

Actions essentielles du secteur de la santé pour améliorer la nutrition maternelle en Afrique

Le secteur de la santé peut promouvoir et appuyer des comportements permettant d'améliorer la nutrition maternelle. La présente publication cerne les actions que des responsables de programme peuvent intégrer aux programmes sanitaires existants. Pour arriver au maximum d'effet, il faudrait commencer à améliorer la nutrition des femmes bien avant la grossesse. Toutefois, les actions présentées ici se concentrent sur la grossesse, époque où les systèmes de santé sont en mesure d'atteindre le plus facilement les femmes.

La mise en œuvre d'actions essentielles du secteur de la santé facilitera la réalisation de cinq objectifs liés à la nutrition :

- 1 Apport alimentaire adéquat pendant la grossesse et l'allaitement
- 2 Apport adéquat en micronutriments pendant la grossesse et l'allaitement
- 3 Réduction du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones endémiques
- 4 Réduction de l'ankylostomiase chez les femmes enceintes dans les zones endémiques
- 5 Espacement des naissances de trois ans ou davantage

Conséquences de la malnutrition maternelle

Pour la santé maternelle

- ♦ Risque accru de décès maternel
- ♦ Infections accrues
- ♦ Anémie
- ♦ Affaiblissement des fonctions immunitaires
- ♦ Léthargie et faiblesse
- ♦ Plus faible productivité

Pour la santé infantile

- ♦ Risque accru de décès fœtal et néonatal
- ♦ Retard de croissance intra-utérine, insuffisance pondérale à la naissance, naissance prématurée
- ♦ Affaiblissement des fonctions immunitaires
- ♦ Malformations congénitales
- ♦ Crétinisme et quotient intellectuel diminué

La malnutrition maternelle entraîne pertes de vies, pertes de santé, pertes de possibilités et pertes de revenus.

Photo: UNICEF



Cette publication récapitule un document du même titre élaboré par le Centre régional pour la Qualité des Soins de Santé de l'Université Makerere en Ouganda et les Projets LINKAGES, MOST, SARA et SANA. L'Office de Soutien au Développement économique régional pour l'Afrique du Sud et de l'Est de l'USAID a financé l'élaboration et la publication de ce document ainsi que celui du document complet dans le cadre de l'Initiative Greater Horn of Africa. Des exemplaires des deux publications sont disponibles par le biais du Projet LINKAGES à www.linkagesproject.org et du Centre régional pour la Qualité des Soins de Santé à www.RCQHC.org.

Secteur de la santé et actions maternelles pour améliorer la nutrition maternelle en Afrique

