

Disparités socioéconomiques et tendances de la malnutrition chronique au Burkina Faso

Sawadogo¹ P. M., Kobiané² J-F et Tchouaket³ E.

1. Doctorant en sciences de la population à l'ISSP/UO1-JKZ 2. Enseignant-chercheur à l'ISSP/UO1-JKZ
3. Enseignant-chercheur à l'Université de Québec en Outaouais

Introduction

La malnutrition est une cause majeure sous-jacente de la mortalité infanto-juvénile. Dans les pays en développement, elle contribue pour près de 50% à la mortalité infanto-juvénile (Caulfield, de Onis, Blössner, & Black, 2004; Pelletier, Frongillo Jr, Schroeder, & Habicht, 1995). En plus de son impact sur la mortalité infantile (Caulfield et al., 2004; Pelletier et al., 1995), les enfants ayant survécu à la malnutrition chronique courent des risques plus accrus de développer des maladies chroniques durant leur vie adulte ; ils ont plus de risque d'avoir une faible productivité physique et intellectuelle et de faibles capacités d'apprentissage (Brown & Pollitt, 1996; Smith & Haddad, 2001). Au plan macroscopique, elle affecte le développement futur des nations. Pour le Groupe de la Banque Mondiale (GBM), un pays dont les travailleurs avaient souffert de malnutrition à l'enfance subit une perte moyenne de 7% de PIB par habitant. Pour l'Afrique subsaharienne, cette perte est estimée à 9%¹.

A l'échelle mondiale, la prévalence de la malnutrition chronique ou retard de croissance est passée de 32,7% en 2000 à 22,9% en 2016. Au cours de la même période, le nombre d'enfants qui en souffrent a diminué de 43,6 millions, passant de 198,4 millions en 2000 à 154,8 millions en 2016. Toutefois, l'Afrique est la seule région où le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance a augmenté entre 2000 et 2016, passant de 50 à 59 millions (United Nations Children'S Fund, World Health Organization, & World Bank, 2017).

Les pays situés dans la zone sahéenne de l'Afrique enregistrent les prévalences les plus élevées de malnutrition chronique. Au Burkina Faso la prévalence du retard de croissance qui était de 34,6% en 2010 n'a presque pas diminué au cours de la décennie précédente puisqu'elle était de 37% en 1998 (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) & ICF International, 2012; Institut National de la Statistique et de la Démographie (INS)D & Macro International Inc, 2000). Des niveaux et tendances similaires sont observés dans les pays sahéens d'Afrique comme le Niger, le Mali, le Tchad. Cette tendance compromet l'atteinte de l'objectif de réduction de 40% du nombre d'enfants malnutris chroniques à l'horizon de 2025 (World Health Organization, 2014). De plus, très peu d'études ont porté sur les déterminants de la malnutrition chronique dans les pays sahéens d'Afrique. Aussi, le changement de normes de croissance des enfants à partir de 2006 commande-t-elle une ré estimation des niveaux de malnutrition pour les périodes antérieures afin de mieux apprécier les tendances de ce problème.

Cette recherche vise, dans un premier temps, à analyser les tendances régionales de la malnutrition chronique au Burkina Faso au cours des années 2000 et identifier ses déterminants.

Données et méthodes

Les données proviennent de trois dernières enquêtes démographiques de santé (EDS) réalisées au Burkina Faso en 1998/1999, en 2003 et en 2010 et sont accessibles à l'adresse

¹ Consulté le 24/04/2017 sur le site web de la banque mondiale [https : www.banquemondiale.org/fr/programs/earlyyears](https://www.banquemondiale.org/fr/programs/earlyyears)

<https://statcompiler.com>. Les enfants ayant un rapport taille/âge inférieur à moins deux écarts types par rapport aux normes de référence de l'OMS (2006) sont considérés comme ayant un retard de croissance (M. de Onis, Garza, Onyango, & Rolland-Cachera, 2009). Un indice de bien être comparable dans le temps (comparative wealth index) a été utilisé (Rustein & Staveteig, 2014).

Des analyses statistiques descriptives avec un niveau de 95% a été considéré pour l'estimation des intervalles de confiance. La régression logistique multiniveau a été utilisé pour l'identification des déterminants de la malnutrition chronique.

