaires soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires de base en matière de nutrition et de santé de l'enfant : avantages de l'allaitement au sein, hygiène et hygiène du milieu et prévention des accidents domestiques et autres
 - (i) associer activement les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les populations bénéficiaires à la planification et à la gestion des programmes de services de santé de base pour les enfants
 - (j) soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement des soins de santé primaires pour les enfants

De même, l'Article 18 de la Convention des Droits de l'Enfant stipule : « *Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants* ».

Ceci nous amène à nous demander qui a la responsabilité de garantir des pratiques efficaces de soins au sein des familles et des communautés. Pour pouvoir y répondre, le mieux est d'identifier d'abord et surtout les différents acteurs et ceux qui ont des devoirs. Quels sont leurs rôles et leurs responsabilités ? Quelles sont les actions requises par les différents acteurs pour garantir des pratiques efficaces de soins au sein des familles et des communautés et comment ces actions se complètent-elles mutuellement ?

Dans cet article, les acteurs et les actions sont tous deux analysés à trois niveaux : macro, méso et micro.

Les actions **Macro** sont celles entreprises au niveau du gouvernement et incluent la formation, l'approbation et l'adoption de politiques nationales qui favorisent, encouragent et protègent des pratiques efficaces de soins au sein des familles et des communautés. Comme par exemple, des lois nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les politiques de la santé de la reproduction ; les politiques de protection de la maternité ; les lois sur l'enrichissement de l'alimentation, les politiques de développement de la petite enfance ; les politiques de santé ; les politiques de nutrition ; les politiques sur l'eau et l'hygiène. Les actions Macro incluent également les allocations budgétaires pour soutenir la mise en place de ces politiques. Quelles sont les politiques qui existent aux niveaux nationaux et qui

contribuent au développement de la petite enfance ? Quelles sont les allocations budgétaires pour des programmes de développement de la petite enfance ou y contribuant ?

Le niveau **Méso** inclut les actions au niveau des services fournis telles que l'immunisation, la supplémentation en fer, les soins prénatals, la formation, la nutrition et l'éducation ou l'information sur la santé. Mais, utilisons-nous le système de santé de façon efficace et effective pour fournir des services de santé et de nutrition ? Une évaluation faite par Helen Keller International (HKI) portant sur 3 pays africains montre qu'il y a encore beaucoup à faire au niveau de la fourniture des services essentiels de nutrition afin d'améliorer la qualité des services offerts par les systèmes nationaux de santé.

L'amélioration de la qualité et de la couverture des services est liée à un certain nombre de facteurs : des ressources financières adéquates, un personnel bien formé et motivé ainsi que des bénéficiaires conscients ayant les capacités nécessaires pour demander ces services. Pour y arriver, il est donc essentiel de développer les capacités de tous les acteurs clés notamment les communautés et les familles.

Le système de soutien traditionnel africain commence au niveau de la communauté où la tradition veut que l'ensemble de la communauté ou du village veille sur un enfant. Au niveau des familles, la famille élargie fait qu'un enfant a plusieurs « mères » pour s'occuper de lui. Le niveau **Micro** inclut donc des actions aux niveaux de la communauté, du ménage et de la famille. Les actions au niveau de la communauté, du ménage et de la famille peuvent inclure : des actions encourageant à adopter un comportement tourné vers la santé ; des jardins communaux, les efforts communautaires pour améliorer l'hygiène de l'environnement ; les efforts du ménage pour réduire la charge de travail des femmes enceintes et allaitantes ; les efforts des maris pour garantir que leurs femmes enceintes et allaitantes ont un régime nutritif ; les efforts de la communauté pour garantir un environnement propice pour que les mères puissent allaiter leurs bébés ; les parents qui font immuniser leurs enfants.

La promotion de pratiques de soins comme l'allaitement exclusif au sein en est un exemple clair. Quel est le rôle du gouvernement ? L'Article 24 de la Convention sur les Droits de l'Enfant stipule que les Etats parties doivent s'efforcer de prendre des mesures appropriées pour.... « *Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information* ».

