

Burkina Faso 2003

**Nutrition des jeunes enfants
et des mères**



NUTRITION EN AFRIQUE
Graphiques commentés

**NUTRITION DES JEUNES ENFANTS ET DES MÈRES
AU BURKINA FASO**

Résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso, 2003

ORC Macro
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, Maryland, USA

Mars 2005

Ce document a été réalisé par le programme MEASURE DHS avec le financement de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), par le biais du *Bureau for Global Health, Office of Health, Infectious diseases and Nutrition (GH/HIDN)*. Ce document a bénéficié de fonds fournis par le *Bureau for Africa* de l'USAID, par le biais de son *Office of Sustainable Development*. Il est possible de se procurer des copies de ce document en contactant le programme MEASURE DHS+, ORC Macro, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par téléphone au (301) 572-0200, par fax au (301) 572-0999, ou sur le site web à www.measuredhs.com.



Table des Matières

INTRODUCTION.....	1
GRAPHIQUE 1 : MORTALITE INFANTO-JUVENILE AU BURKINA FASO ET DANS D’AUTRES PAYS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2
GRAPHIQUE 2 : IMPACT DE LA MALNUTRITION SUR LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE AU BURKINA FASO	4
GRAPHIQUE 3 : SURVIE ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS AU BURKINA FASO	6
MALNUTRITION AU BURKINA FASO	9
GRAPHIQUE 4 : MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO.....	10
GRAPHIQUE 5 : ÉVOLUTION DES NIVEAUX DE DENUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO ENTRE 1993, 1998-99 ET 2003	12
GRAPHIQUE 6 : RETARD DE CROISSANCE, EMACIATION ET INSUFFISANCE PONDERALE SELON L’AGE AU BURKINA FASO.....	14
GRAPHIQUE 7 : DENUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS NE RESIDANT PAS AVEC LEUR MERE AU BURKINA FASO	16
GRAPHIQUE 8 : INSUFFISANCE PONDERALE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO ET DANS D’AUTRES PAYS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE	18
GRAPHIQUE 9 : RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO ET DANS D’AUTRES PAYS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE	20
CADRE CONCEPTUEL DE L’ETAT NUTRITIONNEL.....	22
FACTEURS IMMEDIATS DE LA MALNUTRITION	25
GRAPHIQUE 10 : UTILISATION DU SEL SUFFISAMMENT IODE DANS LES MENAGES AVEC DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PAR REGION AU BURKINA FASO	26
GRAPHIQUE 11 : CECITE CREPUSCULAIRE CHEZ LES MERES D’ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO	28
GRAPHIQUE 12 : SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A DES MERES D’ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR REGION, AU BURKINA FASO	30
GRAPHIQUE 13 : SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS, AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, PAR REGION, AU BURKINA FASO	32
GRAPHIQUE 14 : ANEMIE FERRIPRIVE CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS ET LEURS MERES PAR REGION AU BURKINA FASO	34
GRAPHIQUE 15 : SUPPLEMENTATION EN FER DES MERES D’ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU BURKINA FASO.....	36
GRAPHIQUE 16 : DIARRHEE ET TOUX ACCOMPAGNEE D’UNE RESPIRATION RAPIDE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET NIVEAUX DE MALNUTRITION AU BURKINA FASO	38
FACTEURS BIOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX SOUS-JACENTS A LA MALNUTRITION.....	41
GRAPHIQUE 17 : FECONDITE ET INTERVALLE INTERGENESIQUE AU BURKINA FASO ET DANS D’AUTRES PAYS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....	42
GRAPHIQUE 18 : DENUTRITION CHEZ LES ENFANTS AGES DE 12 A 23 MOIS ET VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE AU BURKINA FASO	44

GRAPHIQUE 19 :	VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DES ENFANTS DE 12 A 23 MOIS AU BURKINA FASO ET DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE	46
GRAPHIQUE 20 :	ALIMENTATION DES ENFANTS DE MOINS DE SIX MOIS AU BURKINA FASO	48
GRAPHIQUE 21 :	ENFANTS DE MOINS DE QUATRE MOIS EXCLUSIVEMENT ALLAITES AU SEIN ET CEUX NOURRIS AU BIBERON AU BURKINA FASO ET DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE	50
GRAPHIQUE 22 :	ALIMENTATION DES ENFANTS DE 6-9 MOIS AU BURKINA FASO.....	52
GRAPHIQUE 23 :	ENFANTS DE 6-9 MOIS RECEVANT DES ALIMENTS SOLIDES EN PLUS DU LAIT MATERNEL AU BURKINA FASO ET DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....	54
GRAPHIQUE 24 :	ENFANTS DE 10-23 MOIS QUI CONTINUENT D'ETRE ALLAITES AU BURKINA FASO, ET DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....	56
FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES SOUS-JACENTS DE LA MALNUTRITION.....		59
GRAPHIQUE 25 :	RETARD DE CROISSANCE ET EMACIATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MERE, AU BURKINA FASO	60
GRAPHIQUE 26 :	RETARD DE CROISSANCE ET EMACIATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, SELON LE TYPE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU, AU BURKINA FASO	62
GRAPHIQUE 27 :	RETARD DE CROISSANCE ET EMACIATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, SELON LE TYPE DE TOILETTES, AU BURKINA FASO	64
FACTEURS DE BASE.....		67
GRAPHIQUE 28 :	RETARD DE CROISSANCE ET EMACIATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR DEPARTEMENT, AU BURKINA FASO.....	68
GRAPHIQUE 29 :	RETARD DE CROISSANCE ET EMACIATION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR MILIEU DE RESIDENCE, AU BURKINA FASO.....	70
ÉTAT NUTRITIONNEL DES MERES.....		73
GRAPHIQUE 30 :	MALNUTRITION DES MERES D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR DEPARTEMENT, AU BURKINA FASO.....	74
GRAPHIQUE 31 :	MALNUTRITION DES MERES D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, PAR MILIEU DE RESIDENCE, AU BURKINA FASO	76
GRAPHIQUE 32 :	MALNUTRITION DES MERES D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, AU BURKINA FASO	78
GRAPHIQUE 33 :	MALNUTRITION DES MERES D'ENFANTS DE MOINS CINQ ANS AU BURKINA FASO ET DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE	80
ANNEXES		83
ANNEXE 1:	NIVEAU DE RETARD DE CROISSANCE, D'EMACIATION, D'INSUFFISANCE PONDERALE ET D'EXCES PONDERAL DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, BURKINA FASO 2003	85
ANNEXE 2 :	DISTRIBUTION DE LA MALNUTRITION AU BURKINA FASO PAR RAPPORT À LA POPULATION DE REFERENCE INTERNATIONALE NCHS/CDC/OMS	86

Introduction

La malnutrition¹ est un des principaux problèmes de santé et de bien-être affectant les jeunes enfants au Burkina Faso. Elle résulte tout autant d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Une alimentation inadéquate est le résultat d'un manque de nourriture au niveau du ménage ou de pratiques alimentaires inadaptées. Par pratiques alimentaires, on entend non seulement la qualité et la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi les étapes de leur introduction. Les mauvaises conditions sanitaires augmentent, chez les jeunes enfants, le risque de contracter des maladies, en particulier les maladies diarrhéiques, qui affectent, à leur tour, l'état nutritionnel de l'enfant. Une alimentation inadéquate et un environnement sanitaire inadéquat sont le reflet des conditions socio-économiques.

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie. La plus importante est l'accroissement de la mortalité. L'aggravation du risque de maladie et un développement cognitif plus lent affectent également le niveau d'instruction. A l'âge adulte, l'accumulation des effets à long terme de la malnutrition réduit la productivité et augmente l'absentéisme sur le lieu de travail ; ces deux facteurs conjugués diminuent le revenu potentiel des individus durant leur vie et leur contribution à l'économie nationale. Enfin, la malnutrition provoque des complications graves pendant les grossesses.

Les statistiques présentées ici proviennent de L'Enquête Démographique et de Santé (EDSBF-III) réalisée au Burkina Faso en 2003. Il s'agit d'une enquête représentative au niveau national, portant sur 9,097 ménages, réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSD). L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro. Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de la Banque Mondiale, et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Sur les 10 851 enfants de 0-59 mois faisant partie de l'enquête, 8 269 étaient toujours vivants au moment de l'enquête et ont des données anthropométriques complètes ; ils sont donc inclus dans les analyses sur la nutrition. Sauf mention contraire, les analyses ne portent que sur les enfants résidant avec leur mère. Les données nutritionnelles collectées à leur sujet comprennent la taille, le poids, l'âge, l'allaitement et les pratiques alimentaires. Des informations ont aussi été collectées sur la prévalence de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës au cours des deux semaines précédant l'enquête et sur certaines caractéristiques socio-démographiques pertinentes. Les données présentées à titre de comparaison pour les autres pays d'Afrique subsaharienne proviennent des EDS effectuées dans ces pays.

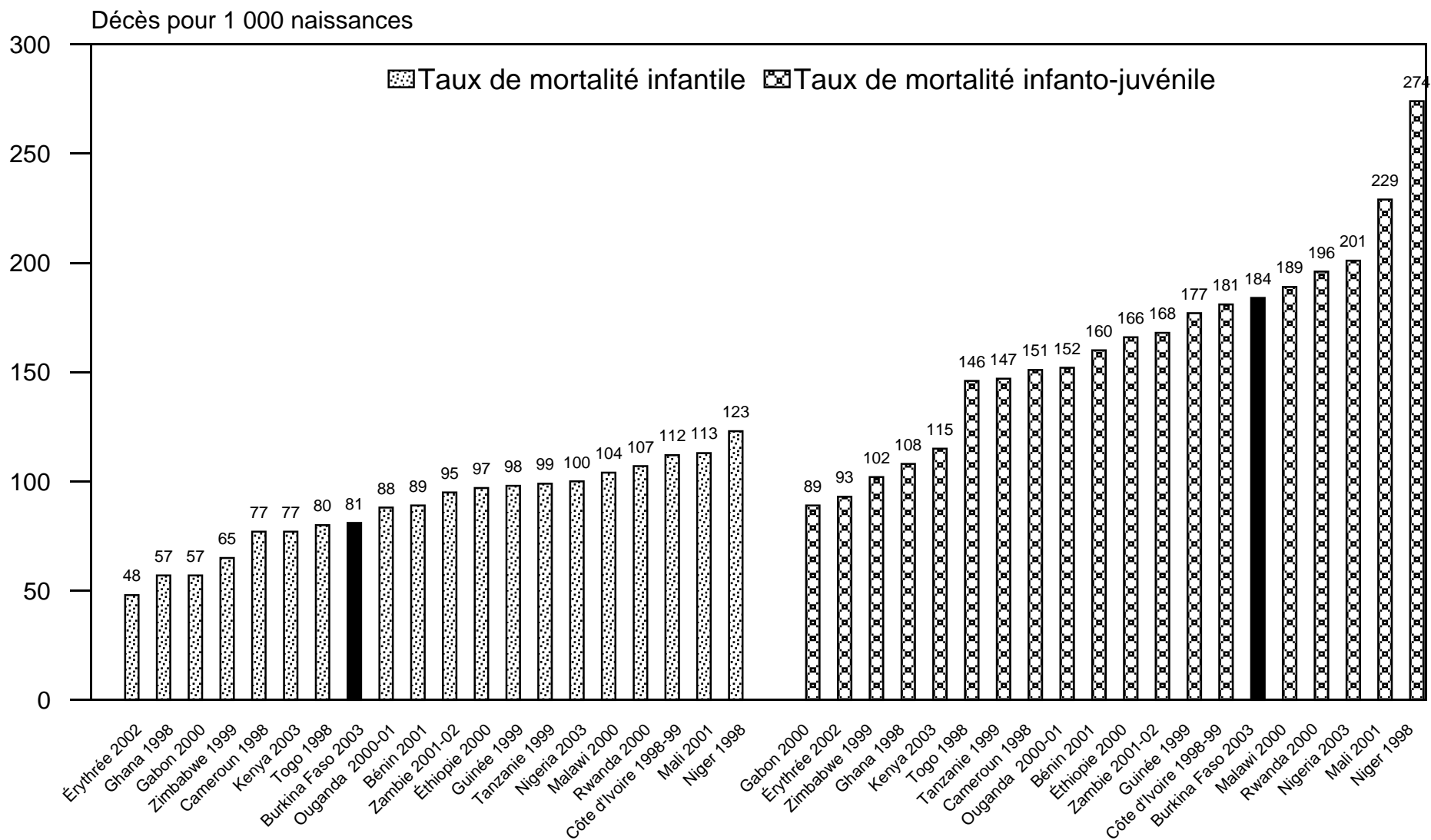
¹ Les définitions techniques de la *malnutrition* d'après le National Center for Health Statistics (NCHS), le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont présentées en Annexe 2.

Graphique 1 : Mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

La malnutrition affecte la santé de l'enfant, accroissant le risque de maladie et de décès. Des maladies infectieuses comme les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et le paludisme représentent la cause principale de décès chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans. Le taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) est une mesure couramment utilisée pour rendre compte de l'état de santé des enfants et c'est un indicateur sensible à l'environnement socio-économique d'un pays. Le taux de mortalité infanto-juvénile est un autre indicateur important de la survie des jeunes enfants.

- **Le taux de mortalité infantile (81 décès pour 1 000 naissances) signifie que près de 8 % des enfants nés au Burkina Faso meurent avant leur premier anniversaire.** Ce niveau se situe dans la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.
- **Le taux de mortalité infanto-juvénile (184 décès pour 1 000 naissances) signifie que 18 % des enfants nés au Bukina Faso meurent avant leur cinquième anniversaire.** Ce taux se situe parmi les taux les plus élevés calculés pour les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.

Graphique 1 : Mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Source : Enquêtes EDS 1998-2003

Graphique 2 : Impact de la dénutrition sur la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso

La dénutrition est un facteur important de mortalité chez beaucoup de jeunes enfants. Même un enfant qui souffre de malnutrition modérée court un risque accru de mortalité. Dans les pays en développement, la mortalité infanto-juvénile résulte en grande partie des maladies infectieuses et des décès néonataux. Les infections respiratoires, la diarrhée, la malaria, la rougeole et les autres maladies infectieuses affectent sévèrement les enfants.

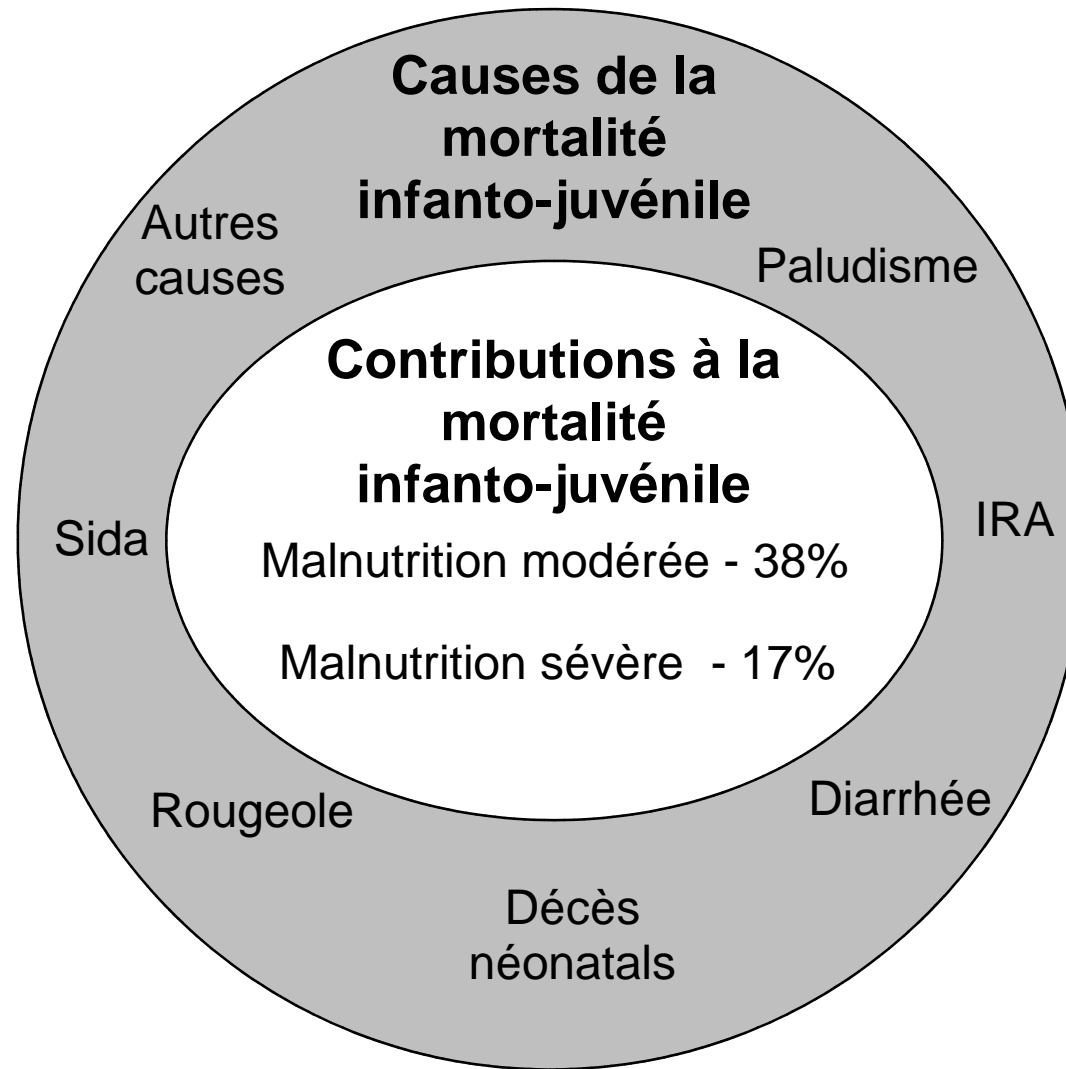
Les équations définies par Pelletier et al.¹ permettent de quantifier l'impact de la malnutrition modérée et sévère sur la mortalité infanto-juvénile.

Au Burkina Faso,

- **Cinquante-cinq pour cent de tous les décès avant l'âge de cinq ans sont liés à la malnutrition (sévère ou modérée).**
- **En raison de sa prévalence, la malnutrition modérée (38 %) contribue à davantage de décès que la malnutrition sévère (17 %).**
- **La malnutrition modérée est responsable de 69 % des décès associés à la malnutrition.**

¹ Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr., D.G. Schroeder, et J.P. Habicht. 1994. A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries. *Journal of Nutrition* 124 (10 Suppl.): 2106S-2122S.

Graphique 2 : Impact de la dénutrition sur la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso



Note : Calculs selon Pelletier et al., 1994

Graphique 3 : Survie et état nutritionnel des enfants au Burkina Faso

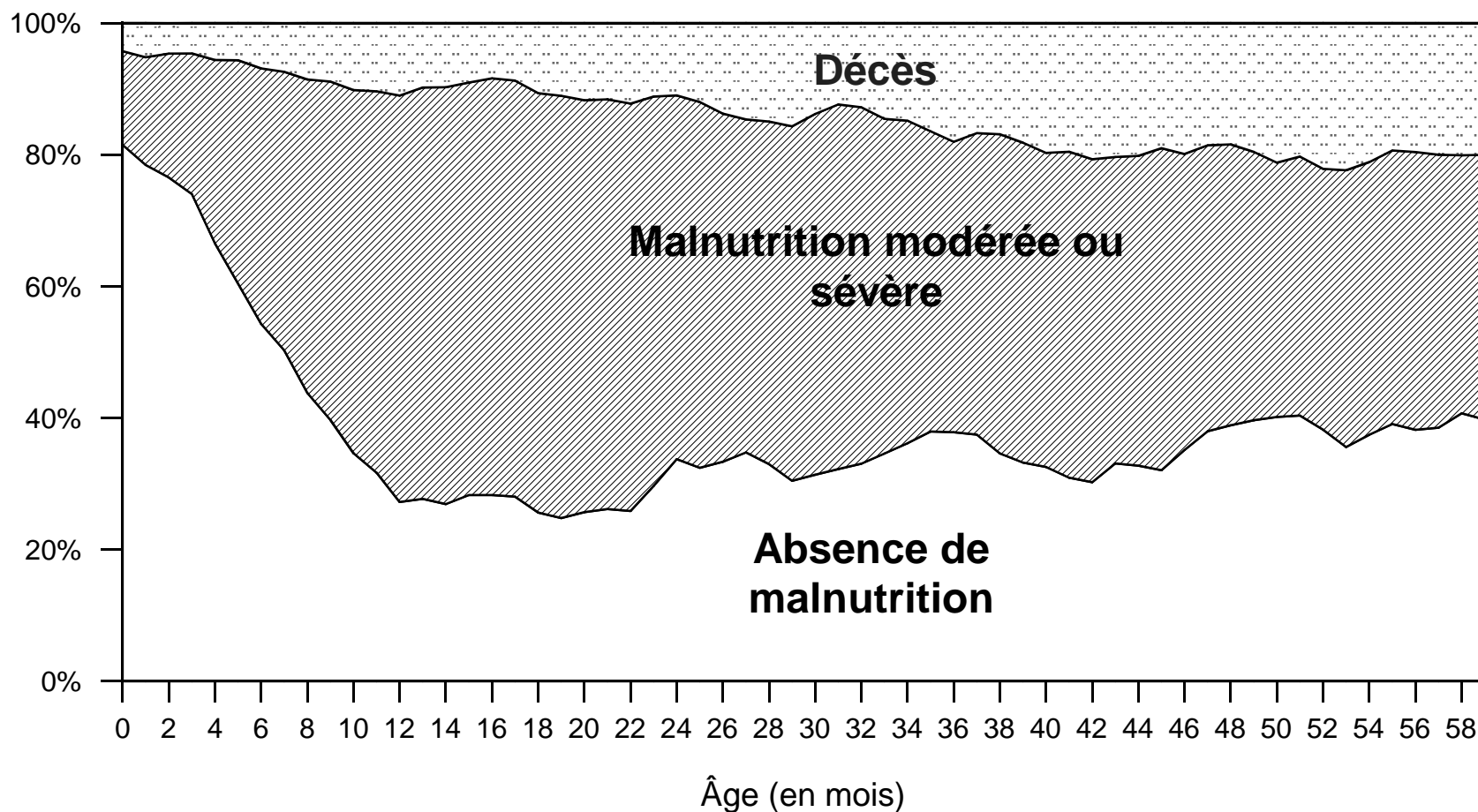
La malnutrition et la mortalité provoquent des ravages très importants parmi les jeunes enfants. Ce graphique présente la proportion d'enfants décédés ou d'enfants atteints de malnutrition selon l'âge en mois.