Résultats	Actions du secteur de la santé	Actions maternelles
1 Apport alimentaire adéquat pendant la grossesse et l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> Encourager un apport alimentaire accru pendant la grossesse et l'allaitement Suivre le gain de poids pendant la grossesse Conseiller de réduire les dépenses d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> Manger au moins un repas supplémentaire de l'aliment de base par jour pendant la grossesse et l'équivalent d'un repas supplémentaire par jour pendant l'allaitement Prendre au moins un kilogramme par mois lors des second et troisième trimestres de la grossesse Se reposer davantage pendant la grossesse et l'allaitement
2 Apport adéquat en micronutriments pendant la grossesse et l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> Recommander un régime alimentaire diversifié Prescrire et rendre accessibles les suppléments de fer/d'acide folique OU les suppléments de multiples micronutriments Dépister et traiter l'anémie grave chez les femmes Distribuer de la vitamine A aux femmes lors du post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la consommation quotidienne de fruits et légumes, de produits animaux et d'aliments fortifiés, surtout pendant la grossesse et l'allaitement Consommer des suppléments quotidiens (fer/acide folique-60 mg de fer + 400 µg d'acide folique ou de multiples suppléments vitamines/minéraux) pendant la grossesse et pendant les trois premiers mois du post-partum En cas d'anémie, consommer une dose quotidienne de 120 mg fer + au moins 400 µg d'acide folique pendant trois mois Consommer une dose élevée (200 000 UI) de vitamine A de suite après l'accouchement ou lors des 8 premières semaines après l'accouchement en cas d'allaitement maternel et dans les six semaines après l'accouchement si pas d'allaitement
3 Réduction du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones endémiques	<ul style="list-style-type: none"> Prescrire et rendre accessibles des médicaments antipaludéens curatifs et/ou prophylactiques pour les femmes enceintes (en fonction des recommandations locales) Traiter les infections cliniques Promouvoir l'utilisation de matériel traité par insecticides 	<ul style="list-style-type: none"> Lors des second et troisième trimestres, prendre les antipaludéens comme traitement curatif, quels que soient les symptômes OU prendre une prophylaxie antipaludéenne hebdomadaire dès la première visite prénatale Consulter les services de traitement en cas de fièvre pendant la grossesse ; prendre les médicaments pour traiter le paludisme et diminuer la fièvre ; prendre des suppléments de fer/acide folique pour traiter l'anémie Utiliser du matériel traité par insecticides, dont les moustiquaires
4 Réduction de l'ankylostomiase chez les femmes enceintes dans les zones endémiques	<ul style="list-style-type: none"> Recommander des mesures préventives (assainissement et chaussures) Prescrire et rendre accessibles les vermifuges après le premier trimestre de la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> Porter des chaussures et évacuer avec les mesures d'hygiène les matières fécales pour prévenir l'infection Prendre une seule dose d'albendazole (400 mg) ou une seule dose de mebendazole (500 mg) lors du second trimestre de la grossesse comme traitement pour l'ankylostomiase. Si les ankylostomes sont très endémiques (prévalence > 50%), prendre une dose supplémentaire lors du troisième trimestre de la grossesse
5 Espacement des naissances de trois ans ou davantage	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir les pratiques de l'allaitement maternel optimal Promouvoir la planification familiale en tant qu'intervention sanitaire et nutritionnelle ; montrer la nécessité d'une période de récupération pour recouvrer l'énergie et les réserves de micronutriments Envisager la situation liée à l'allaitement en prescrivant la contraception Promouvoir des pratiques sexuelles sans risques 	<ul style="list-style-type: none"> Démarrer l'allaitement maternel pendant la première heure après la naissance, allaiter exclusivement pendant six mois environ et continuer d'allaiter pendant deux ans ou plus Pratiquer la planification familiale pour espacer les naissances de trois ans au moins ; remettre à plus tard la naissance pour disposer d'au moins six mois entre la période de l'allaitement maternel et la grossesse ultérieure Utiliser des contraceptifs qui ne nuisent pas à l'allaitement maternel Utiliser des condoms avant de prendre la décision de tomber enceinte et pendant la grossesse et l'allaitement

1 Apport alimentaire adéquat pendant la grossesse et l'allaitement

Entre 5% et 20% des femmes dans divers pays africains ont un poids insuffisant. Les femmes enceintes dans les pays industrialisés prennent en moyenne deux fois plus de poids que les femmes enceintes en Afrique. Un faible poids-pour-taille et un faible gain de poids pendant la grossesse et insuffisance pondérale à la naissance sont les conséquences d'apports alimentaires inadéquats chez les femmes. Un grand nombre de femmes africaines ont un faible poids-pour-taille, tel que mesuré par un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 (Figure 1).

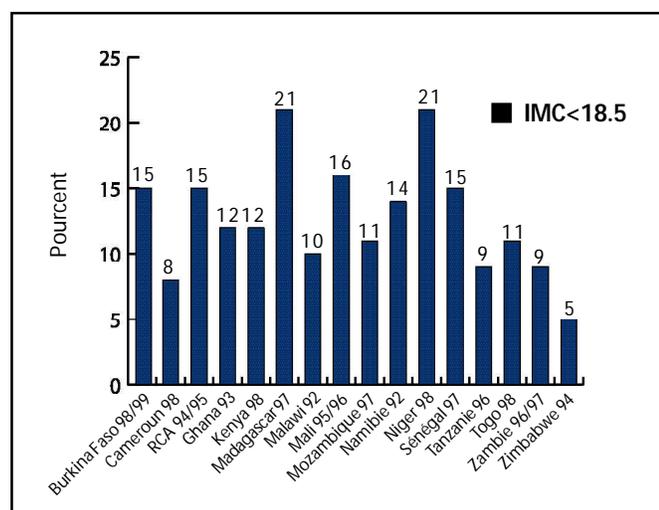
Une carence chronique en énergie comporte les conséquences directes suivantes :

- ♦ plus grande vulnérabilité à l'infection,
- ♦ niveaux d'activité diminués, et
- ♦ productivité plus faible.

