

## POTENTIALITES DES CULTURES EN ZONE DE BAS-FONDS POUR L'AMELIORATION DES APPORTS ALIMENTAIRES EN CAROTENES

K. AYASSOU, A. BAMBARA, M. KANGAMBEGA, C. MATHIEU-DAUDE, Ph/CHEVALIER

Centre IRD, BP. 182, Ouagadougou01, Burkina Faso

### Introduction

La vitamine A est un nutriment essentiel à la vie. Elle joue un rôle important dans les mécanismes de la vision crépusculaire, le renouvellement et le maintien de l'intégrité des tissus épithéliaux, la croissance de l'enfant, la défense de l'organisme contre les infections et le développement de certains cancers (Buyckx, 1991).

Sa carence entraîne des troubles graves se traduisant par une atteinte oculaire conduisant à la xérophtalmie qui peut aboutir à la cécité définitive (Sommer, 1995), une fréquence élevée des maladies infectieuses et un risque accru de morbi-mortalité (McLaren et Frigg, 1997). Elle constitue un fléau dans les pays en développement où les enfants préscolaires en sont généralement les principales victimes (Nordeide et al, 1996). Dans le monde, 250 millions de personnes sont à risque de carence dont 40 millions d'enfants de 6 mois à 10 ans; 5 millions présentent des atteintes oculaires, 3 millions des signes cliniques et un demi million deviennent aveugles chaque année (CIN, 1992). Par ailleurs, l'OMS estime qu'un supplément en vitamine A éviterait annuellement la mort de 1 à 2 millions d'enfants (WHO, 1995).

Au Burkina Faso, la carence en vitamine A est un problème majeur de santé publique. La prévalence de l'héméralopie (cécité nocturne), première manifestation clinique peut atteindre 8 % (Centre National de Nutrition, 1997). Cette carence constitue la cause sous-jacente de 20% de la mortalité infanto-juvénile (Centre National de Nutrition, 2000). Dans le cadre de la lutte contre cette carence, au-delà d'une stratégie à court terme basée sur la distribution de capsules de vitamine A, le Ministère de la Santé s'oriente vers la modification et l'amélioration des modèles alimentaires (Ministère de la Santé, 1994). La base de l'alimentation burkinabè est composée d'un plat de céréales (mil, sorgho, maïs, riz, ...) et d'une sauce représentant la seule source de vitamine A et le seul élément de l'alimentation sur lequel une intervention est possible. Cette alimentation est caractérisée par un faible apport en produits animaux, les produits végétaux constituant l'essentiel de l'apport en vitamine A sous forme de carotènes (provitamine A). Pendant la saison sèche, la carence en vitamine A est d'autant plus forte que les aliments habituellement consommés se présentent sous une forme sèche dont la teneur en carotènes est réduite.

Dans l'optique d'une solution durable au problème de carence, nous avons choisi comme vecteur d'enrichissement des sauces, les feuilles vertes fraîches. Ces feuilles sont couramment consommées par la population et leur culture est réalisable en zone de bas-fonds pendant la période sèche. L'objectif de notre étude était d'augmenter les apports en carotènes de l'alimentation via une consommation de ces feuilles entre début janvier et fin mars, date à laquelle les mangues peuvent assurer la relève d'un apport régulier en carotènes.

### Méthodologie

Zone d'étude: L'étude a été réalisée en pays Bissa (sud-est du Burkina Faso), dans le village de Dierma situé à 50 km de Tenkodogo (Chef-lieu de la province du Boulgou) et à 36 km à vol d'oiseau du barrage de Bagré. Le village comprend environ 2000 habitants vivant en majorité de la culture maraîchère (oignons essentiellement) grâce à la proximité d'une boucle du Nakambé (ex-Volta Blanche) assurant l'approvisionnement en eau durant la longue saison sèche (Novembre à Juin). Le village est divisé en deux parties par le Naya, affluent du Nakambé. Cette séparation n'est effective qu'en saison pluvieuse où les nombreux bas-fonds situés aux alentours regorgent d'eau. Une étude antérieure réalisée dans cette zone a révélé l'insuffisance des apports en carotènes durant la saison sèche et la nécessité de recourir à des aliments riches en vitamine A ou en carotènes jusqu'à l'apparition des mangues en fin mars ou début avril (Mathieu-Daudé, 1998).

Echantillonnage: Après l'accord des autorités régionales administrative et médicale, du Médecin-Chef du District Médical et des responsables administratifs et religieux du village, les grandes lignes du projet et ses contraintes ont été exposées aux chefs de ménages (unité alimentaire) et à leurs épouses. Un contact individuel des 232 ménages du village a été ensuite entrepris et seuls les ménages ayant donné leur consentement pour participer à cette étude sont retenus. Parmi les 207 ménages volontaires, 120 ménages ont été tirés au sort à l'aide d'un nombre aléatoire et d'un pas de sondage. Ces ménages ont été répartis de manière aléatoire en 2 groupes de 60 ménages.