Au Burkina Faso,

- **Entre 0 et 19 mois, le pourcentage d'enfants vivants et bien nourris chute rapidement d'environ 80% à 25 %.** Le taux augmente jusqu'à 32 % à 36 mois et se stabilise ensuite entre 30 et 40 % jusqu'à 59 mois.
- **Entre 0 et 19 mois, le pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition modérée à aiguë¹ augmente considérablement, passant de 12 % à 65 %.** Le taux baisse ensuite jusqu'à 55 % à 36 mois pour se décliner légèrement à 50 % à 59 mois.
- **De la naissance à 59 mois, le pourcentage d'enfants décédés augmente graduellement, de 5 % à la naissance à 10 % à 19 mois et ensuite à 15 % à 36 mois, diminuant à 18 % jusqu'à 59 mois.**

¹ Un enfant avec un score d'écart type inférieure à -3 par rapport au standard de référence est considéré comme atteint de malnutrition sévère ; entre -2 et -3, il est considéré comme atteint de malnutrition modérée.

Graphique 3 : Survie et état nutritionnel des enfants au Burkina Faso



Note : Un enfant avec un score d'écart type (ET) inférieure à -3 ET par rapport au standard de référence est considéré comme atteint de malnutrition sévère (retard de croissance, émaciation ou insuffisance pondérale) ; entre -2 et -3 ET, il est considéré comme atteint de malnutrition modérée. Les valeurs ont été lissées au moyen d'une moyenne mobile sur cinq mois.

Source : EDSBF-III 2003

Malnutrition au Burkina Faso

Graphique 4 : Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso

Au Burkina Faso,

- **Trente-neuf pour cent des enfants âgés entre 0 et 59 mois souffrent de malnutrition chronique.** En d'autres termes, ils sont trop petits pour leur âge, du fait d'un *retard de croissance*.¹ La proportion d'enfants qui accusent un retard de croissance est 19 fois plus élevée que celle attendue dans une population en bonne santé et bien nourrie.
- **La malnutrition aiguë, se manifestant par une *émaciation*,**² se traduit par une maigreur excessive de l'enfant par rapport à sa taille. **Elle atteint 19 % des enfants,** soit neuf fois le niveau attendu dans une population en bonne santé.
- **Trente-huit pour cent des enfants de moins de cinq ans sont d'un poids trop faible pour leur âge (*insuffisance pondérale*)³.** Ceci représente plus de 19 fois le niveau attendu dans une population en bonne santé et bien nourrie.
- **Seulement 3 % des enfants de moins de cinq ans sont d'un poids supérieur à la normale.**⁴ Ce niveau correspond à celui que l'on s'attend dans une population en bonne santé et bien nourrie.

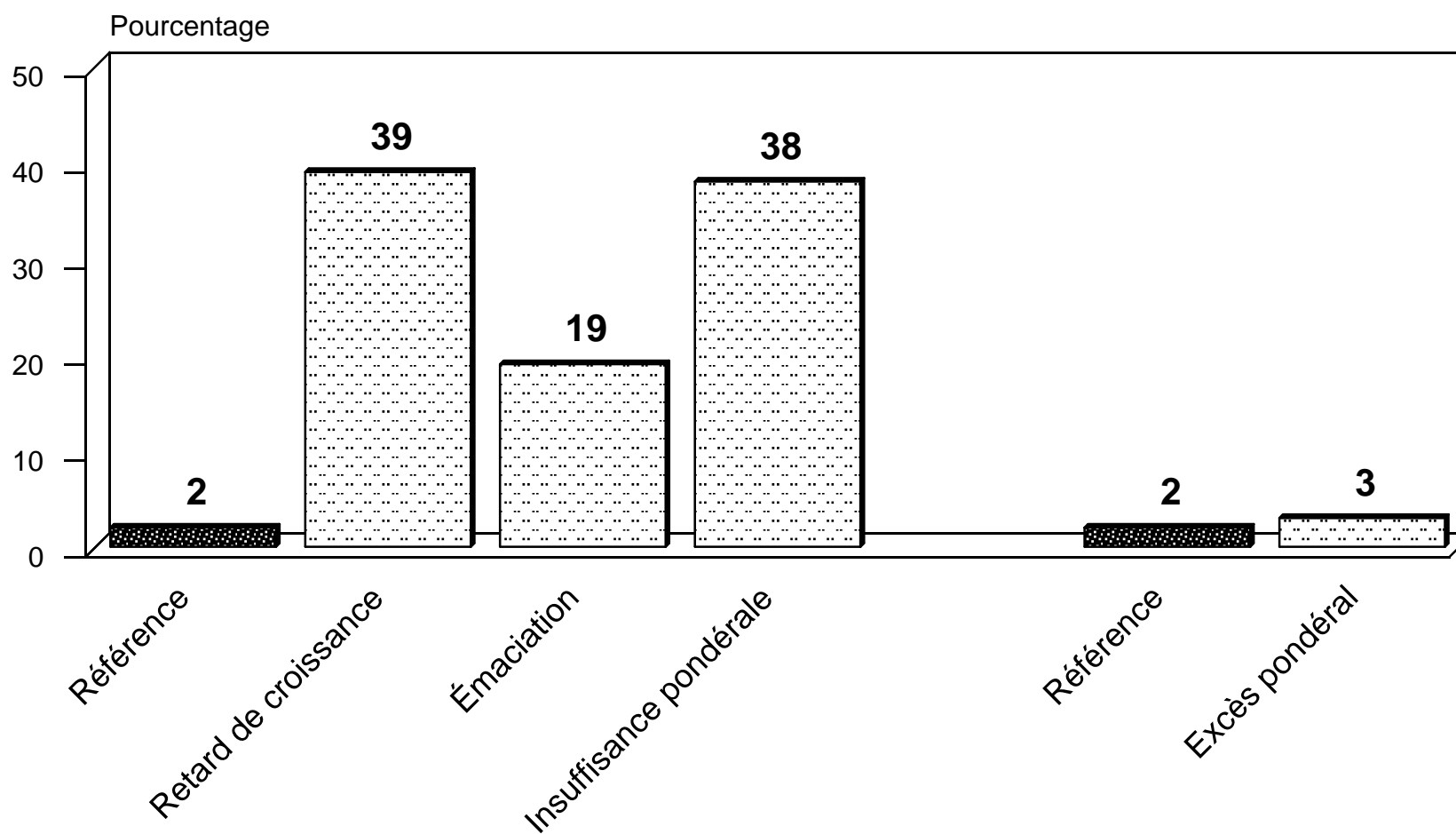
¹ Un enfant accusant un retard de croissance a une taille par rapport à l'âge dont le score d'écart type est inférieur à -2 ET sur la base de la population de référence du NCHS/CDC/OMS. La malnutrition chronique est la conséquence d'une alimentation insuffisante sur une longue période et peut être aggravée par des maladies chroniques.

² Un enfant émacié a un poids par rapport à la taille dont le score d'écart type est inférieur à -2 ET sur la base de la population de référence du NCHS/CDC/OMS. La malnutrition aiguë est le résultat d'un manque récent d'alimentation adéquate et peut aussi résulter de maladies graves, comme la diarrhée.

³ Un enfant présentant une insuffisance pondérale a un poids par rapport à l'âge dont le score d'écart type est inférieur à -2 ET sur la base de la population de référence du NCHS/CDC/OMS. Cette condition peut résulter d'une malnutrition aiguë ou chronique, ou d'une combinaison des deux.

⁴ Un enfant présentant un excès pondéral a un poids par rapport à la taille dont le score d'écart type est supérieur à 1 ET sur la base de la population de référence du NCHS/CDC/OMS.

Graphique 4 : Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso



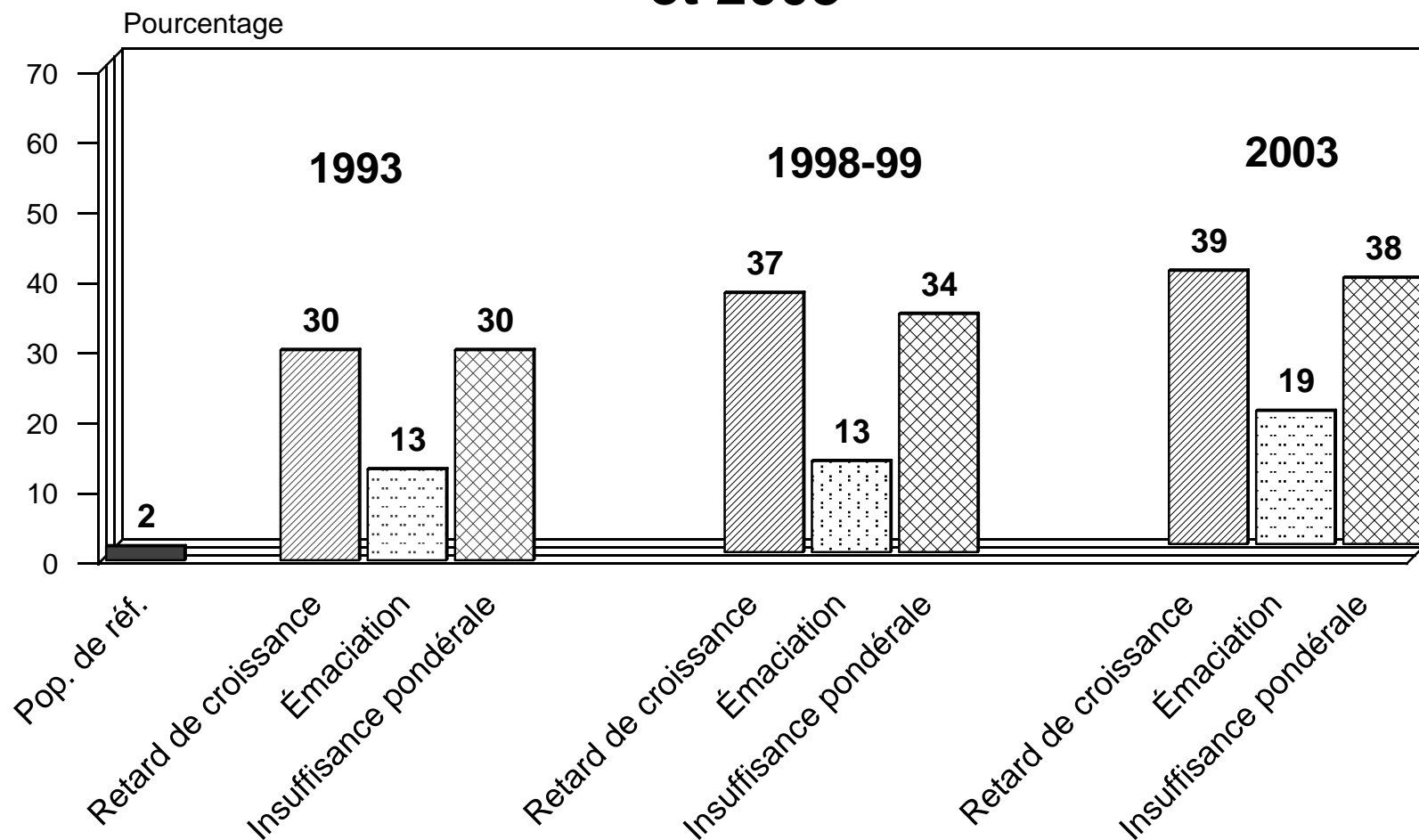
Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë et l'*insuffisance pondérale* une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

Source : EDSBF-III 2003

Graphique 5 : Évolution des niveaux de dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso entre 1993, 1998-99 et 2003

- Les résultats de l'EDSBF-III 2003 suggèrent que **le niveau de malnutrition aiguë a augmenté au Burkina Faso depuis l'enquête de 1993 et 1998-99.**
- De 1993 à 1998-99, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale ont augmenté, respectivement, de 7 et 4 points de pourcentage. De 1998-99 à 2003, le taux du retard de croissance a augmenté de 2 points, l'insuffisance pondérale a augmenté de 4 points et l'émaciation de 6 points. Toutes les augmentations des taux de dénutrition sont statistiquement significatives sauf pour le taux de l'émaciation entre 1993 et 1998-99.

Graphique 5 : Évolution des niveaux de dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso entre 1993, 1998-99 et 2003



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë et l'*insuffisance pondérale* une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

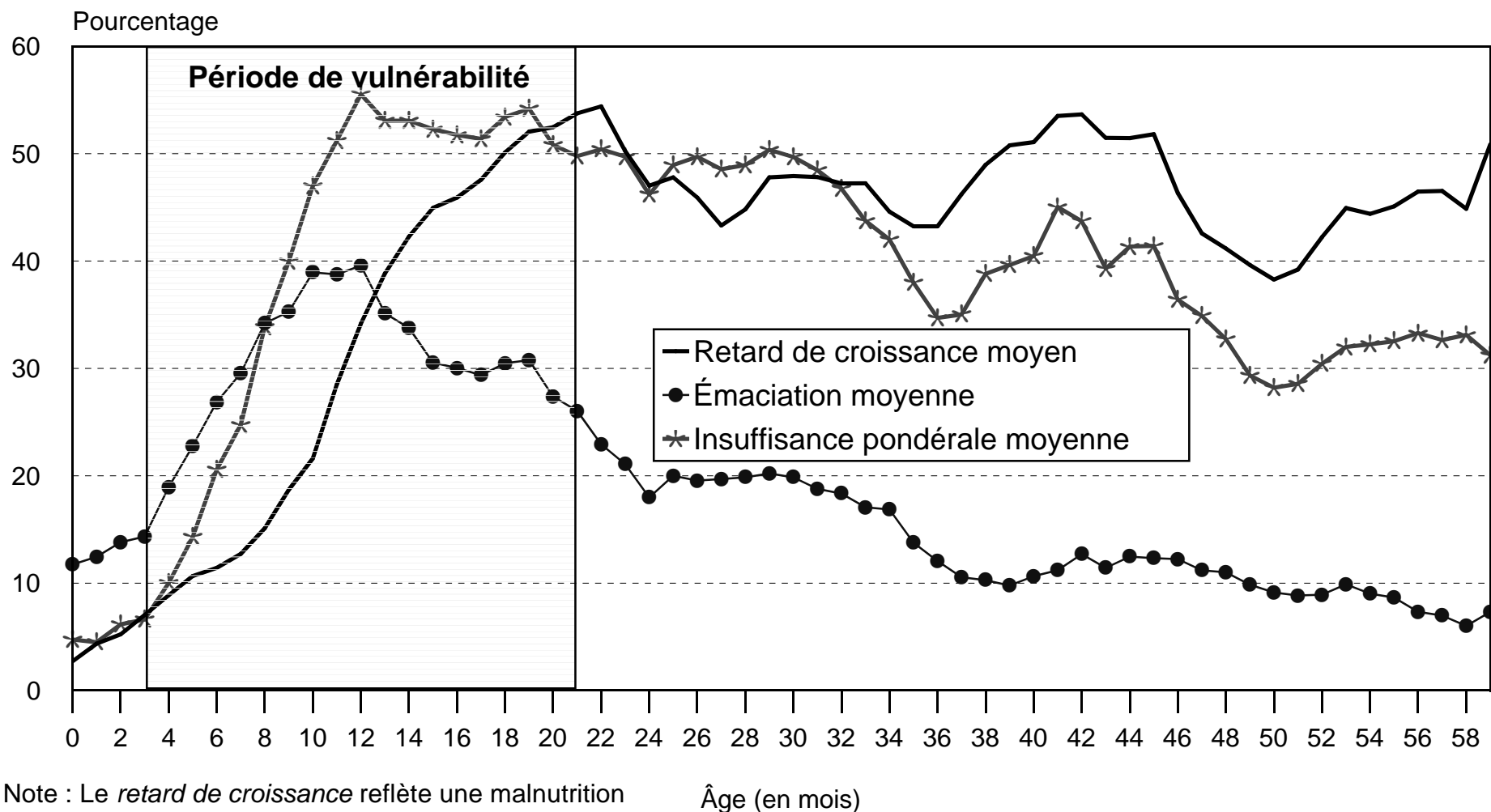
Source : EDSBF-I 1993, EDSBF-II 1998-99 et EDSBF-III 2003

Graphique 6 : Retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale selon l'âge au Burkina Faso

Au Burkina Faso, la période entre les âges de 2 et 22 mois est la plus vulnérable.

- **La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente rapidement entre 2 et 22 mois, jusqu'à un maximum de 54 %.** Cette proportion diminue ensuite à 43 % à l'âge de 36 mois, puis augmente à 54 % à l'âge de 40 mois et puis diminue.
- **La proportion d'enfants émaciés augmente jusqu'à 40 % au 12^e mois, puis décline graduellement jusqu'à 10 % à 38 mois.** Cette proportion continue à diminuer jusqu'à atteindre 6 % à 59 mois.
- **La proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale s'élève rapidement entre 3 et 12 mois, pour atteindre 56 %.** Elle diminue ensuite jusqu'à 29 % à 49 mois, puis s'élève de nouveau à 31 % à 59 mois.

Graphique 6 : Retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale selon l'âge au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë et l'*insuffisance pondérale* une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

Source : EDSBF-III 2003

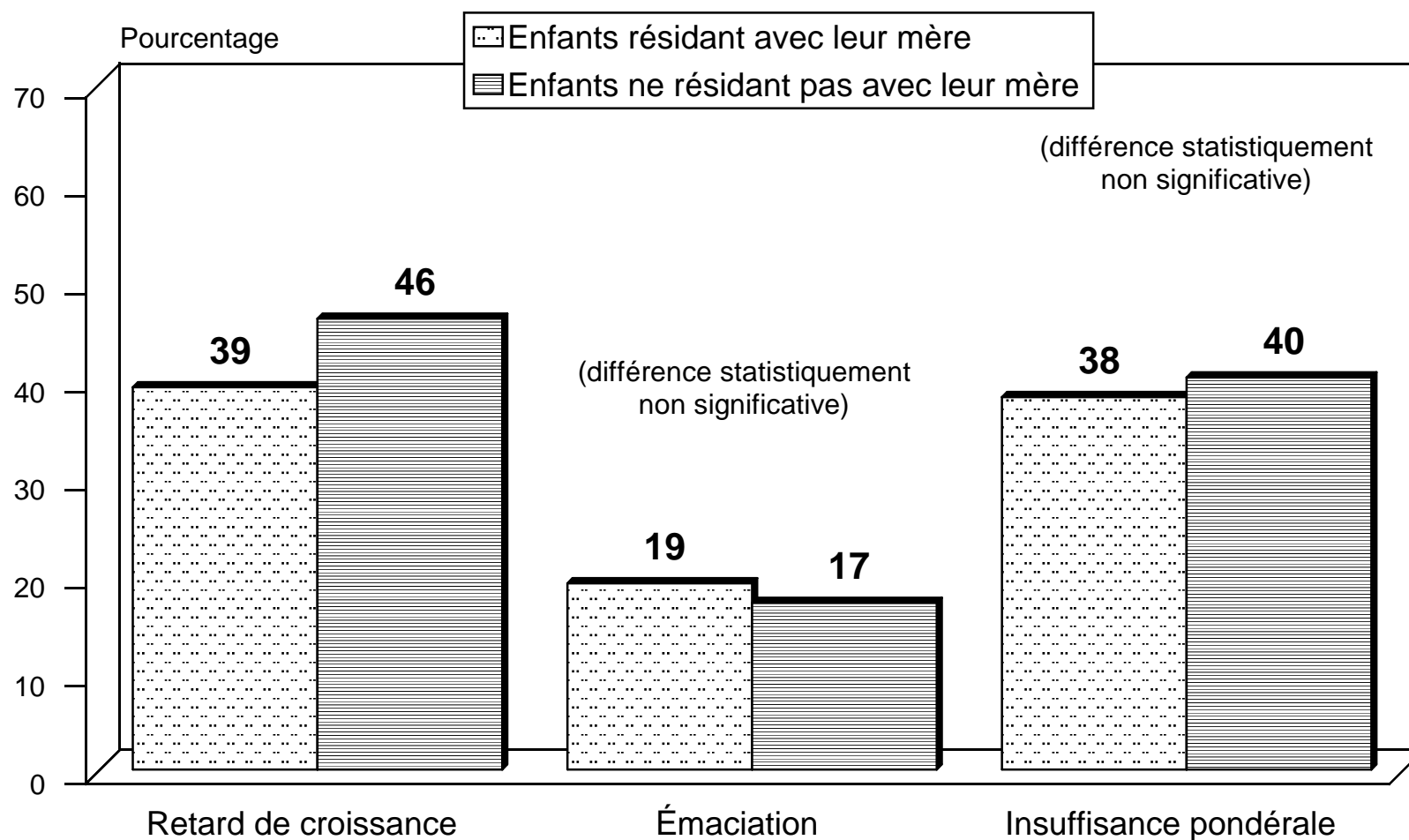
Graphique 7 : Dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans ne résidant pas avec leur mère au Burkina Faso

Auparavant, les données anthropométriques des enquêtes EDS excluait les enfants dont la mère ne vivait pas dans le ménage enquêté ou n'avait pas été enquêtée. Tous les enfants sont maintenant mesurés quel que soit le domicile de leur mère. Dans l'EDSBF-III 2003, 236 enfants de moins de cinq ans n'habitaient pas avec leur mère.

Au Burkina Faso,

- **Le retard de croissance des enfants qui n'habitent pas avec leur mère est plus élevé.**
- Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux d'émaciation ou d'insuffisance pondérale et la résidence des enfants vivant avec leur mère.