Le retard de la croissance intra-utérine imputable en grande partie à la malnutrition maternelle, avant et pendant la grossesse, est la cause de deux tiers environ des insuffisances pondérales à la naissance dans les pays en développement. Les taux de mortalité néonatale sont deux à trois fois plus élevés pour les bébés naissants avec un poids insuffisant, que pour les bébés d'un poids normal.

Les nourrissons nés avec un retard de croissance intra-utérine courent un risque plus grand de connaître un retard de croissance lors de l'enfance et sont davantage exposés aux maladies. Ils courent également un risque plus grand de connaître un développement moteur, psychosocial, intellectuel et émotionnel insuffisant.

Figure 1. Faible poids-pour-taille (indice de masse corporelle) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (EDS 1990-1998)



Actions Essentielles

Encourager un apport alimentaire accru pendant la grossesse et l'allaitement

- ♦ *Pendant la grossesse:* Les femmes enceintes doivent augmenter les apports alimentaires de 200 calories au moins par jour et plus si leur poids avant la grossesse était faible. Une bouillie de maïs et 12 arachides répondent à ce besoin supplémentaire.
- ♦ *Pendant l'allaitement:* La plupart des femmes qui allaitent dans les pays en développement ont besoin d'environ 650 calories supplémentaires, pratiquement l'équivalent d'un repas supplémentaire par jour pour répondre aux besoins énergétiques de l'allaitement.

Les femmes enceintes souvent hésitent à manger davantage car elles craignent qu'un bébé plus gros rende l'accouchement plus difficile. Les femmes seront probablement plus ouvertes aux messages qui se concentrent sur le fait de manger des aliments spécifiques, donner naissance à des bébés en bonne santé et se sentir mieux pendant la grossesse, qu'aux messages qui se concentrent uniquement sur le fait de manger davantage.

Suivre le gain de poids pendant la grossesse

Les femmes devraient prendre environ un kilogramme par mois lors des second et troisième trimestres de la grossesse.

Conseiller de réduire les dépenses d'énergie

Les femmes africaines font des travaux physiques durs, exigeant des niveaux élevés d'énergie. Souvent, elles maintiennent ces activités lors de la grossesse sans repos supplémentaire ou sans changer leurs régimes alimentaires. Des fardeaux de travail moindres aident à améliorer l'état nutritionnel des femmes et à augmenter le poids à la naissance. Ce message doit être adressé vers aux partenaires masculins et les autres membres de la famille, ainsi les mères.

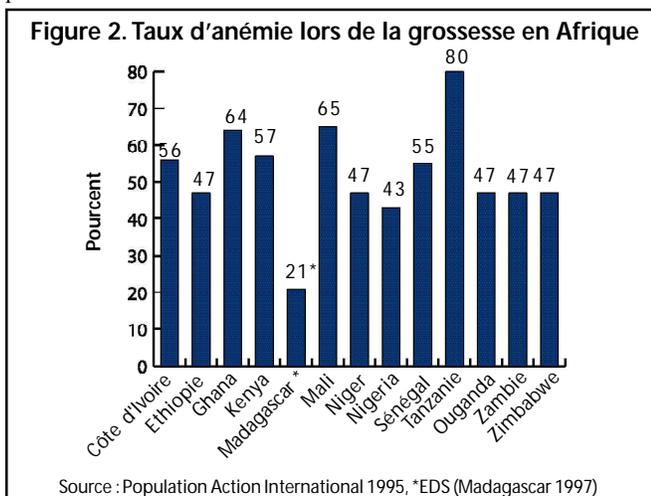
¹ L'indice de masse corporelle (IMC) est une expression de la taille en mètres divisée par le poids en kilogrammes carrés.

2 Apport adéquat en micronutriments pendant la grossesse et l'allaitement

Une étape importante pour diminuer la malnutrition maternelle consiste à améliorer les réserves de micronutriments grâce à un régime alimentaire diversifié et à une supplémentation en micronutriments. Un grand nombre de femmes connaissent plusieurs carences en micronutriments et non pas une seule. Un apport minimal d'aliments riches en micronutriments et l'incapacité du corps à absorber et à utiliser efficacement certains micronutriments expliquent la prévalence de carences multiples.