Existe-t-il une politique de l'allaitement au sein qui prévoie une politique de « 6 mois d'allaitement exclusive au sein » ? Existe-t-il des lois appropriées pour la protection de la maternité ? Le Gouvernement a-t-il approuvé les instruments internationaux qui protègent, encouragent et favorisent l'allaitement au sein, par exemple le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et, la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant ? Le gouvernement a-t-il adopté la stratégie de l'IHAE ? Quelle est la part des fonds du gouvernement affectée aux programmes d'alimentation pour le nourrisson et le jeune enfant ? Les

fournisseurs de services ont-ils une formation adéquate et appropriée aux pratiques optimales d'alimentation pour le nourrisson ?

Au niveau des fournisseurs de services, diffusent-ils des informations pertinentes et appropriées aux communautés, aux familles et aux mères ? Les pères reçoivent-ils des informations sur les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson ? Les fournisseurs de services connaissent-ils les croyances et les pratiques locales ayant trait à l'alimentation des nourrissons ? Les communautés et les ménages sont-ils encouragés et aidés à offrir un environnement propice pour l'allaitement au sein optimal ?

Les actions entreprises à un niveau ont un impact sur des actions à un autre niveau. Ainsi, pour qu'une pratique de soins comme l'allaitement au sein exclusif au niveau universel puisse s'appliquer, l'idéal est de réunir tous les facteurs qui y participent : les politiques, l'information, la formation, le soutien de la communauté-ménage/famille. Les actions à un niveau doivent compléter les actions à un autre niveau et avoir un impact sur elles comme le montre la figure ci-dessous.