Graphique 7 : Dénutrition chez les enfants de moins de cinq ans ne résidant pas avec leur mère au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë et l'*insuffisance pondérale* une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

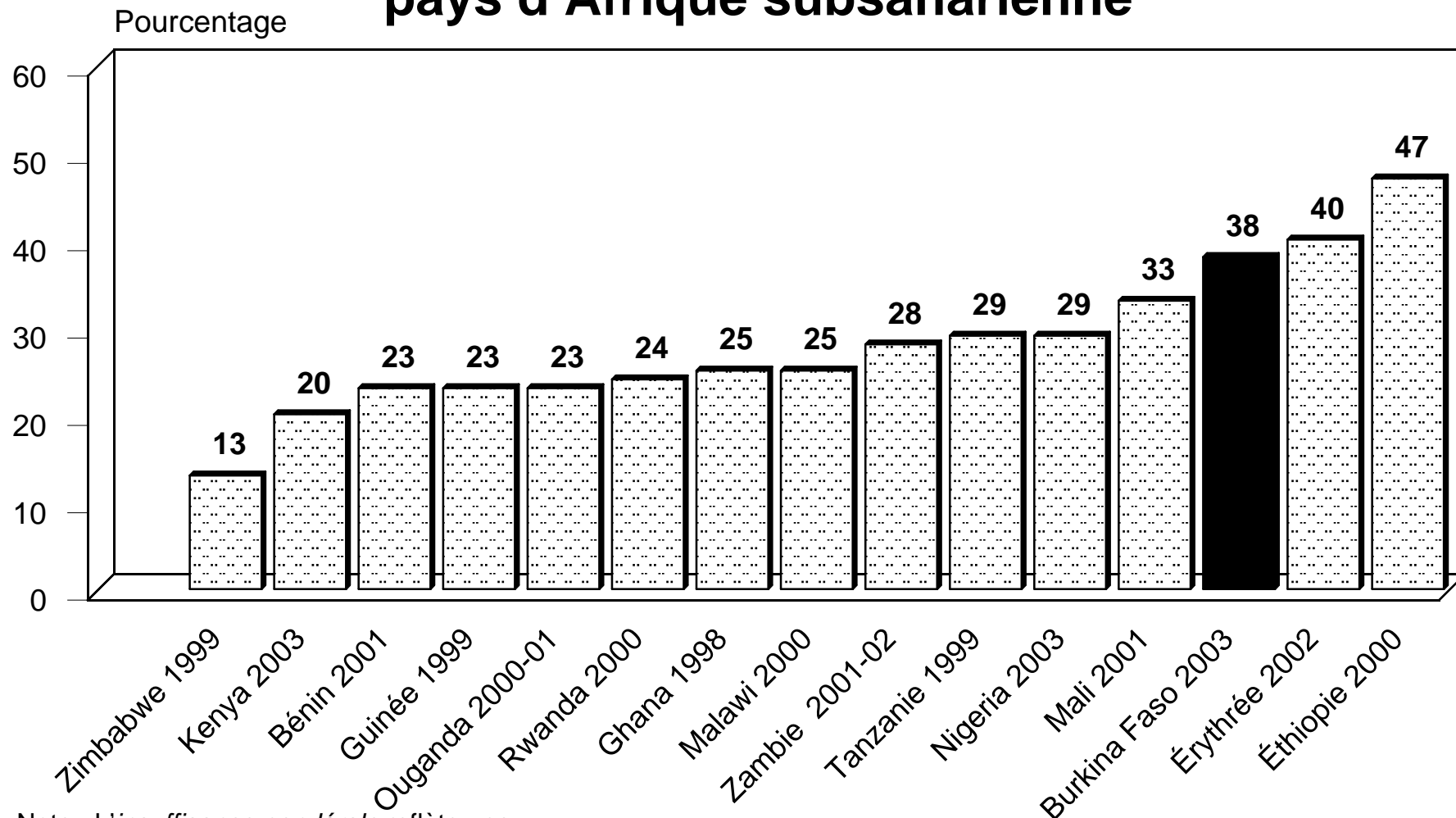
Source : EDSBF-III 2003

Graphique 8 : Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

Parmi les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés,

- Le pourcentage d'enfants **de moins de cinq ans** présentant une *insuffisance pondérale* varie de 13 % à 47 %. **Avec 38 %, le Burkina Faso se situe dans le tiers supérieur des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.** L'insuffisance pondérale est caractéristique des enfants souffrant de malnutrition chronique ou aiguë, ou des deux, et peut être influencée, à la fois, par des facteurs à court et à long terme de la malnutrition. Cet indicateur est souvent utilisé pour juger de l'état général de santé d'une population.

Graphique 8 : Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



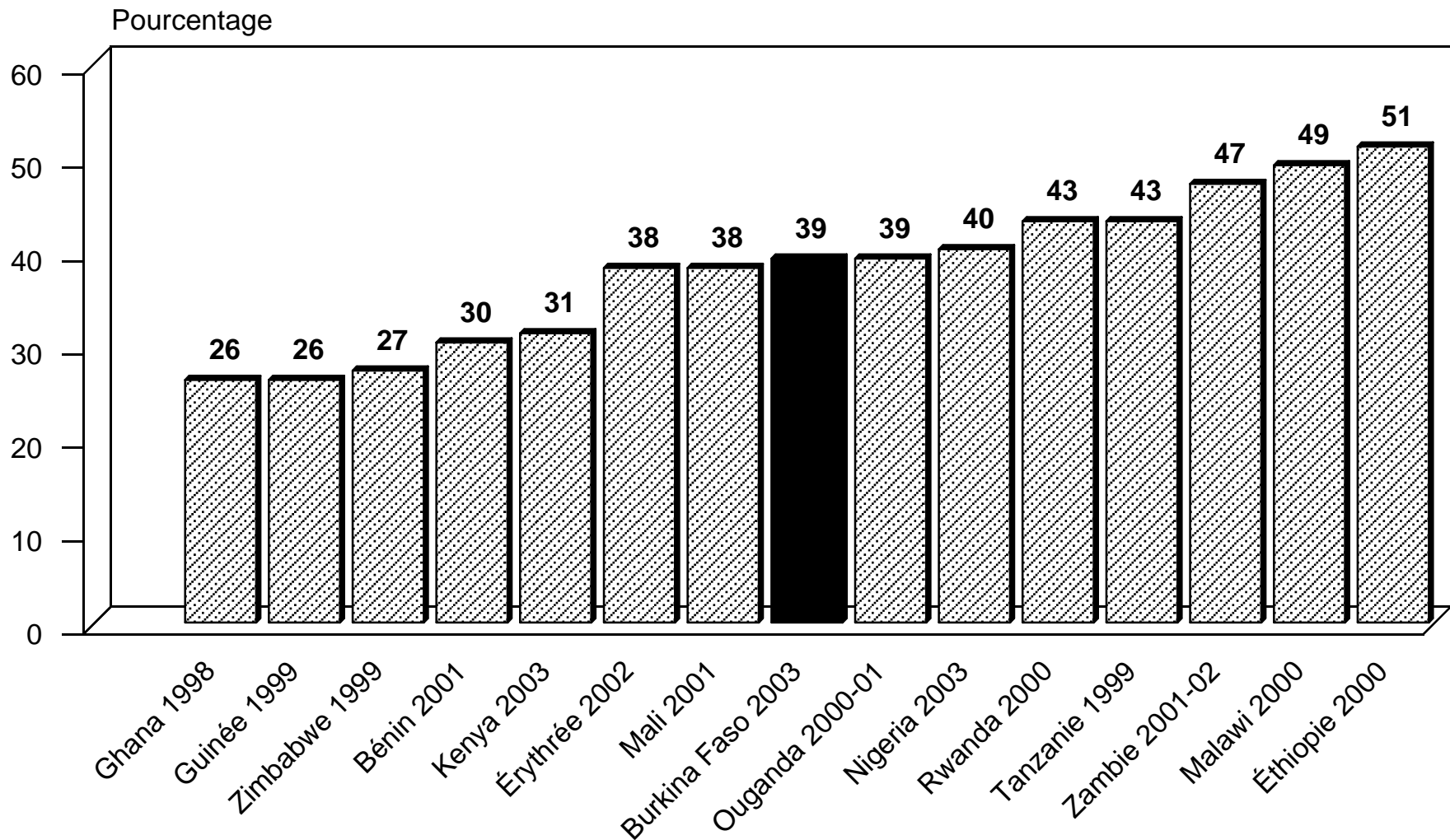
Note : L'insuffisance pondérale reflète une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

Graphique 9 : Retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

Parmi les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés,

- Le pourcentage d'enfants **de moins de cinq ans** accusant *un retard de croissance* varie de 26 % à 51 %. **À 39 %, le Burkina Faso se situe au milieu des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.** Le retard de croissance est un bon indicateur à long terme de l'état nutritionnel d'une population, parce qu'il n'est pas influencé de façon marquée par des facteurs à court terme comme la saison de collecte des données, les épidémies, les pénuries sévères de vivres et les changements récents dans la politique économique ou sociale du pays.

Graphique 9 : Retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Note : Le retard de croissance reflète une malnutrition chronique.

Facteurs immédiats de la malnutrition

Cadre conceptuel de l'état nutritionnel

L'état nutritionnel est directement lié à l'alimentation et à des maladies infectieuses telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, le paludisme malaria et la rougeole. Ces deux éléments reflètent les conditions socio-économiques sous-jacentes du ménage, de la communauté et du pays, résultant, elles-mêmes, des structures politiques, économiques et idéologiques nationales.

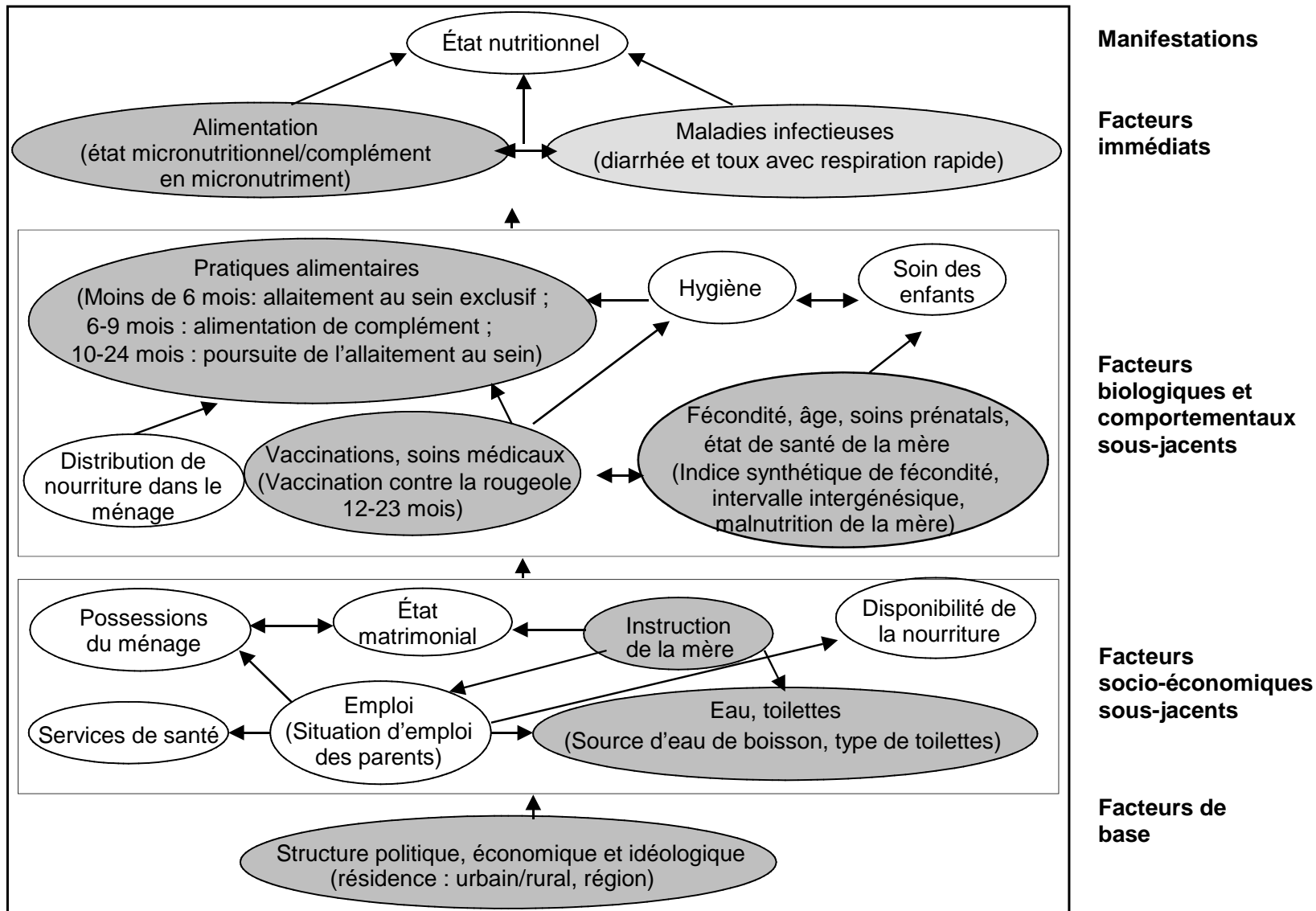
Le diagramme suivant représente le cadre conceptuel de l'état nutritionnel adapté des analyses de l'UNICEF.¹ Il traduit les relations entre les différents facteurs de malnutrition et leur impact sur l'état nutritionnel des enfants. Bien que les facteurs politiques, socio-économiques, environnementaux et culturels (au niveau local et national) et la pauvreté (au niveau du ménage) aient un effet sur l'état nutritionnel des femmes et des enfants, les seules variables prises en compte dans ce document sont celles qu'il est possible d'évaluer à partir d'une enquête ménage nationale. Les facteurs sélectionnés sont mis en évidence dans le diagramme.

Ces facteurs sont :

- **Facteurs immédiats**, tels que l'alimentation (état micronutritionnel et complément en micronutriments) et les maladies infectieuses (diarrhée et infections respiratoires)
- **Facteurs biologiques et comportementaux sous-jacents**, tels que la fécondité, la vaccination contre la rougeole et les pratiques alimentaires des enfants de moins de deux ans
- **Facteurs socio-économiques sous-jacents**, tels que le niveau d'instruction de la mère, l'eau utilisée pour boire et les types de toilettes
- **Facteurs de base**, tels que le milieu de résidence.

¹ « La situation des enfants dans le monde », 1998

Cadre conceptuel de l'état nutritionnel



Adapté de "La situation des enfants dans le monde,"
UNICEF, 1998

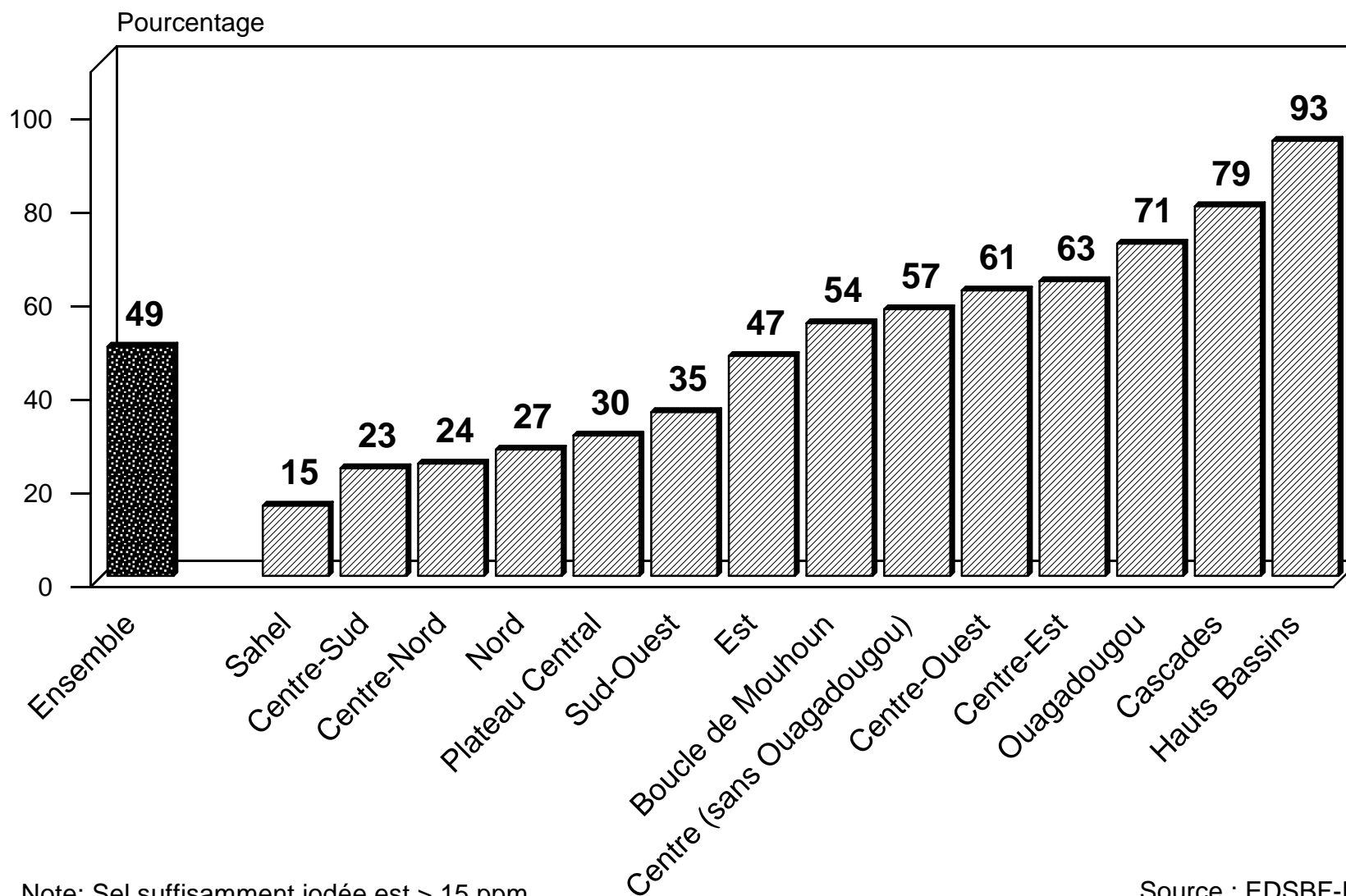
Graphique 10 : Utilisation du sel suffisamment iodé dans les ménages avec des enfants de moins de cinq ans par région au Burkina Faso

Une carence en iode augmente les risques de crétinisme (une forme grave de déficit neurologique), d'avortements spontanés, de naissances prématurées, d'infécondité, de mortinatalité ; elle peut aussi provoquer l'apparition du goitre tout en contribuant à accroître la mortalité infantile. L'une des conséquences les plus graves des troubles dus à la carence en iode (TDCI) sur le développement des enfants est l'arriération mentale et l'impact qui en résulte sur les investissements sociaux dans le domaine de la santé et de l'éducation. Les TDCI représentent la forme la plus commune d'arriération mentale et de lésions cérébrales évitables dans le monde. Ils réduisent la production d'hormones vitales à la croissance et au développement. Les enfants ayant des TDCI peuvent grandir en étant affectés par un retard de croissance, en présentant des symptômes de léthargie et d'arriération mentale, et ayant leurs facultés verbales, auditives et de mouvements altérées. Chez les femmes enceintes, une carence en iode risque d'entraîner des fausses couches, la naissance d'enfants mort-nés et l'arriération mentale chez les enfants.

Il est relativement simple de remédier aux TDCI. Une cuillère à café d'iode est tout ce dont un individu a besoin au cours de son existence. Cependant, l'iode ne pouvant pas être conservé longtemps par le corps, de toutes petites quantités doivent être absorbées régulièrement. Dans les zones de TDCI endémiques, où le sol et donc les plantes cultivées et les animaux en pâturage ne fournissent pas les quantités d'iode nécessaires à la population, l'enrichissement des aliments et l'administration de suppléments ont obtenu de grands succès, tout en étant relativement faciles à mettre en place. L'enrichissement en iode du sel ou de l'huile est le moyen le plus commun pour lutter contre les TDCI. Le sel iodé commercialisé en sachet en plastique qui n'est pas conservé correctement perd sa concentration en iode. Un emballage et un rangement corrects du sel iodé sont essentiels pour garantir à la population un enrichissement en iode.

- **Au Burkina Faso, 49 % des enfants de moins de cinq ans utilisent du sel contenant une quantité suffisante et adéquate d'iode (≥ 15 ppm).** C'est dans la région du Sahel que l'utilisation du sel iodé est la plus faible (15 %) et c'est dans celle des hauts bassins qu'elle est la plus élevée (93 %).

Graphique 10 : Utilisation du sel suffisamment iodé dans les ménages avec des enfants de moins de cinq ans par région au Burkina Faso



Note: Sel suffisamment iodée est ≥ 15 ppm

Graphique 11 : Cécité crépusculaire chez les mères d'enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso

La carence en vitamine A (CVA) est la principale cause mondiale de cécité infantile. L'endommagement de la vision (xérophtalmie) n'est que l'un des effets négatifs de la CVA. La vitamine A est essentielle à une croissance rapide et au rétablissement après une maladie ou une infection. Les enfants souffrant d'une carence en vitamine A ont une immunité moindre et sont moins susceptibles que les autres de se rétablir de maladies infantiles courantes, comme la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la rougeole. Leur risque de décéder est deux fois plus élevé que celui des enfants qui ne présentent pas de carence en vitamine A.

L'état vitaminique A d'une mère pendant la grossesse peut être indicatif de celui de son enfant. L'un des signes de l'avitaminose A chez les femmes enceintes est la cécité crépusculaire.

- **Au Burkina Faso, 13 % des femmes ayant eu une naissance au cours des 5 dernières années ont déclaré avoir souffert de certaines formes de cécité crépusculaire au cours de leur dernière grossesse.**
- **Cependant, seulement 7 % des femmes ont déclaré avoir des troubles de la vue pendant la nuit, mais pas pendant le jour, au cours de leur dernière grossesse.** Bien que ce chiffre permette de tenir compte des femmes ayant des troubles oculaires généraux, il peut aussi conduire à sous-estimer le niveau de cécité crépusculaire.

Graphique 11 :

Cécité crépusculaire chez les mères d'enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso

Au cours de leur dernière grossesse, 13 % des femmes ont déclaré avoir souffert de certaines formes de cécité crépusculaire.

Au cours de leur dernière grossesse, 7 % des femmes avaient des problèmes de vision pendant la nuit, mais pas pendant le jour.