Les carences en micronutriments peuvent augmenter le risque de mortalité et morbidité maternelles lors de la grossesse et de l'accouchement. Des taux élevés d'anémie ferriprive pendant la grossesse sont chose courante en Afrique (Figure 2). D'après les estimations, l'anémie est responsable de 20% des décès maternels. L'anémie augmente le risque d'hémorragie et de dystocie pouvant aboutir à une septicémie (infection). Un faible apport en calcium augmente le risque de prééclampsie et d'hypertension. La prééclampsie est la cause d'environ 12% des décès maternels.

Les carences en micronutriments augmentent également la vulnérabilité aux infections et/ou leur durée et ravité. L'anémie ferriprive diminue la résistance aux maladies, entraîne la faiblesse et la fatigue, et fait baisser la productivité.



Les réserves en micronutriments des femmes enceintes et allaitantes influencent la survie, la croissance et le développement des nourrissons.

- ♦ **De multiples carences** en zinc, fer, iode, vitamine A, acide folique, vitamine B6, vitamine B12, vitamine D, calcium et magnésium peuvent augmenter le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissances prématurées, de rupture prématurée des membranes et de décès fœtal.
- ♦ **Les carences en folate** sont la cause d'anomalies du tube médullaire, de la division du voile du palais, de malformations des membres et problèmes des voies urinaires.

- ♦ **La carence en iode** affecte le développement cérébral du fœtus, la croissance, les chances de réussite scolaire et l'intelligence.
- ♦ **L'avitaminose A** diminue les réserves fœtales et fait baisser les niveaux de vitamine A dans le lait maternel. Les nourrissons et les jeunes enfants qui manquent de vitamine A courent un risque accru de perte d'appétit, de problèmes oculaires, de résistance moindre aux infections, d'épisodes plus fréquents et plus graves de diarrhée et de rougeole, d'anémie ferriprive et de retard de croissance. Un risque accru de maladie peut entraîner un risque accru de décès.

Actions essentielles

Recommander un régime alimentaire diversifié

Lors des contacts prénatals, de suite après la naissance, lors de la période postnatale et lors des visites de planification familiale, il faudrait demander aux femmes quel est leur régime alimentaire et quels sont les aliments d'un coût abordable, leur conseillant diverses manières d'accroître la consommation des aliments suivants :

- ♦ **Fruits et légumes**: une consommation quotidienne accrue de légumes à feuilles vertes et de fruits oranges-jaunes permet d'améliorer les réserves d'un grand nombre de micronutriments.
- ♦ **Produits animaux**: la viande, le lait et les œufs sont d'excellentes sources de protéines, de matières grasses et de micronutriments. Un grand nombre de micronutriments dans les produits animaux sont absorbés et/ou utilisés plus facilement par le corps que ceux contenus dans les fruits et légumes.
- ♦ **Sel iodé**: la promotion du sel iodé aux fins d'utilisation par la famille entière est une priorité de santé publique. Les besoins en iode augmentent pendant la grossesse.
- ♦ **Aliments fortifiés**: l'enrichissement de la farine et d'autres aliments courants avec du fer et d'autres nutriments peuvent améliorer les apports en micronutriments.

Prescrire et rendre accessibles les suppléments de fer/ d'acide folique ou les suppléments de multiples micronutriments pour les femmes enceintes

Le régime alimentaire n'arrive pas à répondre à tous les besoins en fer des femmes enceintes, surtout celles qui commencent la grossesse avec de faibles réserves en fer. De grandes quantités de fer sont perdues lors de la grossesse suite à la synthèse de tissus chez la mère, au placenta et au fœtus, et pendant l'accouchement.

Les suppléments en fer permettent de prévenir et de traiter l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes. Les programmes de santé doivent évaluer si une femme enceinte souffre d'anémie grave (généralement définie comme un niveau d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl). La pâleur (pâleur extrême) dans les conjonctives ou les paumes indique une anémie grave. Le Tableau 1 présente des directives pour la supplémentation en fer des femmes enceintes.