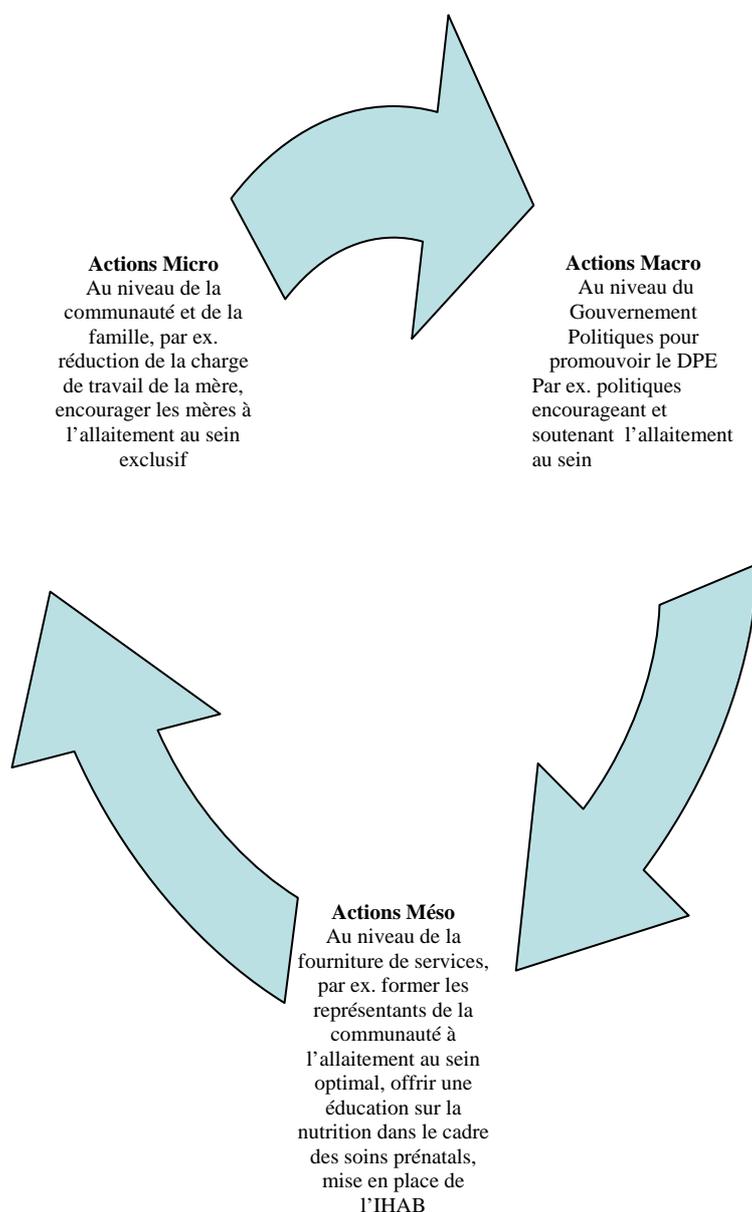


Figure 1. Interactions Acteurs/Action

Des insuffisances à un niveau peuvent porter atteinte aux actions à un autre niveau. Par exemple, une mère qui travaille dans le secteur privé est encouragée à pratiquer l'allaitement au sein exclusif. Elle peut en avoir la volonté mais ne pas disposer d'un congé de maternité adéquat, de crèche sur son lieu de travail ou de pauses pour allaiter sans stress. Pour les femmes travaillant dans les communautés rurales traditionnelles, l'absence de soutien de la communauté et de la famille peut constituer une barrière et s'explique par la perception locale de l'allaitement au sein. Ces perceptions locales peuvent survivre en raison des informations insuffisantes et inefficaces données par les fournisseurs de service, ce qui peut être dû à la formation inadaptée de ces derniers, aux politiques et aux ressources affectées à ces activités.

Encadré 7. Exemples de pratiques traditionnelles qui améliorent les soins offerts à la mère et à l'enfant

- Repos de quarante jours pour les mères venant d'accoucher
- Abstinence sexuelle pendant la période d'allaitement – planning familial
- Aliments nutritifs particuliers pour les parturientes
- Baigner et masser les nourrissons avec du beurre de Karité¹ auquel on attribue des propriétés calmantes
- Chanter pour le nourrisson, taper des mains et danser
- Nourrir les orphelins au sein
- ²Stimuler, encourager et aider un enfant à faire ses premiers pas

COMMENT AVANCER ?

« Garantir des pratiques efficaces de soins au sein des communautés et des familles est possible car « offrir des soins » est une chose que les familles et les communautés en Afrique ont toujours fait. Elles ont juste besoin d'être soutenues pour le faire mieux. Chacun doit jouer son rôle ».

La responsabilité de garantir des pratiques efficaces de soins au sein des familles et de la communauté repose sur plusieurs acteurs : les gouvernements nationaux et locaux, les secteurs concernés comme la santé, l'éducation, l'agriculture, etc. ainsi que les communautés et les familles elles-mêmes.

Pour avancer, il faut répondre à des questions spécifiques qui s'ajoutent à celles posées ailleurs dans le document :

- Quelles sont les connaissances, les compétences et les ressources locales dont disposent les familles et les communautés en matière de Développement de la Petite Enfance, de soins pour la mère et les enfants ?
- Comment les connaissances, les compétences et les ressources locales peuvent-elles être utilisées positivement pour renforcer les pratiques de soins ?
- Quelles sont les connaissances, les compétences et les ressources dont les communautés et les familles ont besoin pour améliorer les pratiques de soins actuelles ?
- Quels sont les rôles spécifiques des divers acteurs dans la réalisation de la couverture universelle des interventions ou des pratiques de soins mentionnées ci-dessus ?

¹ On considère que le massage fortifie les nourrissons et permet un sommeil reposant

² Lorsque l'enfant atteint l'âge de marcher, il incombe en général au soignant de l'aider et de l'encourager patiemment à faire des petits pas l'un après l'autre. En Gambie, cela se fait en tenant l'enfant par les deux mains, en marchant lentement avec l'enfant tout en lui parlant d'une voix douce. « Teteh » est un mot gambien qui peut approximativement se traduire par « soutien et encadrement » et que le soignant répète inlassablement d'une voix douce tout en encourageant l'enfant à faire ses premiers pas.