Graphique 12 : Supplémentation en vitamine A des mères d'enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso

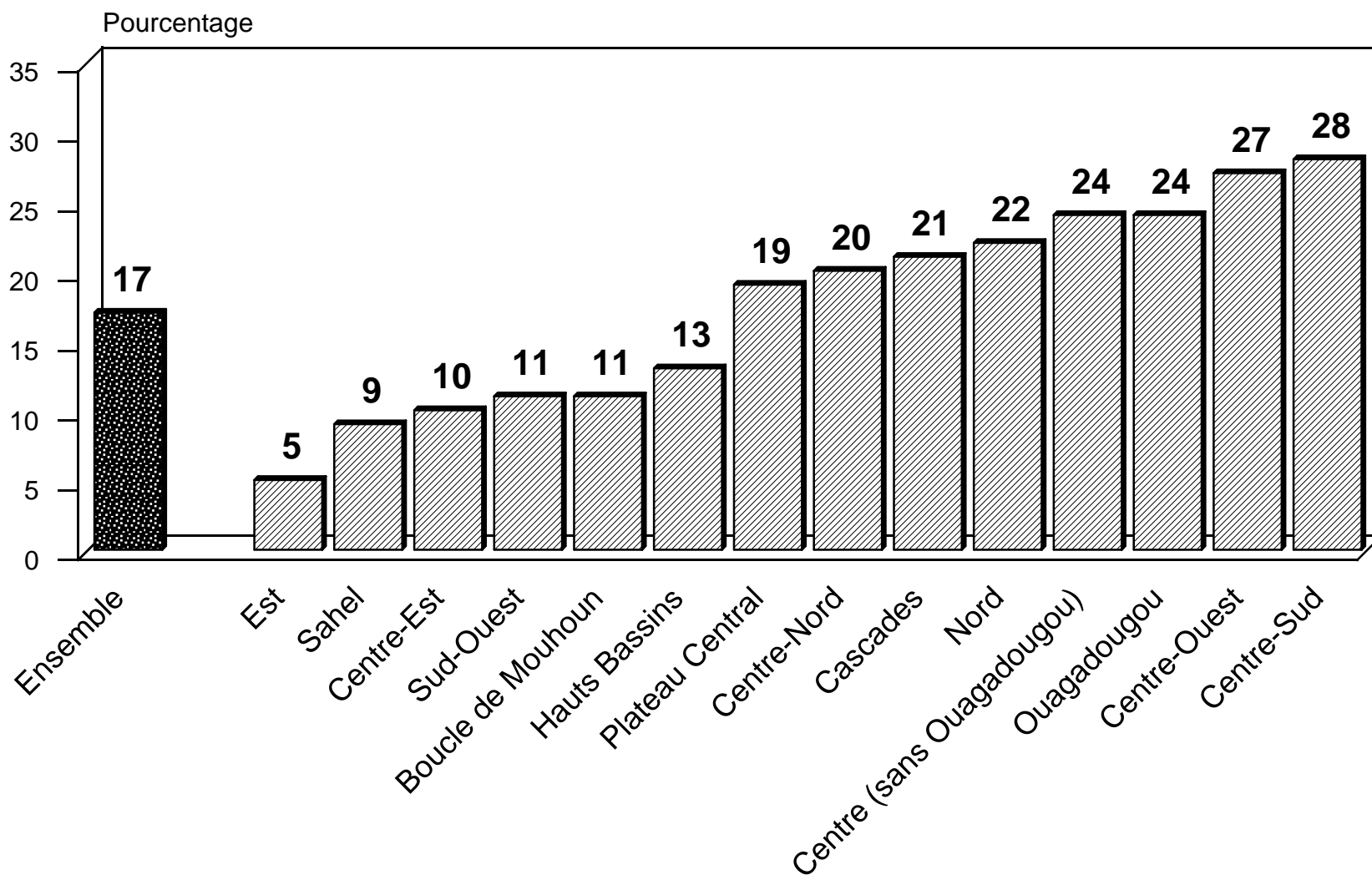
Des études récentes ont montré que les femmes enceintes souffrant d'une carence en vitamine A courent un plus grand risque que les autres de décéder à l'accouchement ou peu après. La grossesse et la lactation compromettent l'état nutritionnel des femmes et diminuent leurs réserves de vitamine A. L'administration de suppléments en vitamine A aide les femmes qui viennent d'accoucher à ramener leurs réserves de vitamine A à un niveau normal, contribuant ainsi à leur rétablissement et à éviter les maladies.

Les suppléments de vitamine A bénéficient également aux enfants allaités au sein. Si la mère présente des carences en vitamine A, son enfant a des chances de naître avec de faibles réserves de cette vitamine. Les bébés de faible poids à la naissance sont particulièrement à risque. En outre, souvent, les nouveau-nés ne reçoivent pas suffisamment de vitamine A du lait de leur mère si celle-ci présente des carences. Il est donc important d'administrer des suppléments de vitamine A aux mères dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Au Burkina Faso,

- **Dix-sept pour cent des mères ont reçu des suppléments de vitamine A dans les deux mois suivant l'accouchement.**
- **L'apport complémentaire de vitamine A varie selon la région.** Il concerne seulement 5 % des mères de la région de l'Est, contre 28 % de la région du Centre-Sud.

Graphique 12 : Supplémentation en vitamine A des mères d'enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso



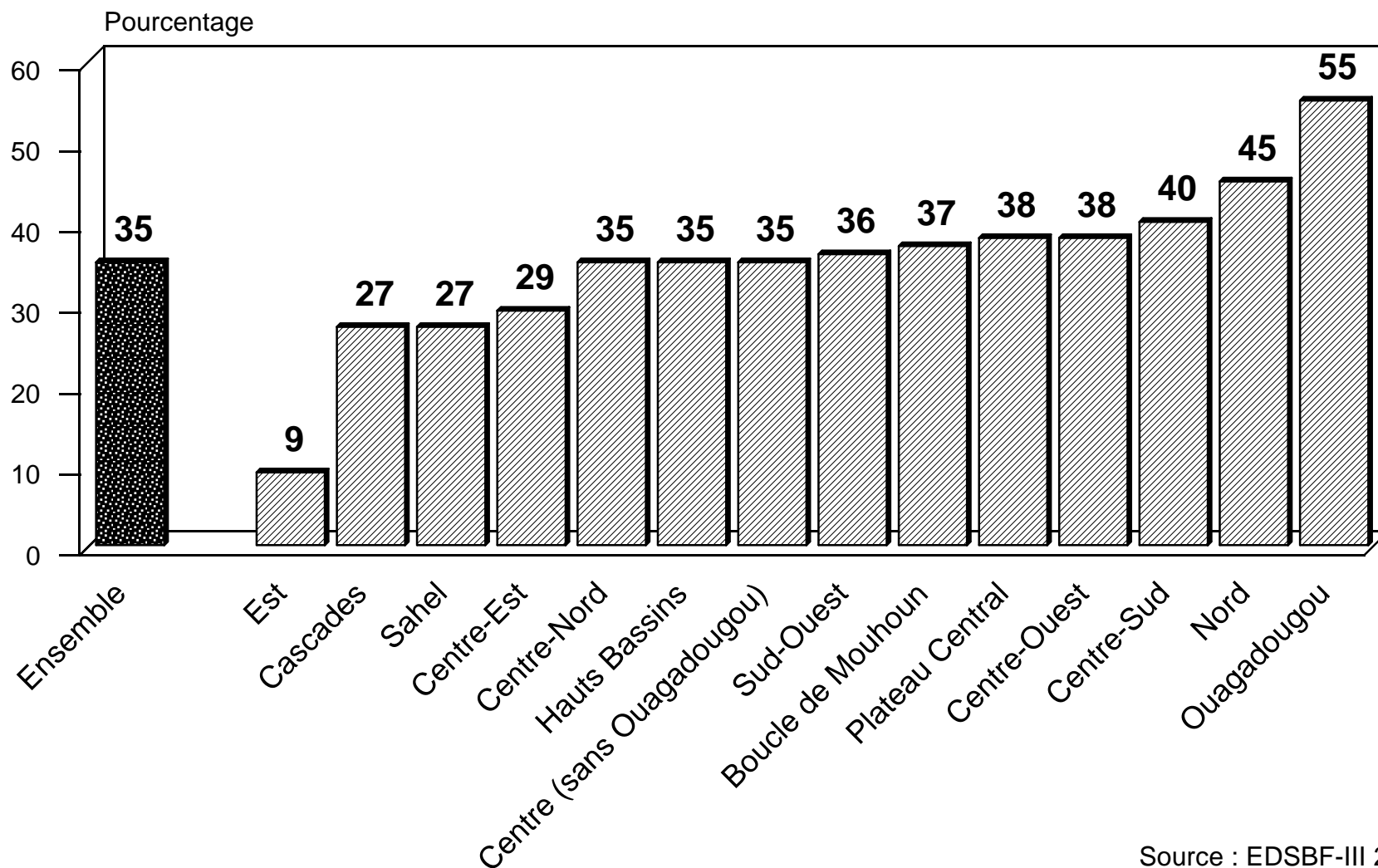
Graphique 13 : Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois, au cours des six derniers mois, par région, au Burkina Faso

La carence en vitamine A est courante dans les environnements secs où les fruits et légumes frais sont difficiles à trouver. La vitamine A est présente dans le lait maternel, les autres laits, le foie, les œufs, le poisson, le beurre, l'huile de palme rouge, les mangues, les papayes, les carottes, les potirons et les légumes à feuilles vertes foncées. Contrairement au fer ou à l'acide folique, la vitamine A est soluble dans les corps gras, ce qui signifie qu'une consommation d'huiles ou de graisses est nécessaire à son absorption par le corps. Le foie conserve une quantité suffisante de vitamine A pendant quatre à six mois. Un dosage périodique (tous les quatre à six mois) de suppléments de vitamine A est une méthode rapide et peu onéreuse de s'assurer que les enfants ne souffrent pas de CVA. Les journées nationales de vaccination contre la polio ou la rougeole constituent un cadre parfait pour atteindre un grand nombre d'enfants et leur administrer des suppléments de vitamine A.

Au Burkina Faso,

- **Trente cinq pour cent des enfants de 6-59 mois ont reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois.**
- **Le taux de supplémentation en vitamine A des enfants varies au Burkina Faso.** Les taux de supplémentation sont les plus bas à l'Est (9 %) et les plus élevés à Ouagadougou (55 %).

Graphique 13 : Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois, au cours des six derniers mois, par région, au Burkina Faso



Source : EDSBF-III 2003

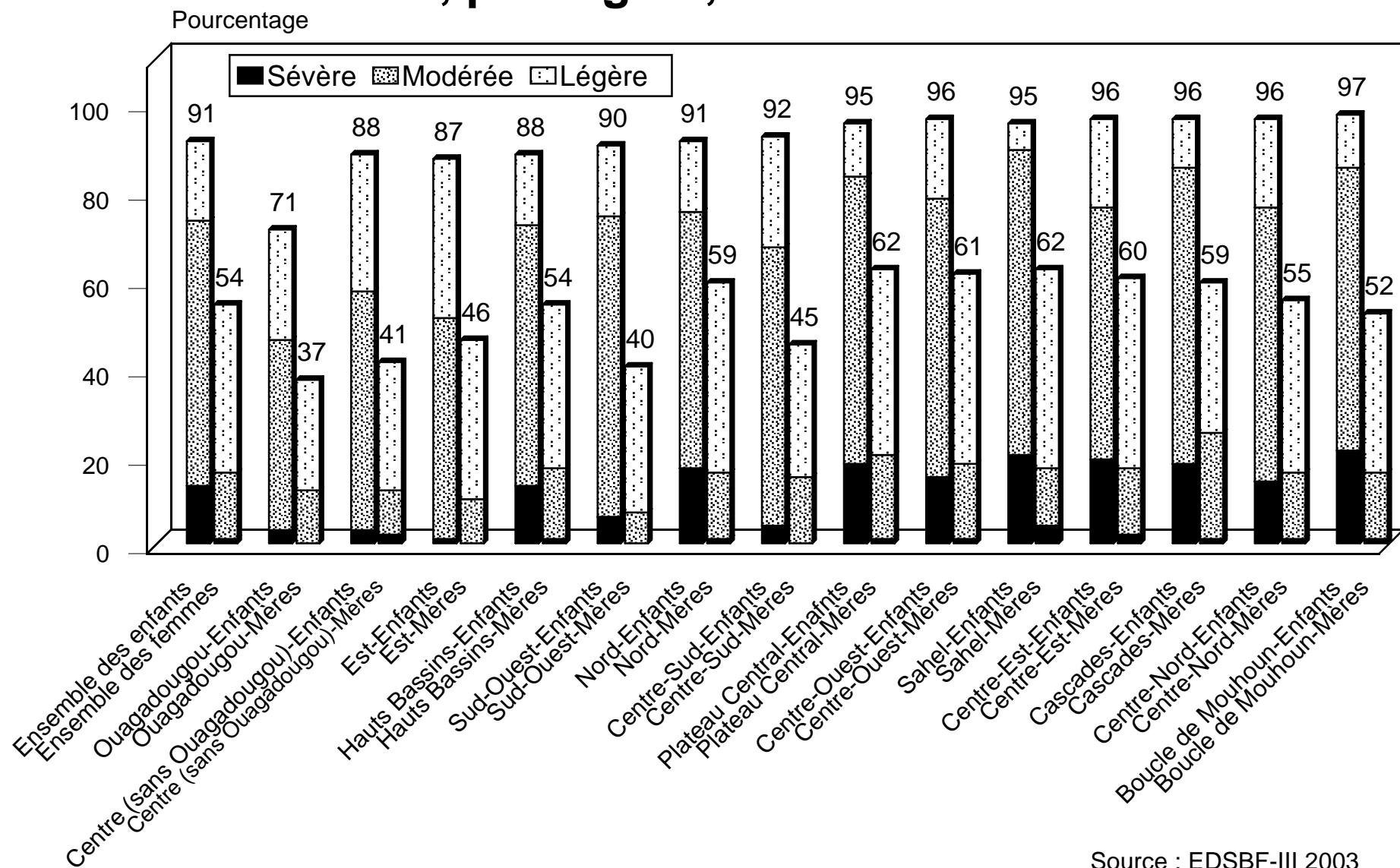
Graphique 14 : Anémie ferriprive chez les enfants de 6-59 mois et leurs mères par région au Burkina Faso

L'anémie correspond à un manque d'hémoglobine dans le sang. Elle peut être causée par différents problèmes de santé ; la carence en fer et en acide folique est l'une des principales conditions associées à l'anémie. L'avitaminose B₁₂, la carence en protéines, la drépanocytose, le paludisme et les infections parasitaires sont également des facteurs d'anémie.

Au Burkina Faso,

- **Quatre-vingt-onze pour cent des enfants de 6-59 mois et 54 % des mères sont anémiés.**
- **Chez les enfants, les taux d'anémie les plus élevés sont dans la région de Boucle de Mouhoun (97 %) et les plus faibles dans la ville de Ouagadougou (37 %).**
- **Chez les mères, les taux d'anémie sont les plus élevés dans les régions du Plateau-Central et du Sahel (62 %) et les plus faibles dans la ville de Ouagadougou (37 %).**

Graphique 14 : Anémie ferriprive chez les enfants de 6-59 mois et leurs mères, par région, au Burkina Faso



Source : EDSBF-III 2003

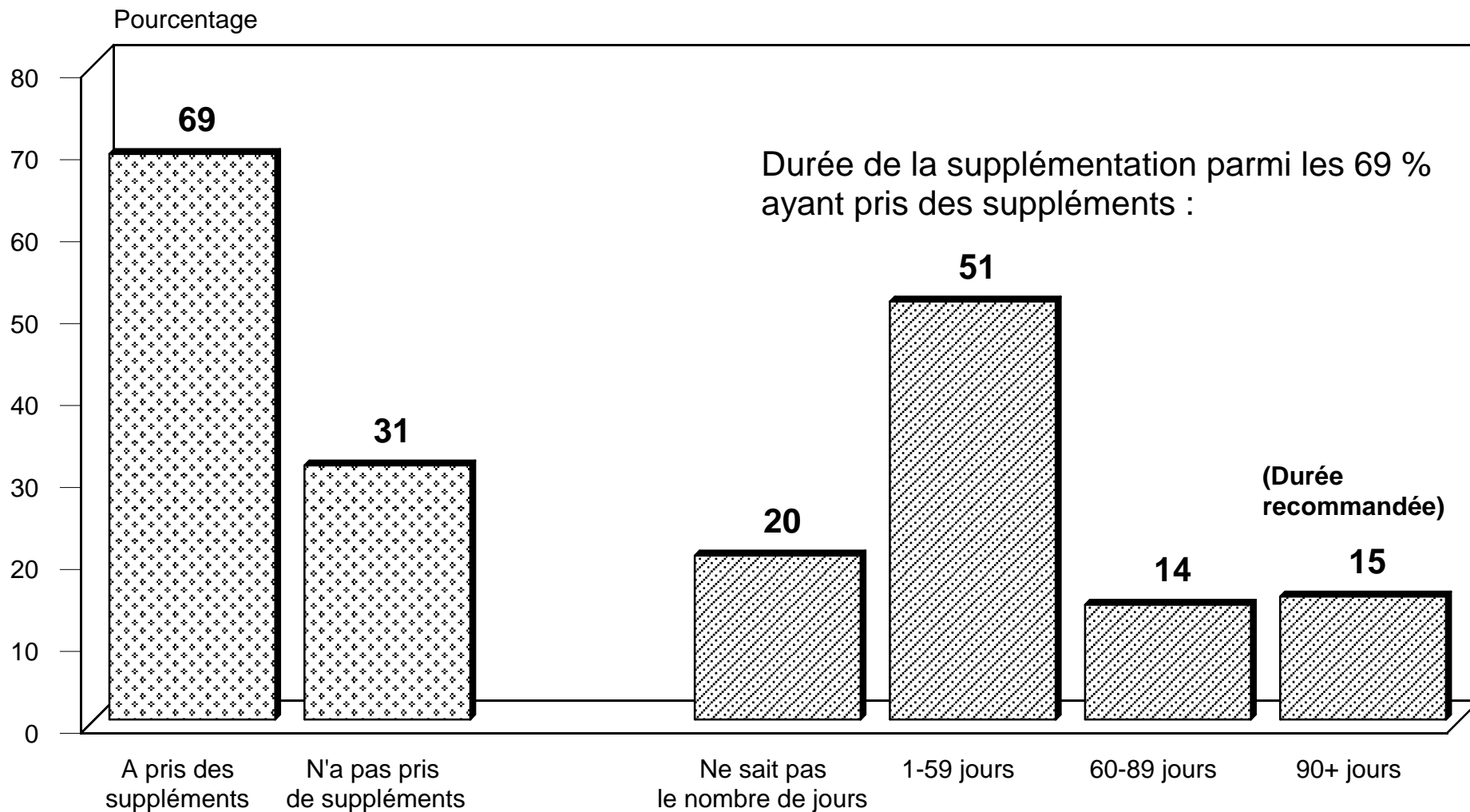
Graphique 15 : Supplémentation en fer des mères d'enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso

L'anémie ferriprive est la forme de déficience nutritionnelle la plus répandue dans le monde. Elle se développe lentement et ses symptômes ne se manifestent que lorsqu'elle atteint un stade sévère. Souvent les régimes alimentaires constitués principalement d'un seul type de céréale ou d'amidon ne comprennent pas suffisamment de fer. Le fer se trouve dans la viande, la volaille, le poisson, les céréales et certains légumes à feuilles vertes foncées (comme les épinards). Les aliments riches en vitamine C facilitent l'absorption de fer dans le sang. Par contre, le thé, le café et les céréales complètes peuvent ralentir cette absorption. L'anémie est fréquente chez les enfants de 6-24 mois nourris uniquement au lait et chez les femmes pendant la grossesse et la lactation. L'anémie ferriprive est associée à un retard du développement mental des enfants, à des capacités de travail diminuées chez l'adulte et à une réduction des chances de survie chez les enfants. Les cas graves d'anémie sont associés à la naissance de bébés de poids insuffisant et à une mortalité prénatale et maternelle. Selon les données mondiales de la prévalence de l'anémie, la consommation diététique normale de fer est insuffisante pour couvrir les besoins augmentés pour un nombre important des femmes enceintes. Fournir un supplément en fer à la femme enceinte pendant cette période critique est l'une des mesures de santé publique les plus courantes afin de prévenir et traiter l'anémie.

Au Burkina Faso,

- **Soixante-neuf pour cent des mères ont reçu une supplémentation en fer au cours de leur grossesse.**
- **Parmi celles-ci, seulement 15 % ont absorbé du fer pendant le nombre de jours minimum recommandés (au moins 90 jours).**

Graphique 15 : Supplémentation en fer des mères d'enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso



Graphique 16 : Diarrhée et toux accompagnée d'une respiration rapide chez les enfants de moins de cinq ans et niveaux de malnutrition au Burkina Faso

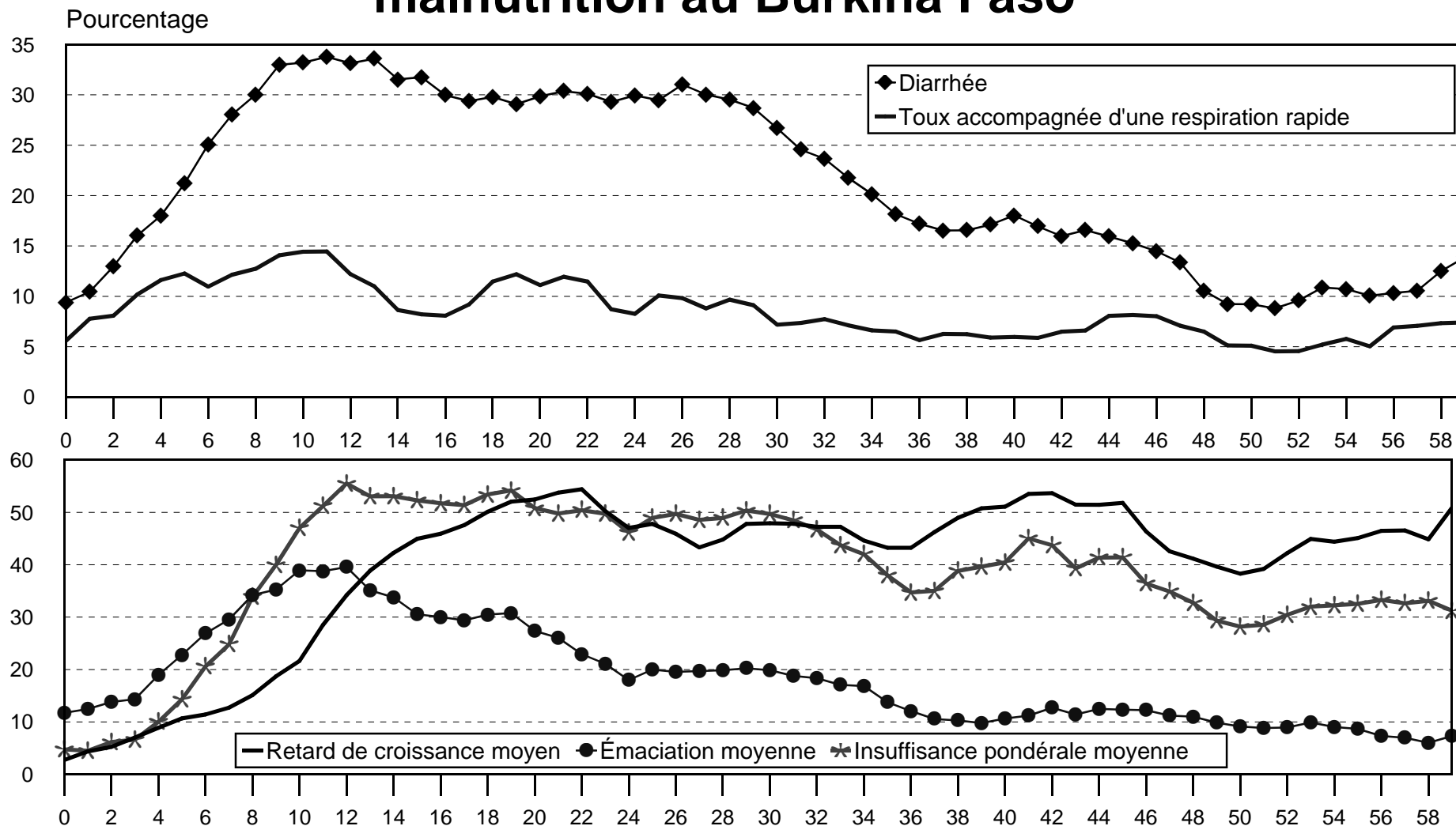
Les infections respiratoires aiguës (IRA) et la déshydratation provoquée par la diarrhée sont des causes majeures de morbidité et de mortalité dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Pour estimer la prévalence des IRA, on a demandé à chaque mère si, au cours des deux semaines précédentes, ses enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux accompagnée d'une respiration courte et rapide. La même question a été posée au sujet de la diarrhée. Un diagnostic précoce et un traitement rapide réduisent les taux de maladie ou de décès liés à ces conditions.