4 Améliorer la nutrition maternelle

Tableau 1. Supplémentation en fer lors de la grossesse

Supplémentation en fer pour PREVENIR L'ANEMIE chez les femmes enceintes		
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	Dose	Durée**
< 40%	60 mg de fer + 400* µg d'acide folique chaque jour	6 mois de grossesse
≥ 40%	60 mg de fer + 400* µg d'acide folique chaque jour	6 mois de grossesse et continuer jusqu'à 3 mois du post-partum
	* Si les suppléments en fer avec 400* µg d'acide folique ne sont pas disponibles, un supplément en fer avec moins d'acide folique peut être utilisé.	** Si les 6 mois de durée ne peuvent pas être réalisés lors de la grossesse, continuer à donner un supplément pendant la période du post-partum pendant 6 mois ou augmenter la dose à 120 mg lors de la grossesse.
Supplémentation en fer pour TRAITER L'ANEMIE GRAVE chez les femmes enceintes		
	120 mg de fer + au moins 400 µg d'acide folique chaque jour	3 mois (après avoir terminé ce traitement, les femmes enceintes devraient continuer une supplémentation préventive, tel qu'indiqué ci-dessus)

Le fer et d'autres micronutriments peuvent également être fournis par des suppléments de multiples micronutriments. Les suppléments de multiples micronutriments lors de la grossesse doivent contenir des niveaux appropriés de divers nutriments, tel qu'indiqué sur le Tableau 2. Un grand nombre de suppléments vendus ne sont pas appropriés parce que le nombre ou les niveaux de nutriments sont inadéquats.

Distribuer de la vitamine A aux femmes lors du post-partum

Le secteur de la santé peut aider à prévenir l'avitaminose A en fournissant aux femmes qui allaitent dans les régions endémiques une gélule de vitamine A à haute dose (200 000 UI) aussi rapidement que possible après l'accouchement. Des doses élevées de vitamine A lors de la grossesse peuvent entraîner des malformations congénitales et, par conséquent, elles ne doivent pas être données aux femmes enceintes. Cela signifie qu'une dose

élevée de vitamine A doit être administrée pendant les six à huit premières semaines du post-partum car les femmes courent le risque de tomber enceinte après six semaines du post-partum si elles n'allaitent pas et après huit semaines du post-partum si elles allaitent.

Tableau 2. Composition du Supplément de multiples micronutriments proposé par l'UNICEF

Nutriment	Niveaux	Nutriment	Niveaux
Vitamine A RE	800	B ₆ mg	1,9
Vitamine A UI	2664	B ₁₂ µg	2,6
	rétinol		
Vitamine D UI	200	Vitamine C mg	70
Vitamine E UI	10	Zinc mg	15
B ₁ (thiamine) mg	1,4	Fer mg	30
B ₂ (riboflavine) mg	1,4	Iode mg	150
Vitamine PP mg	18	Sélénium µg	65
Acide folique µg	400	Cuivre mg	2

3 Réduction du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones endémiques

Plus de 90% de tous les cas de paludisme sont enregistrés en Afrique subsaharienne. Le paludisme augmente le risque d'anémie, le retard de croissance intra-utérine et l'accouchement prématuré. Le paludisme est cause d'anémie car il détruit les globules rouges et entrave le processus de développement de ces globules.

Dans de nombreuses régions affectées par le paludisme, cette maladie est la principale cause de l'anémie. Les femmes enceintes sont affectées par le paludisme plus souvent et connaissent des infections plus graves que les femmes non enceintes. Les femmes pendant la première grossesse courent un risque accru de contracter le paludisme. Vu que leurs défenses immunitaires sont faibles contre le paludisme, les femmes vivant dans des régions de faible transmission du paludisme connaissent des

conséquences plus graves imputables au paludisme que les femmes dans des régions à transmission élevée.

Actions Essentielles

Prescrire et rendre accessibles des médicaments antipaludéens curatifs et/ou prophylactiques pour les femmes enceintes

Les programmes de santé peuvent prévenir les infections paludéennes chez les femmes enceintes dans les régions endémiques en administrant une prophylaxie à toutes les femmes enceintes, qu'elles aient ou non des signes d'infection. A cette fin, les programmes peuvent prescrire soit de petites doses d'antipaludéens chaque semaine, soit plusieurs doses de traitement plus élevées.

3 Réduction du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones endémiques (suite)

Les agents de santé devraient administrer un traitement curatif lors de la première visite prénatale, mais pas pendant le premier trimestre, suivi d'une prophylaxie en fonction du protocole national. Les protocoles de traitement et de prévention doivent être clairement expliqués à la mère. Les trois protocoles essentiels de traitement lors de la grossesse sont les suivants :

- ♦ Deux doses curatives de sulfadoxine-pyriméthamine (souvent appelé Fansidar), une dose pendant le second trimestre de la grossesse et l'autre pendant le troisième trimestre.
- ♦ Trois doses curatives de sulfadoxine-pyriméthamine lors des second et troisième trimestres.
- ♦ Une prophylaxie hebdomadaire de chloroquine pendant la grossesse dans les quelques régions restantes en Afrique qui ne sont pas résistantes à la chloroquine.