- Quelles sont les ressources nécessaires au niveau de la communauté et de la famille pour garantir une couverture universelle de ces interventions?
- Quelle est la situation des soins pour les adolescentes ?
- Les communautés et les familles reconnaissent-elles la vulnérabilité des adolescentes ?
- Eduquer les fillettes : est-ce reconnu comme une pratique de soins par les communautés et les familles ?
- Soins et aide aux femmes pendant la grossesse et l'allaitement : comment encourager et aider les hommes à jouer un rôle actif ?
- Dans quelles activités de soins de l'enfant les hommes peuvent-ils jouer un rôle actif ?
- Comment identifier, quantifier et utiliser la contribution des hommes ou des pères aux soins pour encourager leur participation aux soins ?
- Quel est le rôle des médias traditionnels dans la promotion de pratiques efficaces de soin ?
- Comment les instruments internationaux sur les droits sont-ils compris au niveau local – dans les communautés et les familles ?

Références

AbouZahr C, Wardlaw T (2001) Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organisation* 79 (6)

AbouZahr I, Carla L, Wardlaw TM (2003) Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. WHO Geneva, UNICEF, New York

ACC/SCN (2000) Fourth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition throughout the lifecycle. UN Standing Committee on Nutrition, Geneva, in collaboration with the International Food Policy Research Institute, Washington

ACC/SCN (2004). Fifth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for improved Development outcomes. Geneva

Aguayo VM, Begin F, Jurkovic L, Solano A, Yusufali R (eds), 2005. Accelerating progress towards universal salt iodisation in West Africa: A critical time. Publié pour le Network for Sustained Elimination of iodine Deficiency by the United Nations Children'

Alnwick D, Moses S, Schmidt OG.(eds) (1988). Improving Young Child Feeding in Eastern and Southern Africa: Household-Level Food Technology. Actes d'un atelier qui s'est tenu à Nairobi, Kenya, du 12 au 16 octobre 1987. Publié par the International Development Research Centre (IDRC) Ottawa

Armstrong H. (1995) Breastfeeding as the foundation of care. *Food and Nutrition Bulletin* 16:299-312

Baker, J., Martin, L., Piwoz, E (1996) The Time to Act: Women's Nutrition and its consequences for child survival and reproductive health in Africa. The SARA Project. Academy for Educational Development, Washington

Benson T. (2004) Africa's food and Nutrition Security Situation: Where are we and how did we get here? *2020 Discussion paper 37* International Policy Research Institute, Washington DC

Black RE, Morris SS, Bryce J. (2003) Where and Why are 10 million children dying every year? *The Lancet* 361: 2226-34 www.thelancet.co.

Dermer A (1998) Breastfeeding and women's health. *Journal of Women's Health* 7: 427-433

Engle P., Lotska L (1999) The role of care in programmatic actions for nutrition: Designing programmes involving care *Food and Nutrition Bulletin* 20(1) 121-135

Ebrahim GJ (1993) The Baby Friendly Hospital Initiative, Editorial. *Journal of Tropical Paediatrics* 39

FAO (2003) *The State of Food Insecurity in the World 2003*, FAO, Rome

FAO and WHO (1992) International Conference on Nutrition – ICN, Major issues for nutrition strategies: theme paper no. 3 – Caring for the socio-economically deprived and nutritionally vulnerable. FAO, Rome and WHO, Geneva

Gillespie S and Suneetha K. (2005) HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action *Food Policy Review* 7 International and Food Policy Research Institute, Washington DC

Greenwood AM, Greenwood BM, Bradley AK et al. (1987) A survey of the outcome of pregnancy in a rural area of The Gambia. *Bulletin of World Health Organisation* 65 (V) 635-643

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Survival Study Group (2003) How many Child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 362: 65-71 www.thelancet.com

Kurz KM, Johnson-Welch C (2000) Enhancing Nutrition Results: The Case for a Women's Resources Approach. *ICWR/OMNI Research Program*. International Centre for Research on Women. Washington DC.