Au Burkina Faso,

- **Huit pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de toux accompagnée d'une respiration rapide au cours des deux semaines précédant l'enquête.** La prévalence de ces troubles passe de 5 % à 15 % au cours des 10 premiers mois, puis décline pour atteindre 8 % à 12 % entre l'âge de 12 et 30 mois. Elle decline, par la suite, de 5 % à 8 % entre 36 et 59 mois.
- **Vingt-et-un pour cent des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.** La prévalence de la diarrhée augmente rapidement de la naissance à 10 mois, âge auquel elle atteint un maximum de 35 %, puis décline et se stabilise à 30% entre l'âge de 16 et 28 mois. Par la suite, ce taux décline régulièrement à 10 % à l'âge de 56 mois, et puis augmente à 14 %.

L'augmentation rapide de la prévalence de la diarrhée au cours de l'enfance reflète les risques accrus de contamination pathogène associés à l'introduction précoce d'eau, d'autres liquides et des aliments solides dans l'alimentation des enfants. En outre, quand les enfants commencent à ramper, ils ont tendance à mettre les objets à la bouche, augmentant ainsi les risques de maladie.

Graphique 16 : Diarrhée et toux accompagnée d'une respiration rapide chez les enfants de moins de cinq ans et niveaux de malnutrition au Burkina Faso



Note: Les valeurs ont été lissées au moyen d'une moyenne mobile sur cinq mois.

Source: EDSBF-III 2003

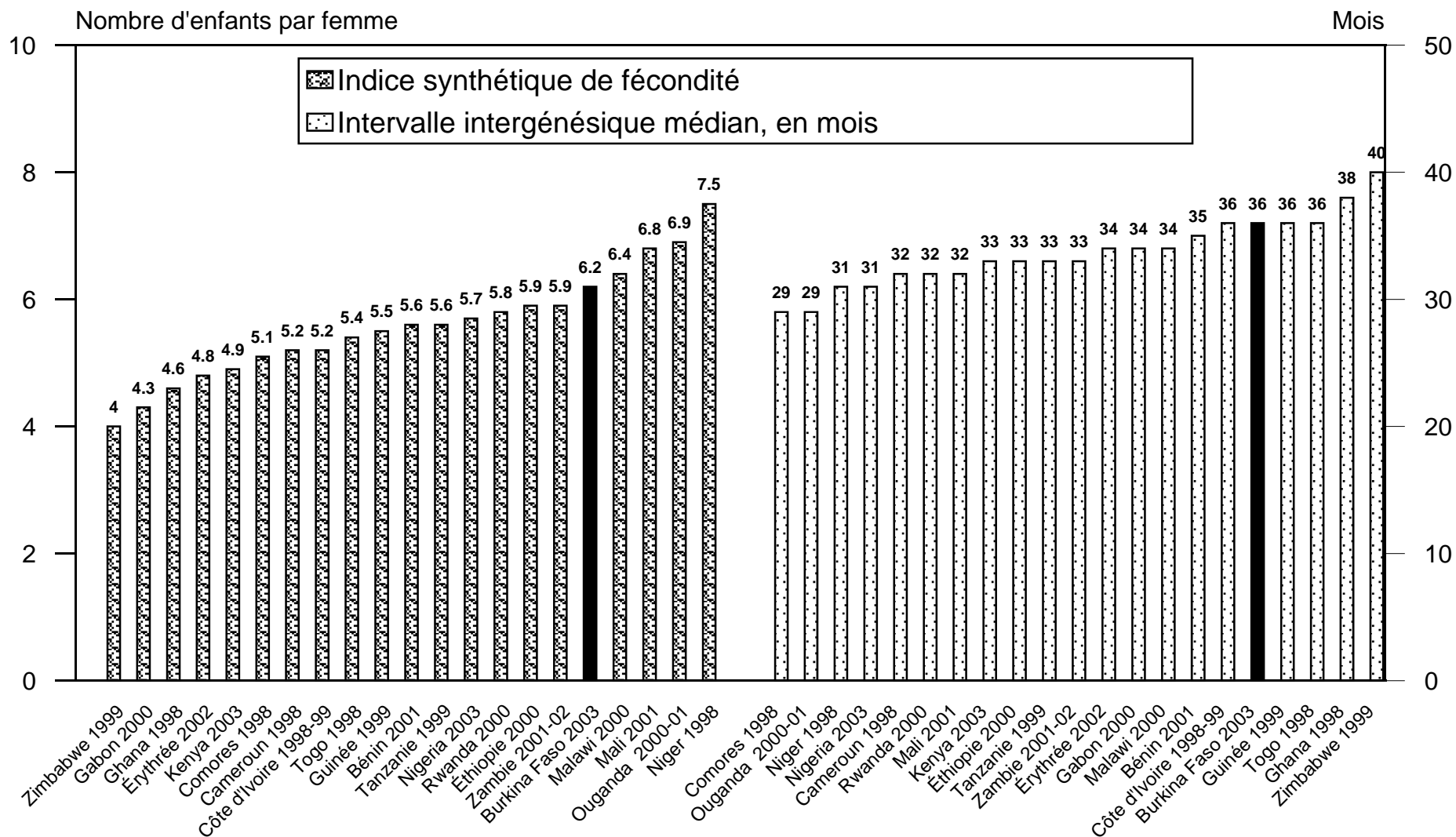
Graphique 17 : Fécondité et intervalle intergénérisique au Burkina faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

Des taux de fécondité élevés, en particulier lorsqu'ils sont accompagnés de faibles intervalles intergénérisiques, ont un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les familles n'ont que de maigres ressources pour nourrir convenablement leurs enfants et leur fournir des soins de santé. Plus une femme a d'enfants, et moins le ménage a de ressources disponibles pour chacun d'entre eux. Une fécondité élevée affecte également la santé de la mère et donc sa capacité à prendre soin correctement de sa famille. La mesure de fécondité la plus couramment utilisée est l'indice synthétique de fécondité, défini comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge observée au cours de la période de l'enquête.

Les données concernant l'intervalle intergénérisique fournissent des informations sur les pratiques d'espacement des naissances. Les recherches ont montré que les enfants nés trop tôt après une autre naissance sont à un plus grand risque de malnutrition, de maladie et de décès, en particulier si l'intervalle est inférieur à 24 mois. On a montré que la probabilité d'accuser un retard de croissance et une insuffisance pondérale était plus élevée lorsque l'intervalle intergénérisique était inférieur à 36 mois. Les intervalles intergénérisiques courts sont associés à des faibles poids et à des petites tailles à la naissance, précurseurs d'un mauvais état nutritionnel par la suite.

- **Avec les taux de fécondité actuels, une femme au Burkina Faso aurait, en moyenne, 6,2 enfants à la fin de sa vie féconde.** Ce niveau se situe dans la limite supérieure des pays d'Afrique subsaharienne ayant réalisé une EDS entre 1998 et 2003.
- **Au Burkina Faso, l'intervalle intergénérisique médian est de 36 mois.** Cette valeur se situe au tiers supérieur des pays enquêtés.

Graphique 17 : Fécondité et intervalle intergénéral au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Source : Enquêtes EDS 1998-2003

**Facteurs biologiques et
comportementaux sous-
jacents à la malnutrition**

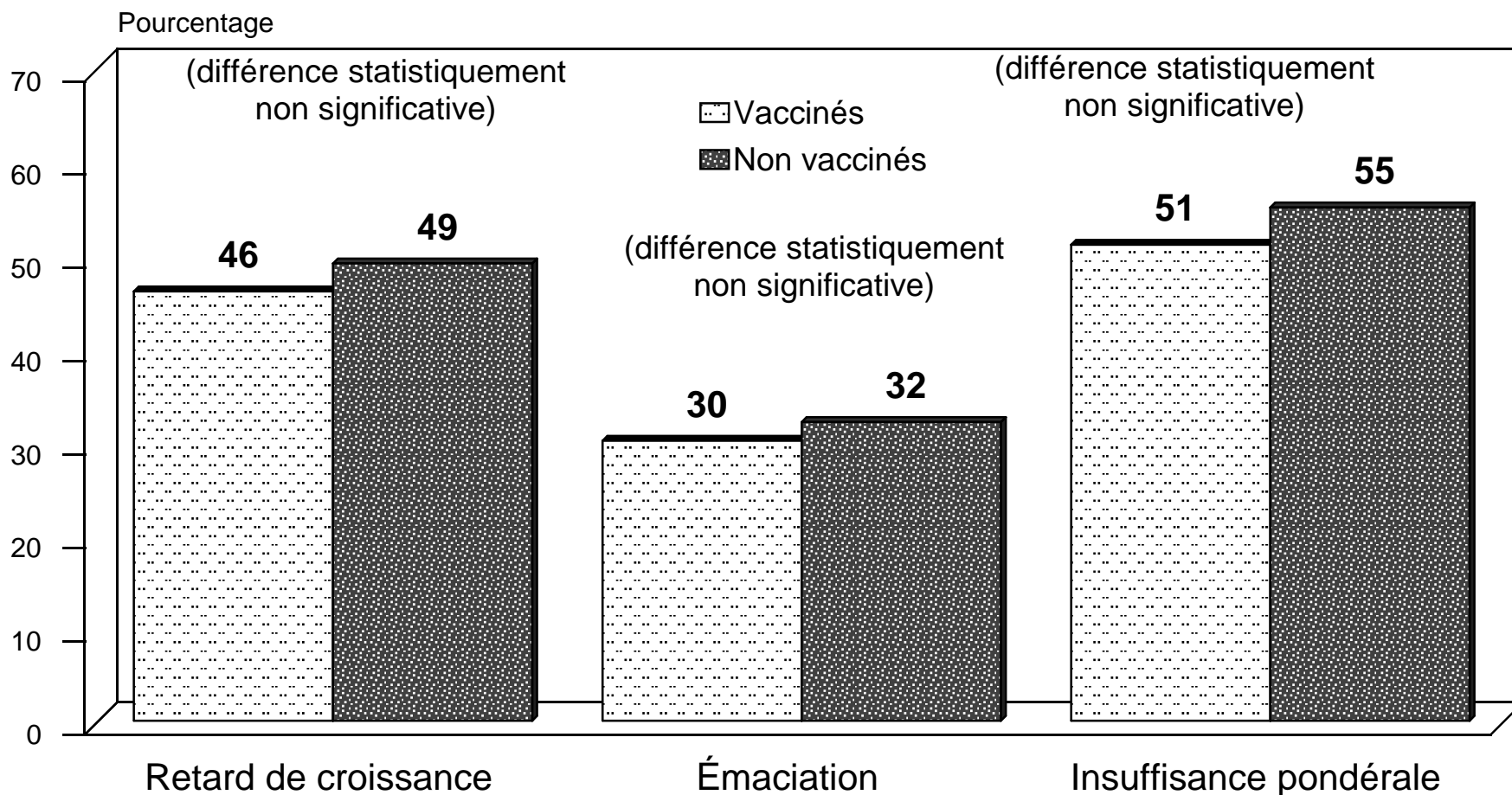
Graphique 18 : Dénutrition chez les enfants âgés de 12 à 23 mois et vaccination contre la rougeole, au Burkina Faso

On estime que la rougeole tue deux millions d'enfants par an, tous dans les pays en développement. Il s'agit de l'une des maladies infantiles les plus courantes dans les régions à faible couverture vaccinale. La rougeole augmente non seulement le risque de décéder, mais elle est aussi une cause directe importante de malnutrition. Dans les environnements pauvres, la rougeole est liée à une croissance difficile, à une avitaminose A et à une baisse des défenses immunitaires. Même si les nouveau-nés ne sont pas protégés après la naissance par le lait de leur mère, ils bénéficient des anticorps de leur mère contre la rougeole, acquis in utero. Ces anticorps sont actifs pendant une période de 15 mois après la naissance mais, en cas de malnutrition, ils ne durent que huit à neuf mois chez les enfants des pays en développement. La vaccination contre la rougeole est donc un élément important d'une politique de la santé.

Au Burkina Faso,

- **La vaccination contre la rougeole n'est pas statistiquement liée au retard de croissance, à l'émaciation ou à l'insuffisance pondérale.**

Graphique 18 : Dénutrition chez les enfants âgés de 12 à 23 mois et vaccination contre la rougeole, au Burkina Faso

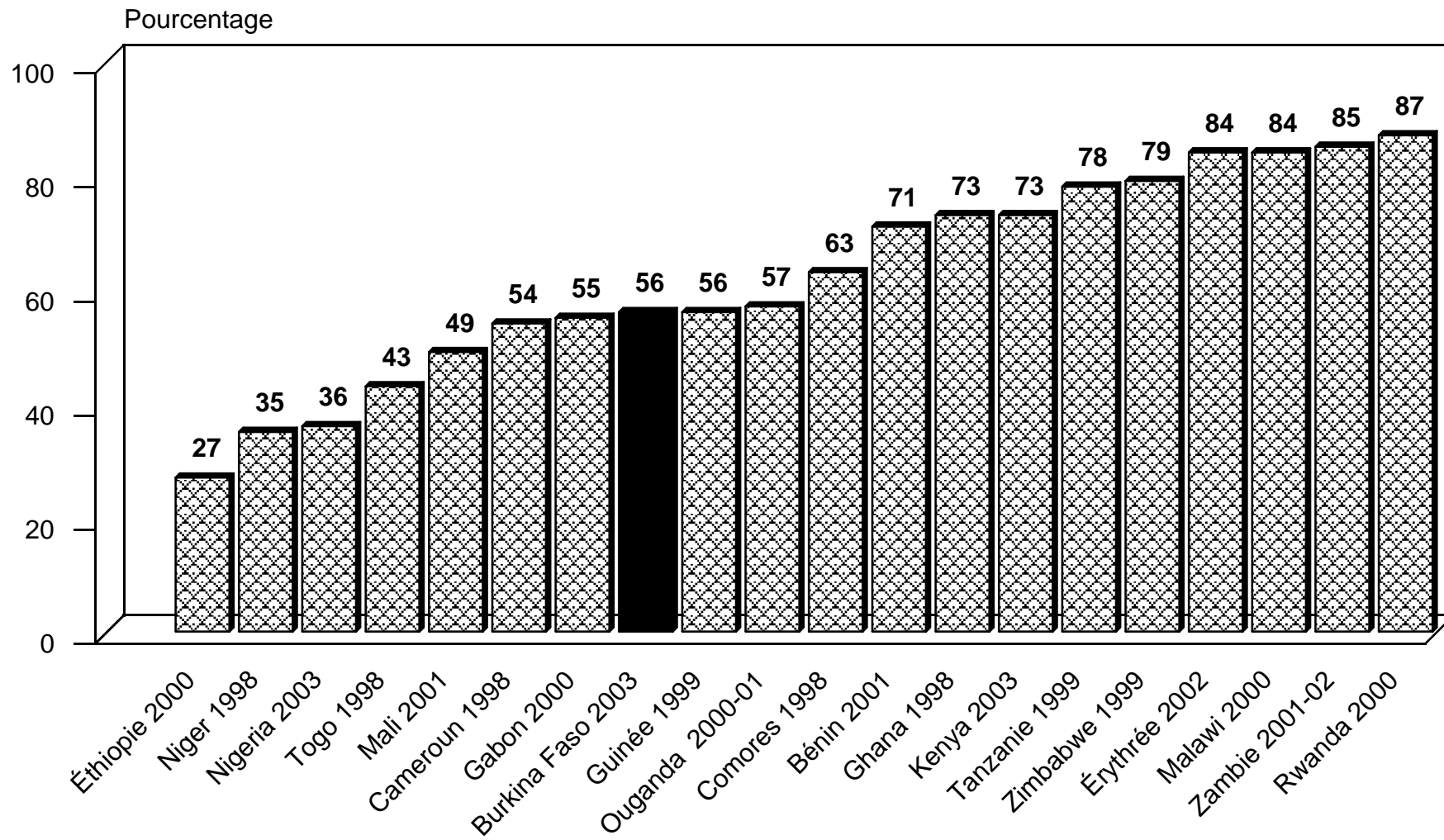


Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë et l'*insuffisance pondérale* une malnutrition chronique ou aiguë ou une combinaison des deux.

Graphique 19 : Vaccination contre la rougeole des enfants de 12 à 23 mois au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

- Les taux de vaccination contre la rougeole varient entre 27 % et 87 % dans les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.
- **Au Burkina Faso, 56 % des enfants de 12 à 23 mois ont été vaccinés contre la rougeole.** Ce niveau se situe dans la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.

Graphique 19 : Vaccination contre la rougeole des enfants de 12 à 23 mois au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Source : Enquêtes EDS 1998-2003

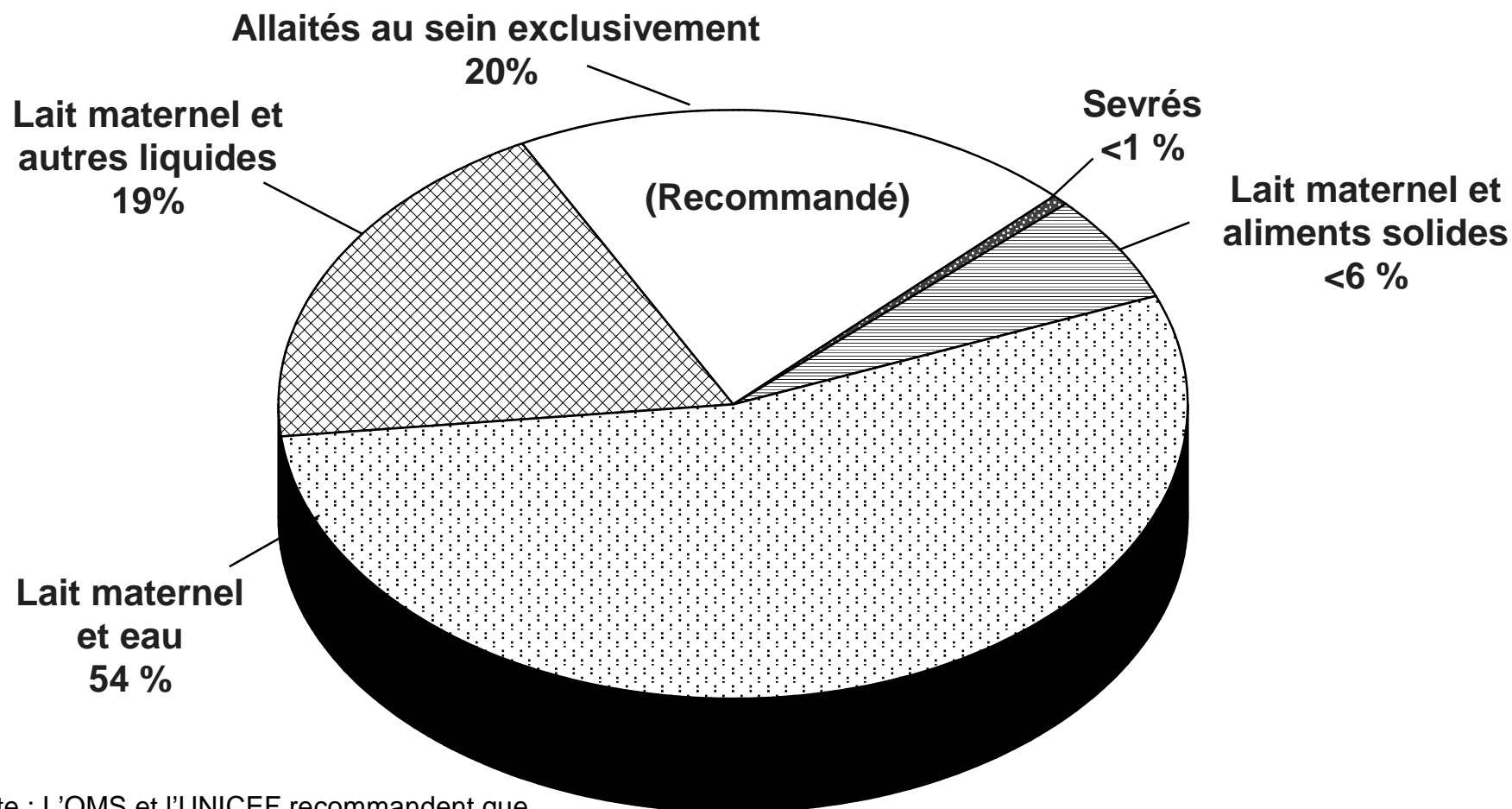
Graphique 20 : Alimentation des enfants de moins de six mois au Burkina Faso

De mauvaises pratiques alimentaires, en plus des maladies diarrhéiques, sont des facteurs importants de malnutrition. L'OMS et l'UNICEF recommandent que *tous les enfants soient exclusivement allaités au sein de la naissance à l'âge de six mois*. En d'autres termes, ils doivent être nourris uniquement au lait maternel pendant les six premiers mois.

Au Burkina Faso, l'introduction d'aliments liquides, comme l'eau, l'eau sucrée, les jus de fruit et le lait maternisé et l'introduction d'aliments solides s'effectuent avant l'âge recommandé de six mois. Cette pratique a un effet négatif sur l'état nutritionnel pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les aliments liquides et solides offerts sont d'un contenu nutritionnel inférieur au lait maternel. Deuxièmement, leur consommation diminue celle de lait maternel par l'enfant, ce qui a pour conséquence de réduire la lactation de la mère (la production du lait maternel est déterminée en partie par la fréquence et l'intensité des tétées). Troisièmement, le fait de nourrir les bébés d'aliments liquides et solides augmente leur exposition aux agents pathogènes, augmentant ainsi le risque de diarrhée.

- **Au Burkina Faso, 20 % des enfants de moins de six mois sont nourris exclusivement au sein, selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.**
- **Cinquante-quatre pour cent des enfants de moins de six mois reçoivent une combinaison de lait maternel et d'eau. En outre, 19 % d'enfants de moins de six mois reçoivent des liquides autre que l'eau et moins de 6 % reçoivent des aliments solides autre que le lait maternel et/ou eau.**
- **Moins de 1 % des enfants de moins de six mois sont complètement sevrés.**

Graphique 20 : Alimentation des enfants de moins de six mois au Burkina Faso



Note : L'OMS et l'UNICEF recommandent que tous les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois.