Traiter les infections cliniques

Outre les antipaludéens (sulfadoxine-pyriméthamine ou chloroquine), une femme souffrant d'un cas clinique de paludisme devrait recevoir des médicaments pour diminuer la fièvre et des suppléments de fer/d'acide folique pour traiter l'anémie. Pour protéger le fœtus, il ne faut pas utiliser pendant la grossesse plusieurs antipaludéens - dérivés de tétracycline, doxycycline, primaquine, halofantrine et artémisinine.

Promouvoir l'utilisation du matériel traité par insecticides

L'utilisation de moustiquaires traitées par insecticides (pour les lits et fenêtres) diminue le risque que courent les femmes enceintes d'être piquées par des moustiques porteurs de paludisme.

4 Réduction de l'ankylostomiase chez les femmes enceintes dans les zones endémiques

L'ankylostomiase est chose courante dans les zones rurales des régions tropicales et subtropicales. En Afrique subsaharienne, les femmes qui représentent 60% à 80% de la main-d'œuvre agricole nécessaire pour produire la nourriture aux fins de vente et d'usage familial risquent davantage de contracter l'ankylostomiase que d'autres travailleurs. L'ankylostome entraîne des pertes de sang chroniques, d'où une anémie ferriprive. Ces vers s'alimentent du revêtement intestinal. Une ankylostomiase grave peut s'accompagner d'une grande perte de sang. L'ankylostomiase d'intensité modérée risque de faire perdre à une femme autant de fer sinon plus que la quantité supplémentaire dont elle a besoin pendant la grossesse.

Le niveau de carence en fer ou d'anémie associé à l'ankylostomiase dépend d'un certain nombre de variables :

- ♦ Charge de vers (intensité et durée)
- ♦ Type de vers (A. duodenale entraîne plus de perte de sang que N. americanus)
- ♦ Réserves de fer et régime alimentaire d'une femme
- ♦ Etat nutritionnel en général de la femme

Actions Essentielles

Recommander des mesures préventives

On recommande, au titre des mesures préventives, d'évacuer avec les mesures d'hygiène qui s'imposent les déchets humains et d'utiliser des chaussures pour éviter que les pieds n'entrent en contact avec le sol contaminé. En effet, l'ankylostomiase est transmise essentiellement par le biais du contact physique avec un sol contaminé par des matières fécales humaines.

Prescrire et rendre accessibles les vermifuges pendant la grossesse

Les traitements vermifuges sont au titre des interventions efficaces pour améliorer les réserves de fer d'une femme. Lors des visites prénatales, les agents de santé devraient distribuer aux femmes enceintes des régions affectées par l'ankylostomiase un traitement unique lors du second trimestre. Il existe plusieurs médicaments efficaces et sans risques pour traiter l'ankylostomiase. Les vermifuges utilisés les plus couramment sont les suivants :

- ♦ Albendazole (dose unique de 400 mg), ou
- ♦ Mebendazole (dose unique de 500 mg ou 100 mg deux fois par jour pendant trois jours)

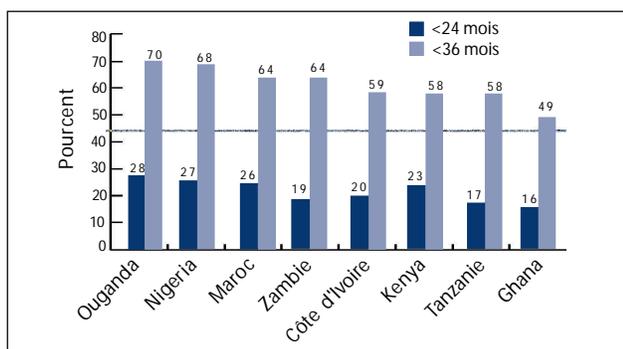
Si l'ankylostomiase revêt un caractère hautement endémique – supérieur à une prévalence de 50% – les agents de santé devraient fournir aux femmes enceintes une dose supplémentaire du médicament pendant le troisième trimestre.