Résultats

D'une manière générale (Tableau I), l'estimation de la prévalence de la malnutrition chronique en utilisant les nouvelles normes de croissance donne une prévalence de 4% plus élevé que les prévalences obtenues à l'aide de l'ancienne norme, confirmant du même coup la plus grande précision des nouvelles normes. La prévalence du retard de croissance est passée de 41,7% en 1998 à 43,6% en 2003 puis à 34,8% en 2010. Cela correspond à une baisse moyenne de 1,3% par alors qu'une baisse moyenne annuelle de 3,08% est requise pour atteindre l'objectif de réduction de 40% de la prévalence à l'horizon 2025 (Mercedes de Onis et al., 2013).

Tableau I : Niveaux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq du Burkina Faso en 1998/99, 2003 et 2010

| Normes | 1998/1999 | | 2003 | | 2010 | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Prévalence | CI (95%) | Prévalence | CI (95%) | Prévalence | CI (95%) |
| Retard de croissance (NCHS/CDC/OMS) | 37,1 | 35,5-38,6 | 39,1 | 38,7-40,1 | 30,4 | 29,0-31,2 |
| Retard de croissance (new WHO) | 41,7 | 40,1 -43,3 | 43,6 | 42,5-44,7 | 34,8 | 33,7-35,9 |

Les tendances régionales de la malnutrition chronique (cfère tableau II) montrent qu'en 2003 tout comme en 2010, les régions de l'Est, du Sahel et du Sud-Ouest ont les plus fortes prévalences de malnutrition chronique où elle se maintient au-dessus de 40%, le seuil d'endémicité très élevée de l'OMS. Aussi, les sept régions ayant les plus fortes prévalences de malnutrition (Est, Sahel, Sud-Ouest, Cascades, Centre-Nord, Centre-Est et Plateau-Central) sont celles ayant les plus faibles indicateurs d'instruction des mères, de richesse ; à l'exception de la région des Cascades qui affiche une prévalence très élevée en dépit de relatives bonnes performances socioéconomiques (instruction, niveau de vie).

Considérant le rythme de la baisse, deux régions (Centre Nord et Est) ont connu une réduction suffisante de la malnutrition chronique entre 2003 et 2010. Toutefois, ces performances n'ont pas été suivi d'amélioration conséquente d'indicateurs socioéconomiques puisqu'aucune des deux régions ne figure parmi les cinq meilleures améliorations en matière d'instruction des mères, de niveau de bien-être des ménages ou de vaccination des enfants. Cela sous-tend que ce ne sont pas l'amélioration de l'instruction et le niveau de bien être des ménages qui ont favorisé les plus fortes réductions de la malnutrition chronique au Burkina Faso entre 2003 et 2010.

Dans l'ensemble, l'analyse explicative a montré que le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage sont des facteurs de malnutrition chronique. Toutefois, dans les régions du Centre Nord et de l'Est qui ont réalisé les plus fortes réductions, l'effet de ces deux facteurs est moindre, voire nulle. Des facteurs sanitaires, notamment l'anémie, la réception de la vitamine A, la taille de naissance y sont plus déterminants.

Conclusion

Les tendances de la malnutrition chronique dans la plupart des régions ne sont pas satisfaisantes pour atteindre les objectifs de développement. Bien que l'instruction et le niveau de vie de la mère soient des déterminants socioéconomiques de la malnutrition chronique au Burkina Faso, les régions ayant réduit considérablement sa prévalence ont réalisé peu de progrès dans ces domaines. Dans ces régions, l'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage y sont peu déterminant. Les interventions sanitaires et nutritionnelles spécifiques conduites dans ces régions, notamment la distribution de rations alimentaires aux enfants et aux femmes en âge de procréer, pourrait justifier le bond qualitatif dans ces régions.