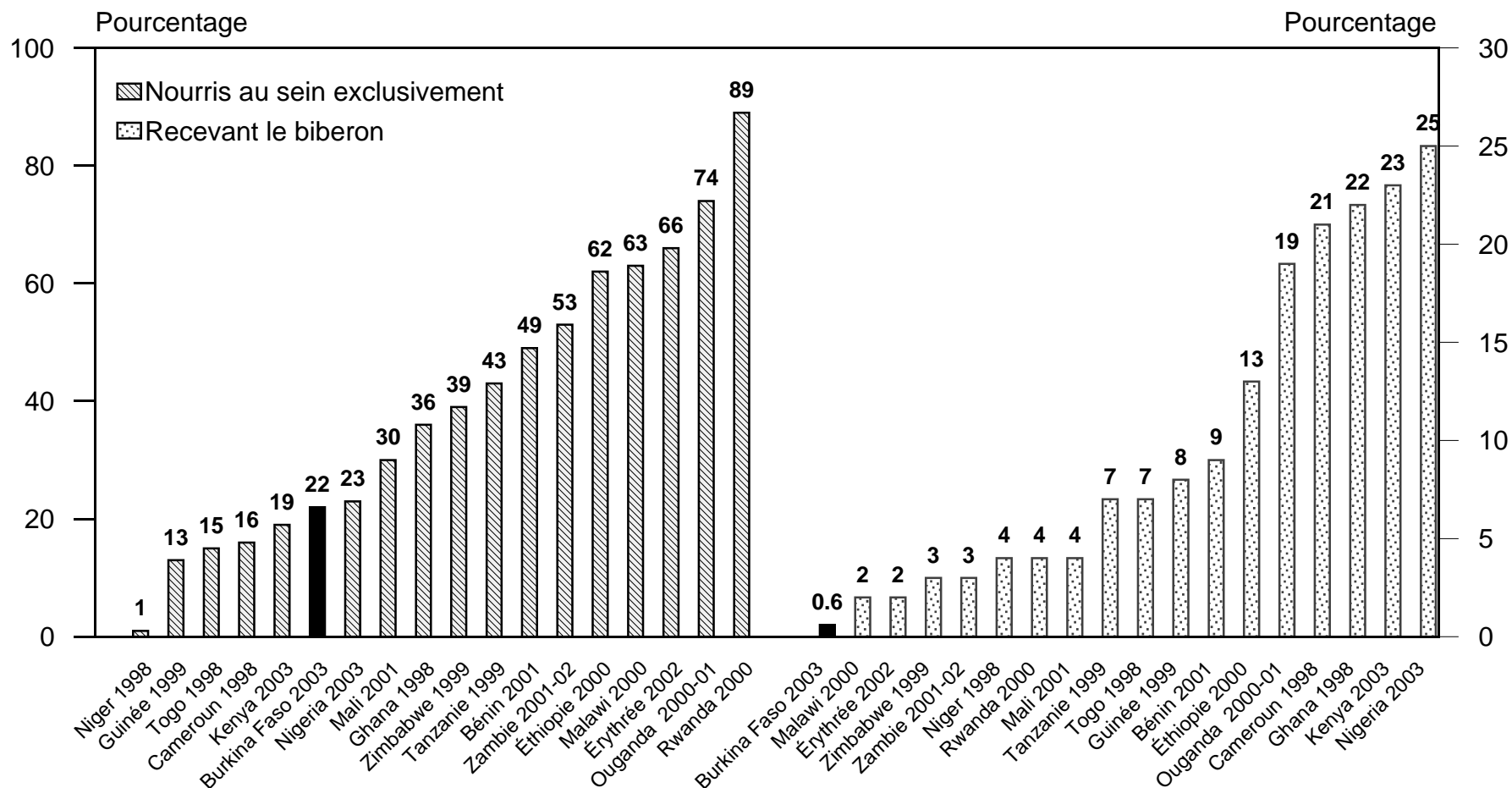
Source : EDSBF-III 2003

Graphique 21 : Enfants de moins de quatre mois exclusivement allaités au sein et ceux nourris au biberon, au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

Le fait de ne pas allaiter exclusivement au sein les nouveau-nés et l'introduction trop précoce d'aliments liquides et solides augmentent les risques de maladies diarrhéiques, cause majeure de mortalité en Afrique.

- Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés, la proportion de mères d'enfants de moins de quatre mois suivant les recommandations d'allaitement exclusif au sein est faible. **Au Burkina Faso 22 % des mères allaitent exclusivement leurs enfants de moins de quatre mois.** Cette proportion est l'une des plus faibles des pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.
- **Au Burkina faso, moins de 1 % des mères des enfants de moins de quatre mois nourrissent leurs enfants au biberon.** Ce taux est le plus faible parmi les autres pays enquêtés. **L'utilisation du biberon n'est pas recommandée** parce qu'une mauvaise stérilisation et une préparation imparfaite du lait maternisé peuvent transmettre des agents pathogènes à l'enfant, l'exposant ainsi à un risque plus élevé de maladie et de malnutrition.

Graphique 21 : Enfants de moins de quatre mois exclusivement allaités au sein et ceux nourris au biberon, au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Note : Les données sur les pratiques alimentaires sont basées sur les 24 heures précédant l'enquête. L'OMS et l'UNICEF recommandent que tous les enfants soient nourris exclusivement au sein jusqu'à six mois.

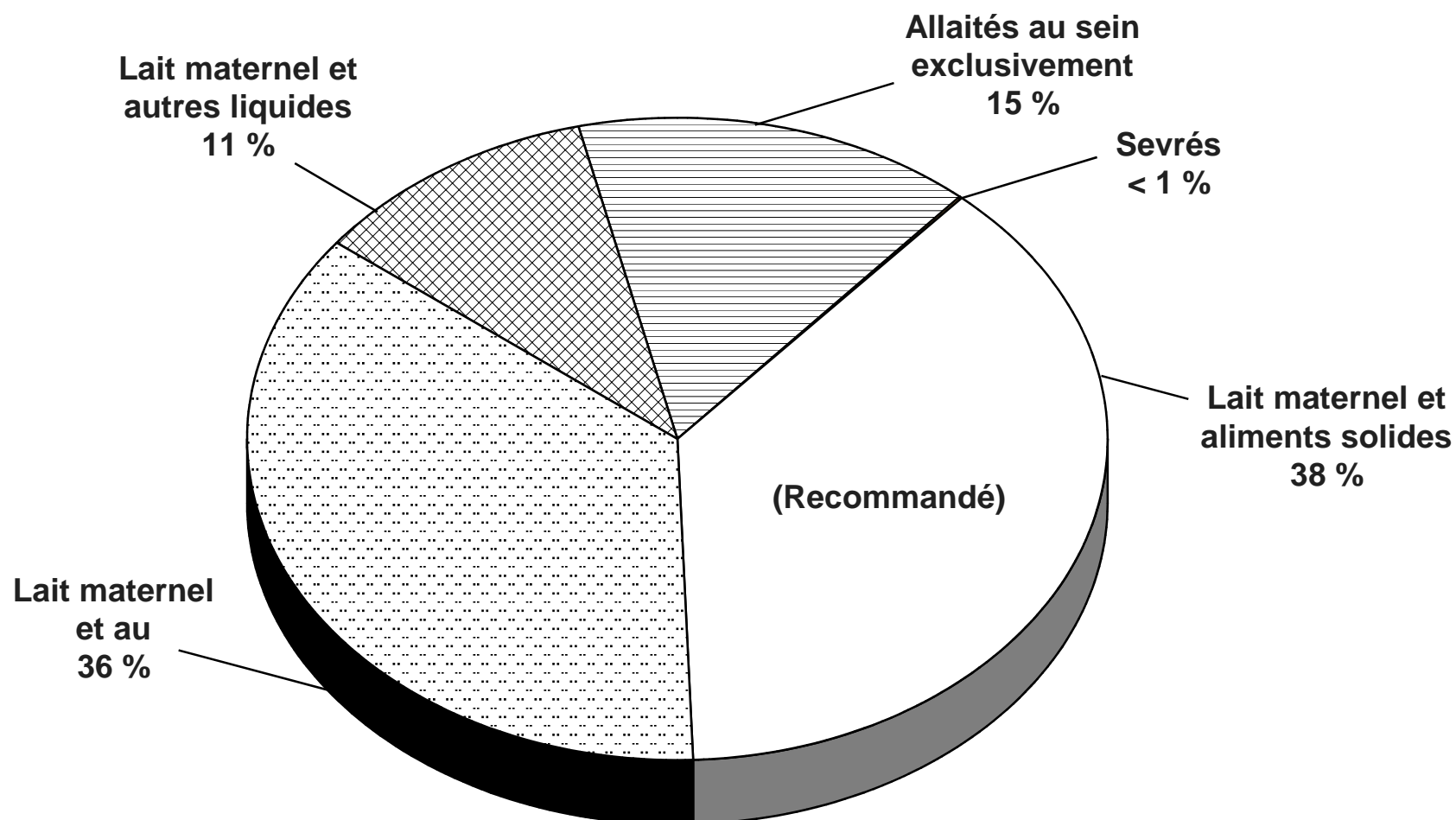
Source : Enquêtes EDS 1998-2003

Graphique 22 : Alimentation des enfants de 6-9 mois au Burkina Faso

L'UNICEF et l'OMS recommandent l'introduction d'aliments solides dans la nourriture des enfants à l'âge d'environ six mois, lorsque le lait maternel n'est plus suffisant pour assurer une croissance optimale de l'enfant. *Tous les enfants de plus de six mois doivent donc recevoir des aliments solides en plus du lait maternel.*

- **Au Burkina Faso, 38 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des aliments solides en plus du lait maternel.** Ceci signifie que le tiers d'entre eux sont nourris selon les recommandations.
- **Soixante-deux pour cent des enfants de 6-9 mois ne reçoivent pas d'aliments solides en plus du lait maternel, ce qui les met à risque de malnutrition.**
- **Moins de 1 % des enfants de 6-9 mois sont complètement sevrés** et ne bénéficient donc plus de l'apport nutritif et émotionnel de l'allaitement au sein.

Graphique 22 : Alimentation des enfants de 6-9 mois au Burkina Faso



Note : L'OMS et l'UNICEF recommandent de donner des aliments solides et liquides à tous les enfants à partir de six mois, tout en continuant l'allaitement au sein.

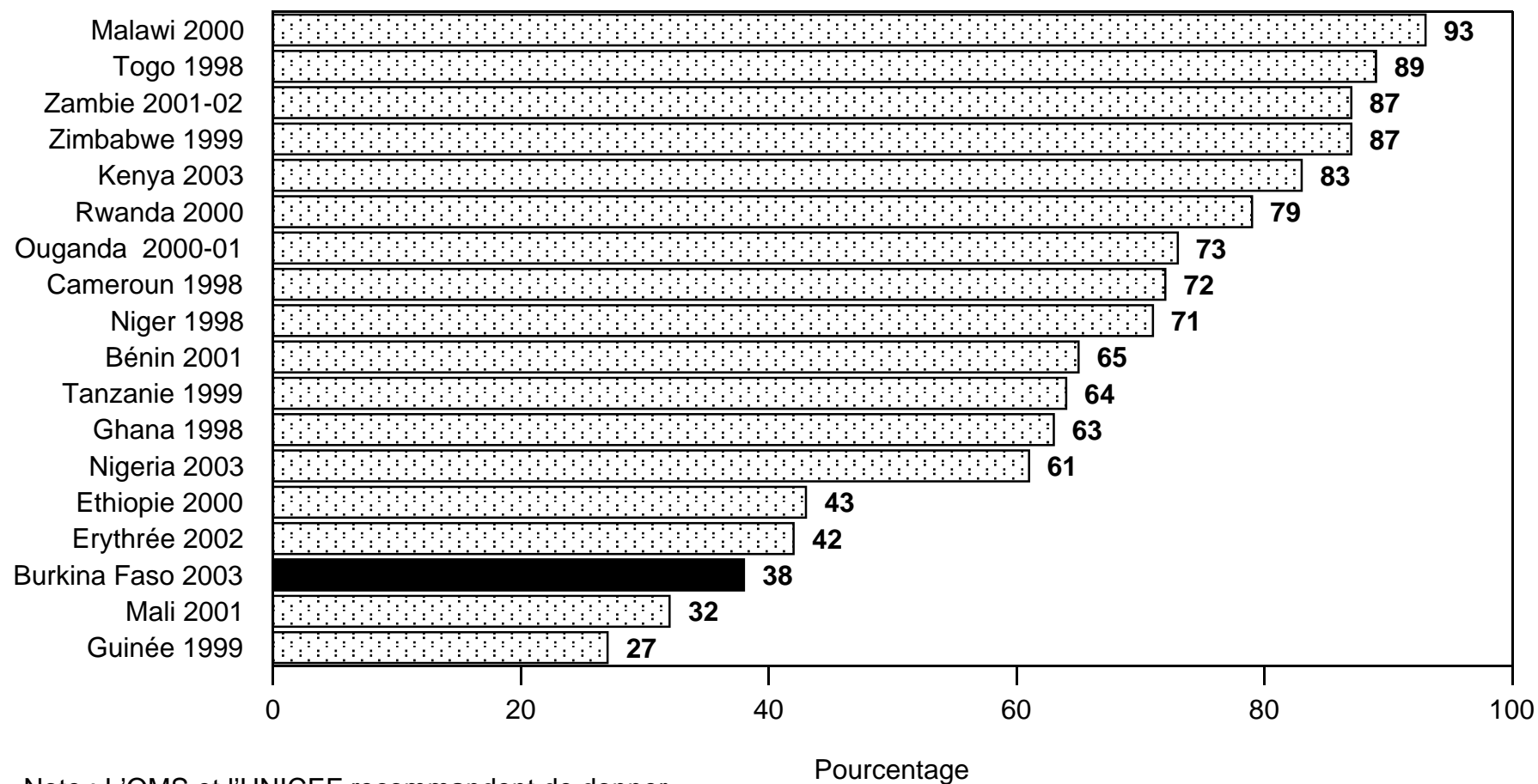
Graphique 23 : Enfants de 6-9 mois recevant des aliments solides en plus du lait maternel au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

Les pratiques alimentaires optimales des enfants comprennent l'introduction d'aliments de complément vers l'âge de six mois environ. L'introduction d'une alimentation de complément est nécessaire parce que, à ce stade du développement, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour couvrir les besoins énergétiques de l'enfant ainsi que ses besoins en protéines et en micronutriments. Tous les enfants de 6 à 9 mois devraient recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel.

- Le pourcentage des enfants de 6-9 mois qui reçoivent des aliments solides en plus du lait maternel varie entre 27 % et 93 % dans les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.
- **Au Burkina Faso, 38 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des aliments solides en plus du lait maternel.** Ce taux est l'un des plus bas en Afrique subsaharienne.

Graphique 23 :

Enfants de 6-9 mois recevant des aliments solides en plus du lait maternel au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Note : L'OMS et l'UNICEF recommandent de donner des aliments solides et liquides à tous les enfants à partir de six mois, tout en continuant l'allaitement au sein.

Source : Enquêtes EDS 1998-2003

Graphique 24 : Enfants de 10-23 mois qui continuent d’être allaités au Burkina Faso et dans d’autres pays d’Afrique subsaharienne

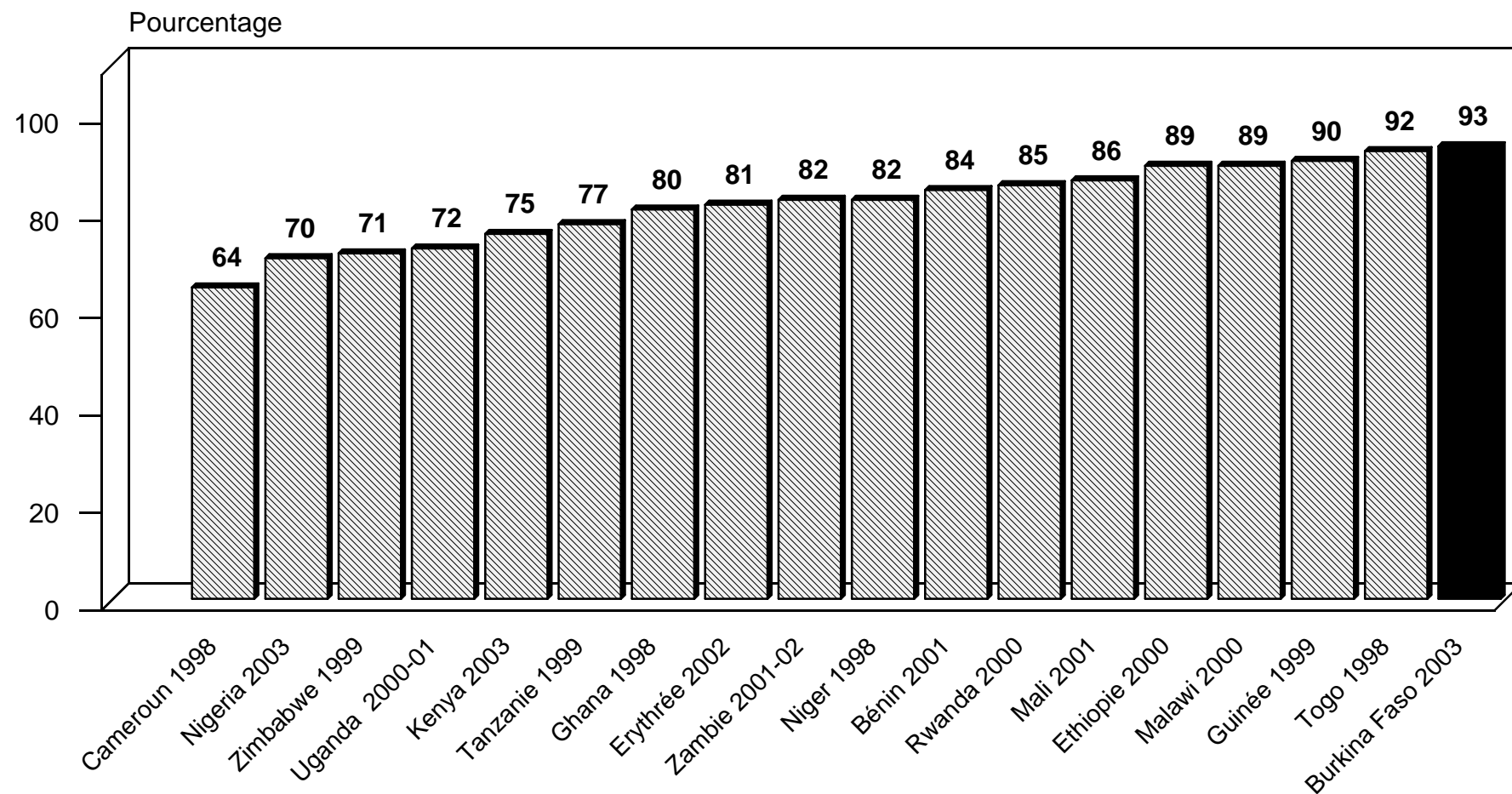
Pour les bébés plus âgés et les petits enfants, le lait maternel continue d’être une source importante d’énergie, de protéines et de micronutriments. Des études ont montré que, parmi certaines populations, le lait maternel constitue la source la plus importante de vitamine A et de corps gras chez les enfants de plus de 12 mois. L’allaitement d’enfants plus âgés réduit aussi leur risque d’infection, en particulier de diarrhée.

De plus, l’allaitement au sein jusqu’à 24 mois peut aider à réduire la fécondité de la femme, en particulier dans les régions où la contraception est limitée. Les femmes allaitant plus longtemps sont moins exposées au risque de grossesse que les autres.

Au Burkina Faso,

- **Quatre-vingt-treize pour cent des enfants de 10-23 mois sont encore allaités au sein.** Ce taux est le plus élevé des pays d’Afrique subsaharienne enquêtés.

Graphique 24 : Enfants de 10-23 mois nourris qui continuent d'être allaités au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Note : Les données sur les pratiques alimentaires sont basées sur les 24 heures précédant l'enquête. L'OMS et l'UNICEF recommandent de continuer à allaiter les enfants au sein jusqu'à 24 mois.

Source : Enquêtes EDS 1998-2003

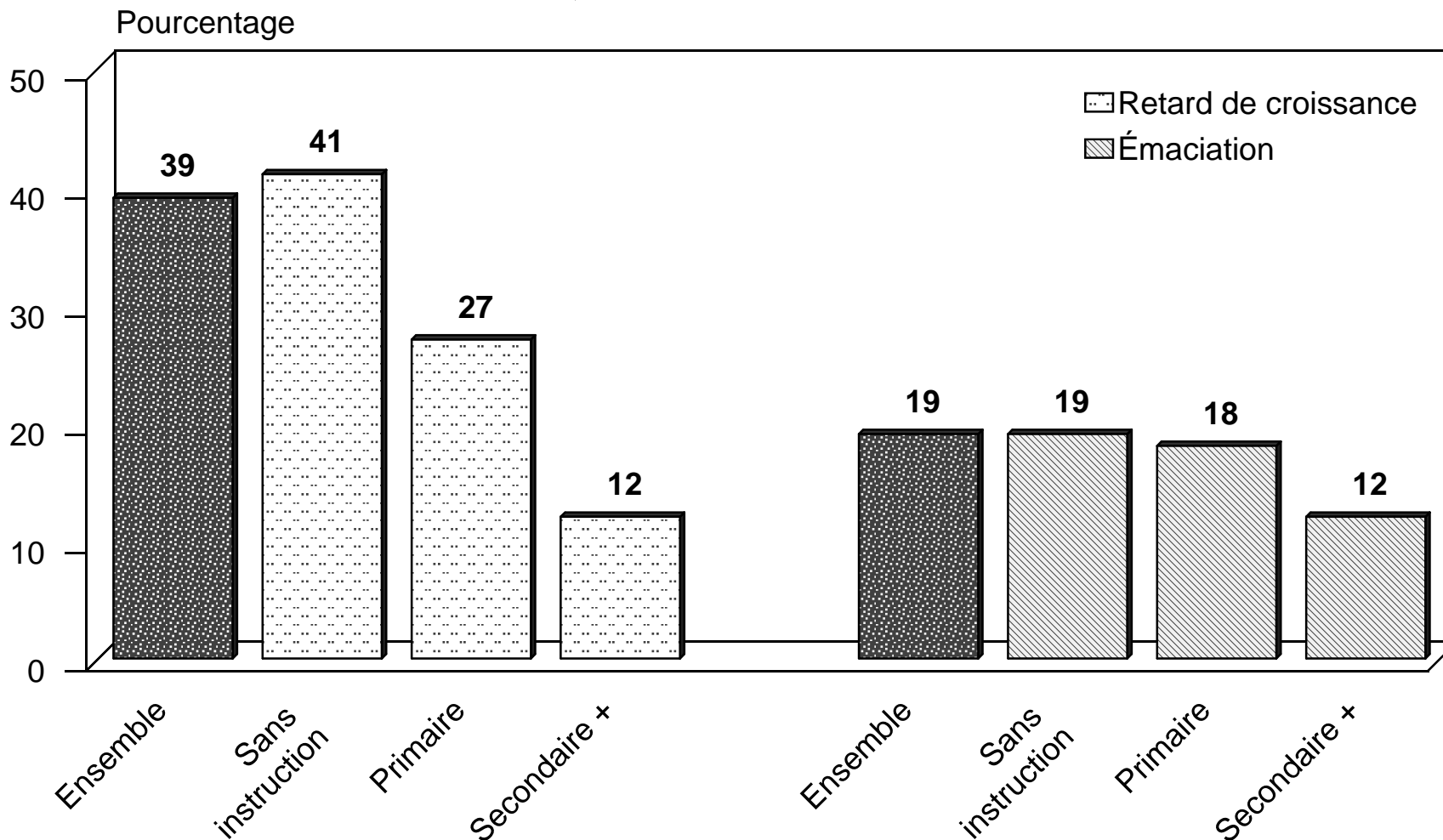
Facteurs socio-économiques sous-jacents de la malnutrition

Graphique 25 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le niveau d’instruction de la mère, au Burkina Faso

Le niveau d’instruction de la mère est lié à la connaissance de soins à apporter aux enfants et au niveau du bien-être du ménage. Au Burkina Faso, 82 % des mères d’enfants de moins de cinq ans n’ont jamais fréquenté l’école, alors que 8 % ont un niveau d’instruction primaire et 4 % ont suivi des études secondaires ou supérieures. Le taux de scolarisation varie, notamment entre les milieux urbain et rural. Au milieu rural, 93 % des mères n’ont jamais été scolarisées, 6 % sont allées à l’école primaire et 1 % seulement à l’école secondaire ou à l’université. En revanche, 45 % des mères dans la capitale et les autres grandes villes et 62 % des mères dans les autres villes n’ont jamais fréquenté l’école. Trente-deux pour cent des mères dans la capitale et les grandes villes et 16 % dans les autres villes ont suivi des études secondaires ou supérieures. Les pourcentages les plus élevés de mères ayant un niveau secondaire est à Ouagadougou (27 %) comparé à 1 % à 4 % des mères dans le reste des régions du Burkina Faso.