5

Espacement des naissances de trois ans ou davantage

Élargir l'espace entre les naissances et permettre aux femmes de rallonger les intervalles pendant lesquels elles ne sont ni enceintes ni allaitantes leur donne le temps nécessaire de reconstituer leurs réserves d'énergie et de micronutriments. Au même titre que l'amélioration de la nutrition maternelle, des intervalles génésiques plus longs améliorent la survie et la santé de l'enfant. Un intervalle de 30 mois entre les grossesses permet six mois d'allaitement maternel exclusif suivi d'au moins 18 mois d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire et six mois au moins où la mère n'est ni enceinte, ni allaitante. La durée des intervalles génésiques dans un grand nombre de pays africains est souvent bien plus courte (Figure 3), avec plus de la moitié des intervalles entre les naissances inférieurs à 36 mois. Les enquêtes montrent qu'un grand nombre des femmes en Afrique préféreraient des intervalles plus longs entre les naissances.

Figure 3. Pourcentage d'intervalles entre les naissances qui sont courts (EDS Rutstein, 1999)



Actions Essentielles

Promouvoir les pratiques de l'allaitement maternel optimal

La première étape de l'espacement des naissances en Afrique est de garantir que les taux d'allaitement maternel sont maintenus et que l'impact de l'allaitement maternel sur l'inhibition de la fécondité est maximisé. En Afrique – où la prévalence contraceptive est faible – la contribution de l'allaitement maternel à l'espacement des naissances est supérieure plusieurs fois à celle de tous les contraceptifs modernes combinés. Les pratiques de l'allaitement maternel comportent les composantes suivantes :

- Démarrer de suite l'allaitement maternel (pendant la première heure suivant la naissance)
- Allaitement maternel exclusif pendant six mois environ
- Continuation de l'allaitement maternel, de pair avec des aliments complémentaires à partir de six mois environ jusqu'à deux ans ou plus.

Ces pratiques soutiennent l'espacement des naissances, ainsi que la survie de l'enfant et la santé des femmes. Donner le sein au bébé immédiatement après l'accouchement peut diminuer le risque d'hémorragie du

post-partum chez la mère, car l'action de téter chez le bébé stimule la libération d'ocytocine, qui aide à déclencher les contractions utérines. L'allaitement maternel rallonge la durée de l'aménorrhée du post-partum (absence de menstruation). L'aménorrhée aide une femme à recouvrer ses réserves de fer perdues pendant la grossesse.

Promouvoir la planification familiale en tant qu'intervention sanitaire et nutritionnelle

Pour rallonger les intervalles entre les naissances, les femmes doivent avoir accès à des méthodes de planification familiale. Les agents de santé devraient discuter avec les femmes les différentes options en matière de planification familiale et les orienter vers les services appropriés. Il faudrait offrir un choix aux femmes et à leur partenaires portant sur la gamme complète de méthodes contraceptives sûres et efficaces. Les méthodes modernes d'espacement des naissances sont notamment : les condoms, les spermicides, la stérilisation, les contraceptifs oraux, les barrières vaginales, les dispositifs intra-utérins, la planification familiale naturelle, la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)² ainsi que les implants, les injections et d'autres contraceptifs progestatifs.

Envisager la situation liée à l'allaitement en prescrivant la contraception

Les femmes qui allaitent ont des besoins spéciaux sur le plan de la santé reproductive dont il faut tenir compte lors du choix de la méthode de planification familiale. Les prestataires de services, souvent, ne posent pas de questions aux femmes concernant l'allaitement. Un grand nombre ne savent pas que certaines méthodes, notamment les pilules et injectables à base d'hormones, ne devraient pas être commencées lors de l'allaitement. Outre l'inclusion de MAMA à la combinaison des méthodes contraceptives, les prestataires de la planification familiale doivent connaître les besoins spéciaux des femmes qui allaitent.

Promouvoir des pratiques sexuelles sans risques

Afin de diminuer le risque d'infection par le VIH chez les mères et leurs nourrissons, il faut apporter une formation aux agents de santé portant sur la protection double et rendre accessibles les condoms aux clients, à tout moment : avant la décision de tomber enceinte, pendant la grossesse et lors du post-partum. La protection double concerne la protection contre la grossesse et le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). La protection double est possible grâce à l'utilisation de condoms (masculins ou féminins), tout seuls ou combinés à une autre méthode contraceptive. Même si les femmes qui allaitent sont protégées contre la grossesse et les IST grâce aux condoms, l'utilisation de MAMA, conjuguée à l'utilisation des condoms, fournit des avantages supplémentaires pour la mère et l'enfant.