Lawn JE, Cousens S, Zupan J for the Lancet Neonatal Survival Steering Team (2005) 4 million deaths: When? Where? Why? *The Lancet Neonatal Survival Series* <http://image.thelancet.com/extras/05art1073web.pdf>

Leach A, McArdle TF, Banya WAS, Krubally O, Greenwood AM, Rands C, Agdebola R, De Francisco A, Greenwood BM. (1999) Neonatal Mortality in a rural area of the Gambia et al 1999 *Ann Trop Paediatr* 19 (1) 33-43

Longhurst R. (1995) Nutrition and care of young children during emergencies *Food and Nutrition Bulletin* 16: 407-412

Lutter C (2003) Meeting the Challenge to improve complementary feeding. SCN News number 27. Geneva

Mensah P, Tomkins, A (2003) Household-level technologies to improve the availability and preparation of adequate and safe complementary foods *Food and Nutrition Bulletin* 2003, 24(1):104-125

Messer E, Cohen MJ, D'Costa J. (1998) Food from Peace: Breaking the links between conflict and hunger *Food, Agriculture and the Environment Discussion Paper 24*, International Food Policy Research Institute, Washington DC

Ruel MT, Levin CE, Armar-Klemsu M, Maxwell DG, Morris SS (2000). Good Care Practices can mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: Evidence from Accra. *Food Consumption and Nutrition Discussion Paper No. 62*. Washington, DC.: International Food Policy Research Institute, Washington DC

Semega-Janneh IJ, Bohler E, Holm H, Matheson I, Holmboe-Ottesen G. (2001) Promoting optimal Breastfeeding in rural Gambia: a strategy combining traditional and modern knowledge, *Health Policy and Planning* Vol 16, No. 2: 199-205

Smith, LC, Ruel MT, Ndiaye A. (2004) Why is Child Malnutrition lower in urban than rural areas? Evidence from 36 Developing countries. *Food Consumption and Nutrition Discussion Paper no. 176*. International Food Policy Research Institute, Washington DC

Shrimpton R. Annual ECOWAS Nutrition Forum Technical Update Session Report 2002. *Nutrition – Key to Sustainable Development*, Banjul 2-6 September 2002 (www.nutritionwaho.org)

UNICEF (2004). The State of the World's Children 2005: Childhood under threat. UNICEF, New York.

United Nations Children's Fund and World Health Organisation (2004), Low Birth Weight: country, regional and global estimates. UNICEF, New York, WHO, Geneva

UNICEF (2000). The State of the World's Children 2001: Early Childhood. UNICEF, New York

UN Standing Committee on Nutrition (SCN) 2003. Meeting the Challenge to improve Complementary Feeding. *SCN News* 27, December 2003

Van Esterik P. (1995) Care, Care-giving and Care-givers. *Food and Nutrition Bulletin* 16(4):378-388

Winkvist A (1995) Health and nutrition status of the caregiver: Effect on caregiving capacity. *Food and Nutrition Bulletin* 16(4): 389-397

World Bank (1994) A New Agenda for Women's Health and Nutrition. World Bank, Washington, DC

World Health Organisation (2004) Family and community practices that promote child survival, growth and development: A review of the evidence. WHO, Geneva

World Health Organisation (2004). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review, WHO, Geneva

World Health Organisation and UNICEF (2003). Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. WHO Geneva.

World Health Organisation (1999). A Critical link, Interventions for physical growth and psychological development: A review. WHO, Geneva

Yip, R , Ramakrishnan U (2003) Experiences and challenges in developing countries: Forging effective strategies to combat iron deficiency. *Journal of Nutrition*, 133:2941S-2949S