Références

- Brown, L. J., & Pollitt, E. (1996). Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American*, (274), 38-43.
- Caulfield, L. E., de Onis, M., Blössner, M., & Black, R. E. (2004). Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *The American journal of clinical nutrition*, 80(1), 193–198.
- de Onis, M., Garza, C., Onyango, A. W., & Rolland-Cachera, M.-F. (2009). Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Archives de Pédiatrie*, 16(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.10.010>
- de Onis, Mercedes, Dewey, K. G., Borghi, E., Onyango, A. W., Blössner, M., Daelmans, B., ... Branca, F. (2013). The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025 : Rationale and proposed actions: WHO global stunting reduction target. *Maternal & Child Nutrition*, 9, 6-26. <https://doi.org/10.1111/mcn.12075>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), & ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), & Macro International Inc. (2010). *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 1998-1999*. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Pelletier, D. L., Frongillo Jr, E. A., Schroeder, D. G., & Habicht, J.-P. (1995). The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4), 443.
- Rustein, O., Shea, & Staveteig, S. (2014). *Making the demographic and health surveys wealth index comparable* (DHS Methodological Reports N° 9). Consulté à l'adresse ICF International website: <https://dhsprogram.com/publications/publication-mr9-methodological-reports.cfm>
- Smith, L. C., & Haddad, L. (2001). How important is improving food availability for reducing child malnutrition in developing countries? *Agricultural Economics*, 26(3), 191–204.
- United Nations Children'S Fund, World Health Organization, & World Bank. (2017). *UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates : Levels and Trends In Child Malnutrition (2017)*.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/?sequence=1>

Tableau II : Tendances régionales de la malnutrition chronique et de caractéristiques socioéconomiques au Burkina Faso, de 2003-2010

| Régions | 2003 | | | | 2010 | | | | Rythme annuel de la baisse de la prévalence (%) | Progrès | | |
|-------------------|---------------------------------------|-------------------|-------------------|--|---------------------------------------|-------------------|-------------------|--|---|-------------------|-------------------|--|
| | Prévalence malnutrition chronique (%) | % mère instruites | % ménages urbains | % enfants 12-59 mois complètement vaccinés | Prévalence malnutrition chronique (%) | % mère instruites | % ménages urbains | % enfants 12-59 mois complètement vaccinés | | % mère instruites | % ménages urbains | % enfants 12-59 mois complètement vaccinés |
| Boucle du Mouhoun | 40 | 10,7 | 35,1 | 52,9 | 30 | 16,7 | 31,5 | 86 | 25,0 | 6,0 | 1,27 | 33,1 |
| Cascades | 46,1 | 13,3 | 43,6 | 53,4 | 37,6 | 21,3 | 53,4 | 63,5 | 18,4 | 8,0 | 3,5 | 10,1 |
| Centre | 25,2 | 43,9 | 84,8 | 61,8 | 20,2 | 48,8 | 90,7 | 81 | 19,8 | 5,0 | 6,3 | 19,2 |
| Centre-Est | 45,2 | 9,4 | 42,4 | 48,4 | 35,9 | 12 | 39,6 | 91,9 | 20,6 | 2,6 | 5,9 | 43,5 |
| Centre-Nord | 46 | 5,4 | 16,6 | 63,8 | 28,5 | 10,3 | 28,5 | 88 | 38,0 | 4,9 | 1,23 | 24,2 |
| Centre-Ouest | 43,1 | 15,4 | 33,6 | 42,9 | 34,6 | 17,3 | 34,4 | 87,3 | 19,7 | 1,9 | 2,5 | 44,4 |
| Centre-Sud | 38,8 | 8,9 | 23,8 | 60,8 | 31,8 | 13,9 | 23 | 94,7 | 18,0 | 5,0 | 5,99 | 33,9 |
| Est | 63,3 | 3,8 | 7,4 | 46,9 | 43,4 | 7,2 | 15,4 | 66,7 | 31,4 | 3,4 | 3,04 | 19,8 |
| Hauts Bassins | 37,5 | 15,2 | 56,2 | 44,9 | 31,5 | 22,5 | 54,4 | 78,6 | 16,0 | 7,3 | 7 | 33,7 |
| Nord | 41,5 | 7,0 | 23,5 | 31,7 | 38,1 | 10,8 | 33,9 | 89,01 | 8,2 | 3,8 | 4,52 | 57,31 |
| Plateau Central | 44,1 | 5,4 | 23,2 | 50,2 | 39,4 | 11,3 | 32,5 | 88,6 | 10,7 | 5,9 | 7,7 | 38,4 |
| Sahel | 53,6 | 6,3 | 12,8 | 19,4 | 45,6 | 6,5 | 11,8 | 69,5 | 14,9 | 0,2 | 2,9 | 50,1 |
| Sud-Ouest | 47,07 | 8,5 | 13,8 | 56,8 | 40,2 | 10,5 | 13,6 | 77,7 | 14,6 | 1,9 | 5,56 | 20,9 |
| Ensemble | 43,6 | 11,7 | 32,8 | 47,8 | 34,8 | 16,2 | 36 | 81,7 | 20,2 | 4,5 | 4,2 | 33,9 |