² Trois critères sont nécessaires pour l'utilisation de MAMA : 1) la femme n'a pas encore eu son retour de couches ET 2) le bébé est allaité exclusivement ou presque ET 3) le bébé a moins de six mois.

Mise en œuvre des actions essentielles

Si l'on veut que les agents de santé puissent exécuter les actions essentielles pour améliorer la santé maternelle, ils ont besoin de :

- ♦ **Connaissances** de la base technique pour les actions recommandées
- ♦ **Messages clairs, exacts et pertinents** qui traitent des craintes, préoccupations et contraintes des femmes
- ♦ **Solutions appropriées au niveau local**
- ♦ **Compétences de donner des conseils** en fonction de la compréhension, du respect et de l'honnêteté
- ♦ **Outils de communication** tels que les cartes à conseils, qui renforcent les messages clés
- ♦ **Fournitures fiables** de suppléments en micronutriments, antipaludéens, médicaments contre les ankylostomes et de contraceptifs

Aux fins d'un effet maximum, le secteur de la santé devrait adopter l'approche sur tout le cycle de la vie en matière de

nutrition des femmes, de l'enfance à la maturité en passant par l'adolescence. Les insuffisances nutritionnelles à une étape, quelles qu'elles soient, peuvent comporter des conséquences négatives à long terme. Par exemple, un retard de croissance lors de la prime enfance augmente les risques de travail dystocique. Un faible poids avant la naissance est associé à un retard de croissance intra-utérine.

Le secteur de la santé devrait également coordonner avec d'autres secteurs, tels que l'éducation et l'agriculture, et avec des organisations communautaires qui traitent des facteurs comportementaux, sociaux et économiques influençant la nutrition. Des interventions complémentaires en vue d'améliorer la santé maternelle sont notamment celles qui augmentent les possibilités d'éducation, les revenus et le statut de la femme. Les actions essentielles du secteur de la santé doivent être appuyées par des activités visant à garantir la sécurité alimentaire, une répartition équitable des ressources et l'équité entre les sexes.

Ressources de nutrition maternelle

The Case for Promoting Multiple Vitamin/Mineral Supplements for Women of Reproductive Age in Developing Countries. S. Huffman, J. Baker, J. Shumann, E. Zehner, The LINKAGES Project. November 1998.

Essential Health Sector Actions to Improve Maternal Nutrition in Africa. S. Huffman, E. Zehner, P. Harvey, L. Martin, E. Piwoz, K. Ndure, C. Combest, R. Mwadime, V. Quinn, The LINKAGES Project. April 2001.

FAQ Sheet—Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and Maternal Nutrition. The LINKAGES Project. June 2000.

Maternal Nutrition: Issues and Interventions. A Computer-based Slide Presentation for Advancing Maternal Nutrition. The LINKAGES Project. September 2000.

Nutrition Job Aids for Regions with High HIV Prevalence. Regional Quality of Care Centre and the LINKAGES Project. (a paraître)

Nutrition Job Aids for Regions with Low HIV Prevalence. Regional Quality of Care Centre and the LINKAGES Project. (a paraître)

Orientation Modules for Health Workers' Use of Nutrition Job Aids. Regional Quality of Care Centre and the LINKAGES Project. (a paraître)

Recommended Feeding and Dietary Practices to Improve Infant and Maternal Nutrition. The LINKAGES Project. February 1999.

Actions essentielles du secteur de la santé pour améliorer la nutrition maternelle en Afrique est une publication de LINKAGES: Programme sur l'allaitement maternel, MAMA et nutrition maternelle et alimentation complémentaires. Cette reproduction a pu être réalisée grâce au soutien fourni par le Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition (FANTA). LINKAGES est soutenu par G/PHN/HN, Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes du Don No. HRN-A-00-97-00007-00. FANTA est soutenu par le l'Office de la Santé et la Nutrition du Bureau de Soutien de Terrain et de Recherche des Programmes Globaux de USAID aux termes du Don No. HRN-A-00-98-00046-00. LINKAGES et FANTA sont administré par l'Académie pour le Développement de l'Éducation. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID. septembre 2001

FOOD AND
NUTRITION
TECHNICAL
ASSISTANCE