- Au Burkina Faso, le niveau d’instruction de la mère est inversement associé au retard de croissance et à l’émaciation. **Plus les mères sont instruites, moins le retard de croissance et l’émaciation sont fréquents.**
- Il y a une différence de 14 points de pourcentage entre le niveau de retard de croissance des enfants dont la mère n’a pas d’instruction et celui des enfants dont la mère a un niveau primaire. Cet écart est de 29 points par rapport au niveau de retard de croissance des enfants dont la mère n’a pas d’instruction et ceux dont la mère a un niveau secondaire ou supérieur.
- Il y a une différence de 7 points de pourcentage entre le niveau d’émaciation des enfants dont la mère n’a pas d’instruction et celui des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou supérieur.

Graphique 25 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le niveau d'instruction de la mère, au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë.

Source : EDSBF-III 2003

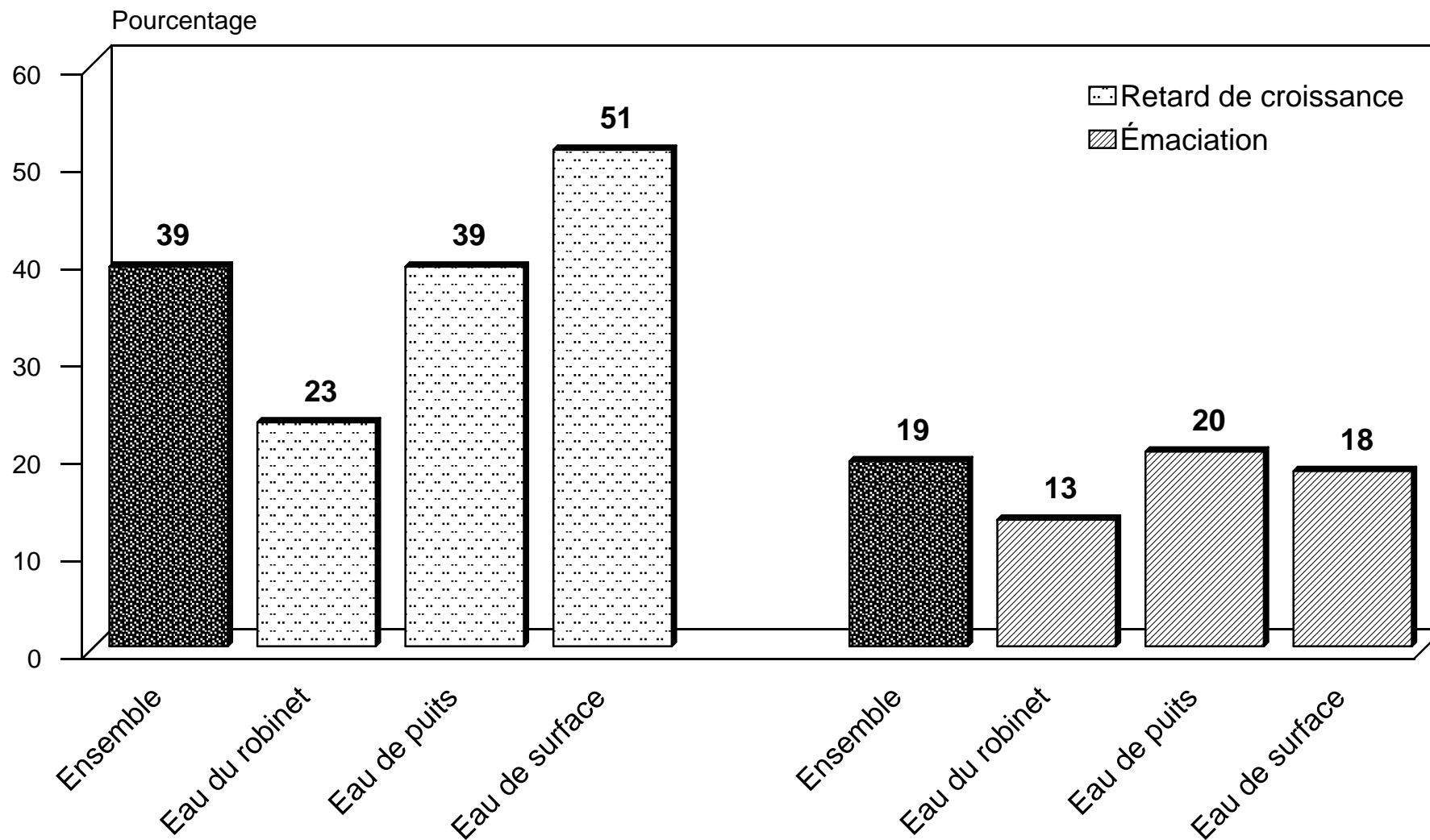
Graphique 26 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le type d’approvisionnement en eau, au Burkina Faso

Le type d’approvisionnement en eau d’un ménage est lié à son statut socio-économique. Les familles les plus pauvres sont plus susceptibles que les autres à s’approvisionner en eau à boire auprès de sources contaminées comme l’eau de surface ou les puits ouverts. Sans un approvisionnement adéquat en eau de bonne qualité, les risques de contamination des aliments, de maladies diarrhéiques et de malnutrition augmentent. Les nouveau-nés et les enfants des ménages sans eau du robinet courent un risque plus élevé de malnutrition que les autres. Parmi les ménages enquêtés ayant des enfants de moins de cinq ans, 13 % utilisent de l’eau du robinet, 72 % de l’eau de puits et 15 % de l’eau de surface.

Au Burkina Faso,

- **Les enfants pour lesquels l’eau à boire provient d’un puits ou de surface sont plus susceptibles d’accuser un retard de croissance (respectivement 39 % et 51 %) que ceux ayant accès à l’eau du robinet (23 %).**
- **Les enfants pour lesquels l’eau à boire provient d’un puits ou de surface sont plus susceptibles d’accuser une émaciation (respectivement 20 % et 18 %) que ceux ayant accès à l’eau du robinet (13 %).**

Graphique 26 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le type d'approvisionnement en eau, au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë.

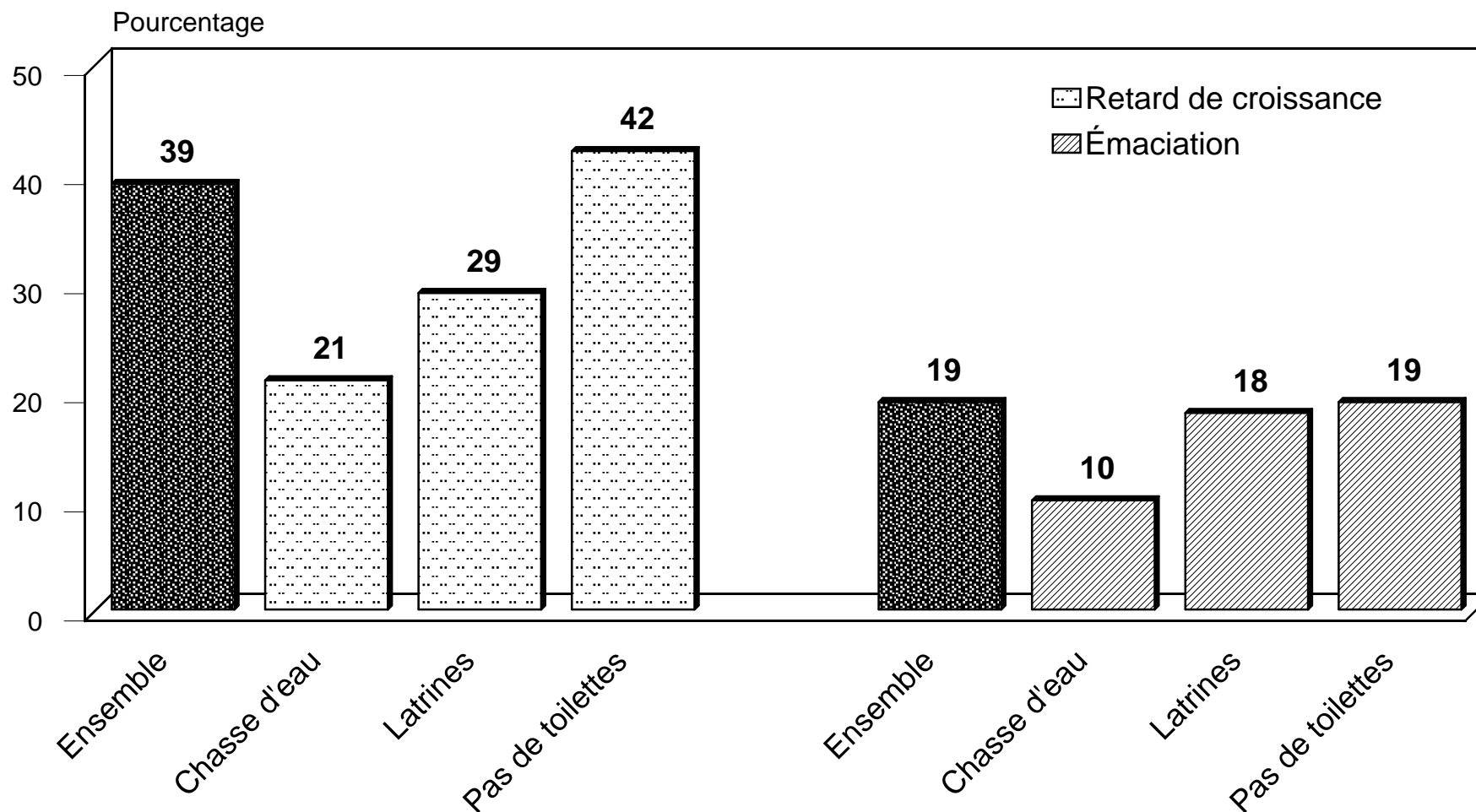
Graphique 27 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le type de toilettes, au Burkina Faso

Le type de toilettes utilisées par un ménage reflète sa situation économique, les ménages pauvres ayant une probabilité moindre de disposer de toilettes adéquates. Des installations sanitaires inadéquates augmentent le risque de diarrhée et contribuent donc à la malnutrition. Les enfants et les nouveau-nés de ménages sans toilettes avec chasse d'eau sont plus susceptibles que les autres de souffrir de malnutrition. Au Burkina Faso, 25 % des ménages enquêtés avec au moins un enfant de moins de cinq ans disposent de latrines, 73 % n'ont pas de toilettes du tout et seulement 1 % des ménages enquêtés ont une chasse d'eau.

Au Burkina Faso,

- Les enfants de ménages sans toilettes ou qui disposent de latrines sont plus susceptibles d'accuser un retard de croissance (respectivement, 42 % et 29 %) que les enfants de ménages avec des toilettes avec chasse d'eau (21 %).
- les enfants de ménages sans toilettes ou qui disposent de latrines sont plus susceptibles d'être émaciés (respectivement, 19 % et 18 %) que les enfants d'un ménage avec chasse d'eau (10 %).

Graphique 27 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, selon le type de toilettes, au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë.

Source : EDSBF-III 2003

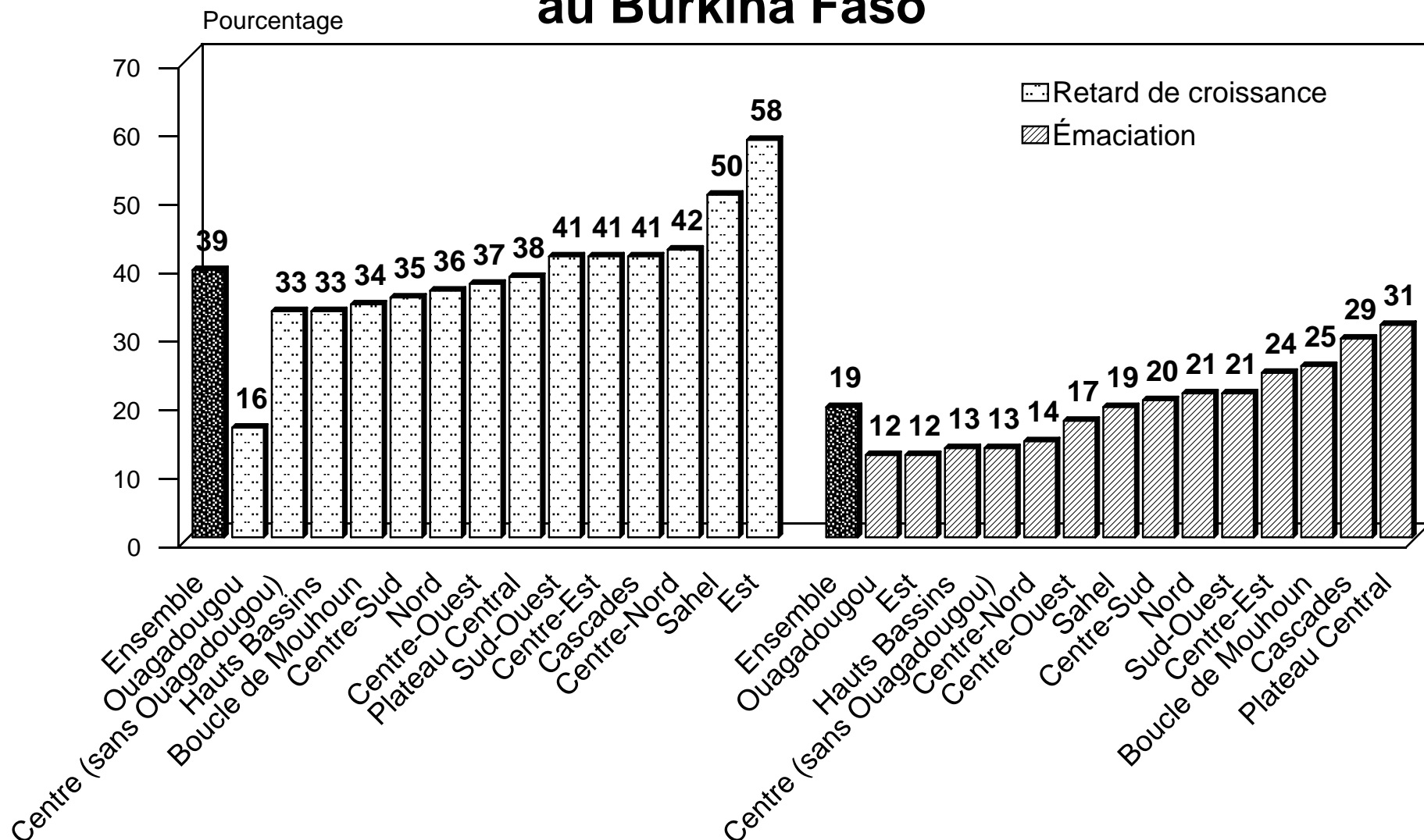
Facteurs de base

Graphique 28 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso

Au Burkina Faso,

- **Le niveau de retard de croissance varie entre 16 % et 58 % parmi les enfants des 14 régions.** Il est le moins élevé à Ouagadougou (16 %) et plus élevé à l'Est (58 %).
- **Le niveaux d'émaciation varie entre 12 % à 31% parmi les enfants des 14 régions.** C'est également à Ouagadougou que ce niveau est le plus faible, avec la région de l'Est (12 %), alors qu'il est le plus élevé dans la région du Plateau Central (31 %).

Graphique 28 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë.

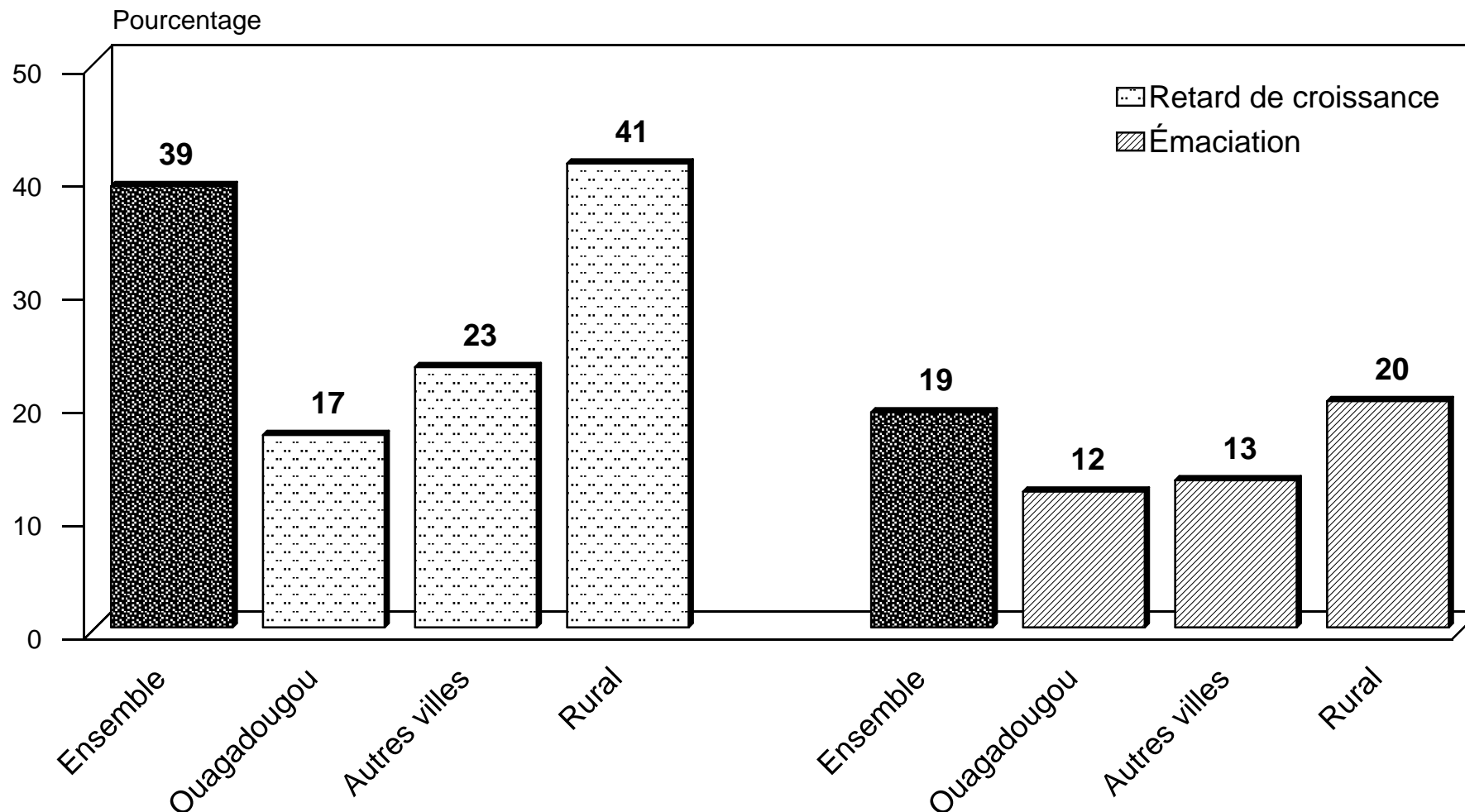
Source : EDSBF-III 2003

Graphique 29 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, par milieu de résidence, au Burkina Faso

Au Burkina Faso,

- **Quarante-un pour cent des enfants du milieu rural ont un retard de croissance.** Dans la capitale, Ouagadougou, 17 % des enfants sont atteints de malnutrition chronique. Dans les autres villes, le niveau de retard de croissance est de 23 %.
- **Vingt pour cent des enfants qui habitent en milieu rural sont émaciés.** À Ouagadougou 12 % des enfants sont atteints de malnutrition aiguë, et dans les autres villes le niveau d'émaciation est de 13 %.

Graphique 29 : Retard de croissance et émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, par milieu de résidence, au Burkina Faso



Note : Le *retard de croissance* reflète une malnutrition chronique, l'*émaciation* une malnutrition aiguë.

Source : EDSBF-III 2003

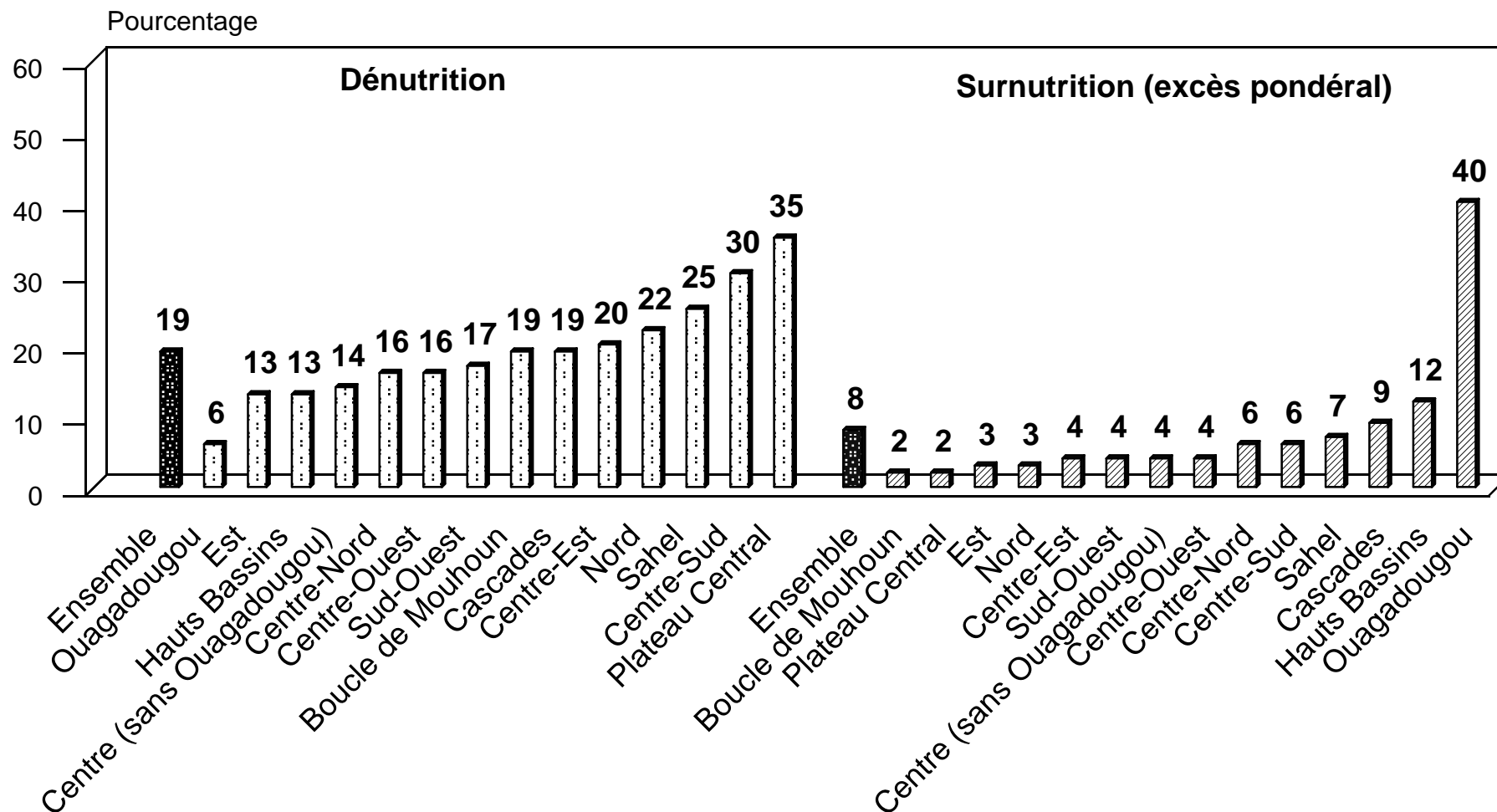
Graphique 30 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso

Indépendamment d'être un problème pour la femme elle-même, l'état nutritionnel de la femme affecte sa capacité à mener ses grossesses dans de bonnes conditions, à accoucher normalement et à prendre soin de ses enfants. Il existe des normes reconnues d'évaluation de la malnutrition chez les femmes adultes.

Chez les femmes, la malnutrition peut être déterminée au moyen de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), défini comme le poids en kilogrammes sur le carré de la taille, exprimée en mètres : $IMC = \text{kg/m}^2$. Lorsque l'IMC se situe en dessous du seuil défini de 18,5, cela indique un état de déficience énergétique chronique ou de malnutrition chez les femmes non enceintes et qui n'allaitent pas. Un IMC au-dessus de 25 indique un excès de poids.

- **Au Burkina Faso, 19 % des mères d'enfants de moins de cinq ans souffrent de dénutrition.** C'est dans la région du Plateau Central que l'on constate la proportion la plus élevée de femmes souffrant de dénutrition (35 %). À l'opposé, c'est Ouagadougou qui détient le niveau le plus faible (6 %).
- **Huit pour cent des mères des enfants de moins de cinq ans présentent un excès pondéral.** L'excès pondéral est le plus élevé de surnutrition se rencontre à Ouagadougou (40 %), et le plus bas se rencontre dans la région de Boucle de Mouhoun (2 %).

Graphique 30 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, par région, au Burkina Faso



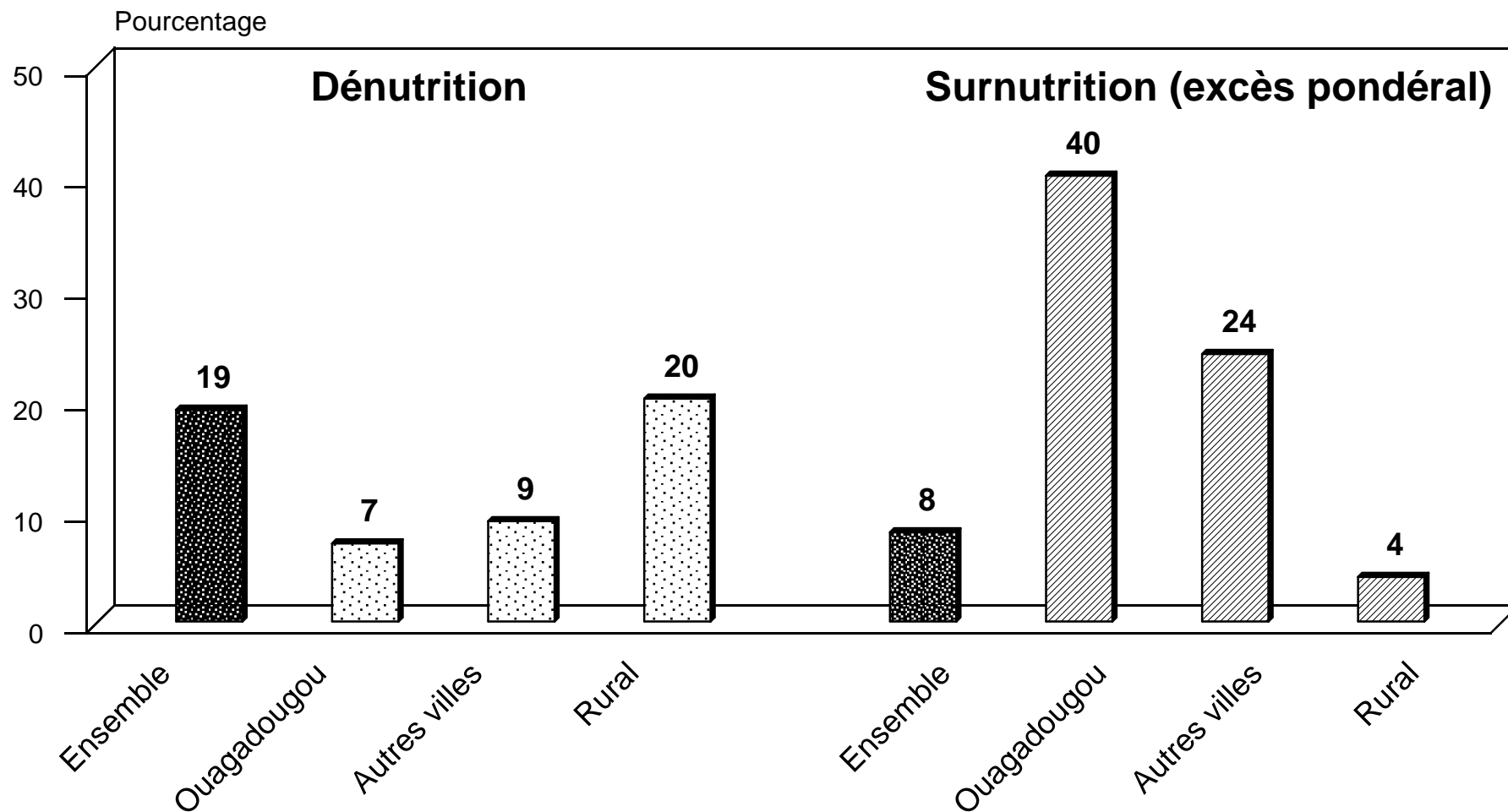
Note : La dénutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC (kg/m^2) est inférieur à 18,5. La surnutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC est supérieur à 25.

Graphique 31 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, par milieu de résidence, au Burkina Faso

Au Burkina Faso,

- **Le niveau de dénutrition (déficience énergétique chronique) des mères d'enfants de moins de cinq ans est de 7 % dans la capitale (Ouagadougou), 9% dans les autres villes et 20 % dans les zones rurales.**
- **C'est en milieu rural que l'on observe le niveau le plus faible de surnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans (4 %) et c'est dans la capitale (Ouagadougou) et les grandes villes que l'on observe le niveau le plus élevé (40 %).**

Graphique 31 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, par milieu de résidence, au Burkina Faso



Note : La dénutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC (kg/m²) est inférieur à 18,5. L'asurnutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC est supérieur à 25.

Source : EDSBF-III 2003

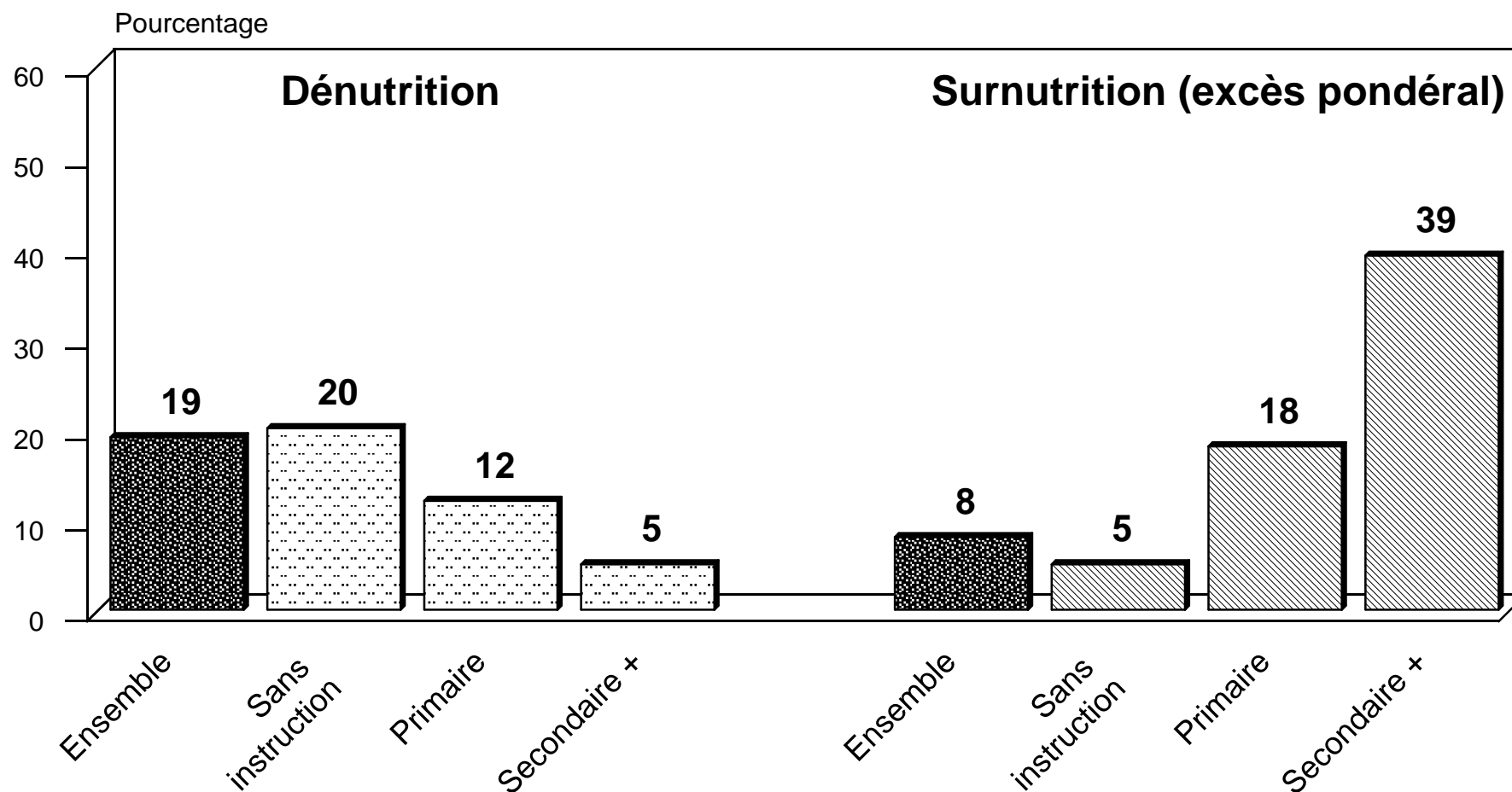
État nutritionnel des mères

Graphique 32 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, selon le niveau d'instruction, au Burkina Faso

Au Burkina Faso,

- **Le niveau le plus élevé de dénutrition maternelle se trouve chez les femmes n'ayant aucune instruction (20 %). On observe le niveau le plus faible chez les femmes ayant au moins une instruction secondaire (5 %).**
- **Le niveau de surnutrition (excès pondéral) des mères est le plus élevé chez les femmes ayant au moins une instruction secondaire (39 %). Le niveau le plus faible se trouve chez celles sans instruction (5 %).**

Graphique 32 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans, selon le niveau d'instruction, au Burkina Faso



Note : La dénutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC (kg/m²) est inférieur à 18,5. La surnutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC est supérieur à 25.

Source : EDSBF-III 2003

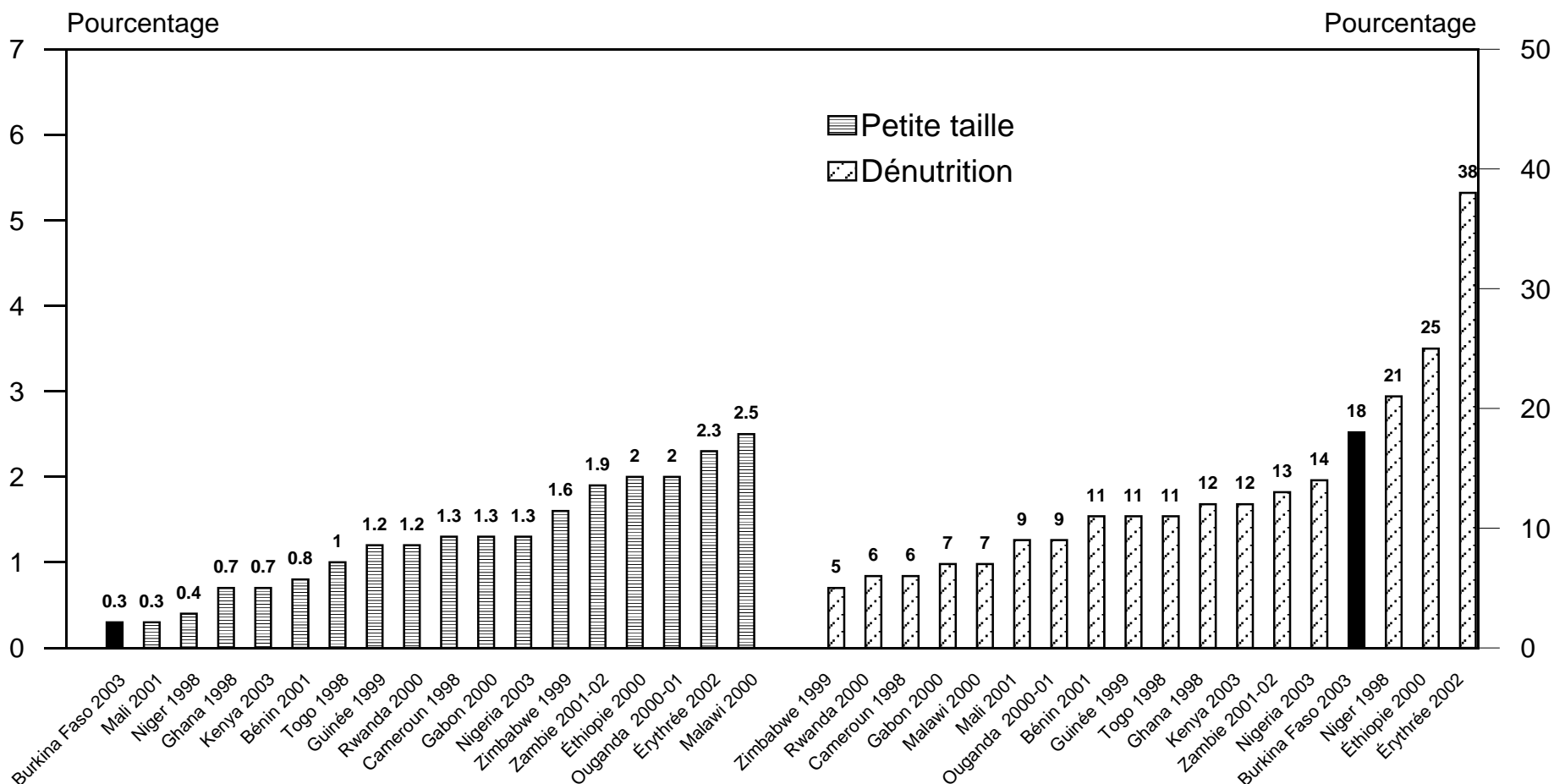
Graphique 33 : Malnutrition des mères d'enfants de moins cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

La malnutrition des mères a très certainement une influence néfaste sur leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants. Les femmes mesurant moins de 145 centimètres sont considérées comme étant trop petites. Les mères de trop petite taille (condition qui résulte, en grande partie, d'un retard de croissance durant l'enfance et l'adolescence) peuvent avoir des difficultés durant l'accouchement à cause de l'étroitesse de leur bassin. L'expérience semble aussi montrer qu'il existe une relation entre la taille des mères et le faible poids des enfants à la naissance. L'insuffisance pondérale chez les femmes, évaluée en utilisant l'Indice de Masse Corporelle (IMC), est aussi présentée ici. Cette analyse ne comprend pas les femmes enceintes en raison des considérations de poids.

Au Burkina Faso,

- **Une proportion inférieure à 1 % des mères d'enfants de moins de cinq ans sont de trop petite taille (< 145 cm).** Ceci représente la valeur la plus faible par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.
- **Environ 18 % des mères d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition (IMC < 18,5).** Ce niveau situe le Burkina Faso dans le tiers supérieur des taux calculés pour les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés.

Graphique 33 : Malnutrition des mères d'enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne



Note : Par petite taille, on entend moins de 145 cm. La dénutrition correspond au pourcentage de mères dont l'IMC (kg/m²) est inférieur à 18,5. Les femmes enceintes et celles ayant accouché il y a moins de deux mois sont exclues du calcul de l'IMC.

Annexes

Annexe 1

Niveaux de retard de croissance, d'émaciation, d'insuffisance pondérale et d'excès pondéral des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Burkina Faso 2003

Caractéristique Socio-démographique	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale	Excès de poids	Caractéristique socio-démographique	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale	Excès de poids
Âge de l'enfant en mois					Régions				
0-5	6.4	14.7	6.7	6.6	Boucle de Mouhoun	33.7	25.1	42.6	1.2
6-11	17.5	33.4	35.7	3.8	Cascades	41.4	28.8	48.6	3.5
12-17	42.2	33.8	53.6	2.8	Centre (sans Ouagadougou)	32.7	13.2	31.0	1.9
18-23	53.6	27.9	51.1	3.0	Centre-Est	40.6	23.5	42.6	2.6
24-29	44.9	19.5	50.2	1.1	Centre-Nord	42.1	14.3	31.8	5.0
30-35	46.7	17.7	45.5	1.7	Centre-Ouest	37.3	16.8	38.4	0.9
36-47	49.7	11.1	39.4	1.6	Center-Sud	35.1	19.8	34.1	2.9
48-59	42.1	8.7	30.5	2.5	Est	58.4	12.5	36.7	*
					Hauts Bassins	32.9	12.9	29.3	1.1
					Nord	36.5	20.8	39.4	1.9
					Plateau Central	37.8	30.8	49.9	2.0
					Ouagadougou	16.5	12.3	17.9	3.3
					Sahel	49.6	18.8	48.6	0.9
					Sud-Ouest	40.5	21.0	44.0	0.9
	p<0.000 n=8,270	p<0.000 n=8,268	p<0.000 n=8,269	p<0.000 n=8,270		p<0.000 n=8,270	p<0.000 n=8,267	p<0.000 n=8,269	p<0.000 n=8,270
Sexe de l'enfant					Milieu de résidence				
Female	36.8	19.0	37.0	2.7	Capitale ou grande ville	16.5	12.3	17.9	3.3
Male	40.2	18.5	38.2	2.9	Autres villes	22.5	12.6	22.5	1.8
					Rural	41.4	19.7	40.3	2.9
	p=0.002 n=8,268	NS n=8,270	NS n=8,268	NS n=8,268		p<0.000 n=8,269	p<0.000 n=8,269	p<0.000 n=8,270	NS n=8,270
Ensemble	38.6	18.7	37.6	2.8	Ensemble	38.6	18.7	37.6	2.8

Note : Les niveaux de signification sont déterminés en utilisant le test chi-2.

NS=Non significatif avec $p \leq 0.05$

* Données indécisives

Annexe 2

Distribution de la malnutrition au Burkina Faso par rapport à la population de référence internationale NCHS/CDC/OMS

L'évaluation de l'état nutritionnel est basée sur le concept d'après lequel, dans une population bien nourrie, les distributions du poids et de la taille des enfants, pour un âge donné, se rapprochent d'une distribution normale. Cela signifie qu'environ 68 % des enfants ont un poids situé entre plus et moins 1 écart type de la moyenne des enfants de cet âge ou de cette taille, et qu'ils ont également une taille située entre plus et moins 1 écart type de la moyenne des enfants de cet âge. Environ 14 % des enfants se situent entre 1 et 2 écarts type au-dessus de la moyenne et peuvent donc être considérés comme relativement trop grands ou trop gros pour leur âge, ou gros pour leur taille. Un autre 14 % est compris entre 1 et 2 écarts type au-dessous de la moyenne et rassemble donc des enfants considérés relativement petits ou de poids insuffisant pour leur âge, ou maigres pour leur taille. Parmi les restants, 2 % sont considérés comme très grands ou ayant un poids beaucoup trop important pour leur âge, ou encore très gros par rapport à leur taille s'ils se situent à plus de 2 écarts type au-dessus de la moyenne; les autres 2 % sont considérés comme trop petits (présentant un retard de croissance) ou de poids très insuffisant pour leur âge, ou très maigres pour leur taille (émaciés) s'ils se situent à moins de 2 écarts type en dessous de la moyenne. À des fins de comparaison et comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé et Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'état nutritionnel a été déterminé en utilisant la population de référence internationale définie par le *U.S. National Center for Health Statistics* (standard NCHS).

L'annexe 2 présente quatre courbes : poids par rapport à l'âge, taille par rapport à l'âge, poids par rapport à la taille et courbe de distribution normale. Les courbes de poids par rapport à la taille, la taille par rapport à l'âge et le poids par rapport à l'âge se trouvent en revanche très à gauche de la courbe de distribution standard, indiquant un grand nombre d'enfants mal nourris. Ceci permet de conclure qu'il est nécessaire d'intervenir pour traiter la malnutrition et améliorer ainsi la santé des enfants, ce qui se traduira par un déplacement des courbes vers la courbe normale.

Annexe 2

Distribution de la malnutrition au Burkina Faso par rapport à la population de référence internationale NCHS/CDC/OMS

