

SANTE ET ALIMENTATION DE L'ENFANT RECEMMENT SEVRE A PIKINE-GUEDJAWAYE

A. FROMENT

(Résumé de la communication orale).

BUT DE L'ETUDE

Déterminer, au moyen d'une enquête de consommation alimentaire quantitative, si la malnutrition protéino-énergétique de l'enfant dakarais s'explique par une insuffisance d'apport qualitatif ou quantitatif, ou par un excès de dépenses métaboliques.

ECHANTILLON

Trente enfants des deux sexes âgés de 22 plus ou moins 3 mois, tirés au sort parmi une cohorte de 225 enfants suivis depuis la naissance par l'équipe ORANA-ORSTOM, et sevrés en moyenne à 17 mois.

METHODOLOGIE

- Anthropométrie nutritionnelle (Poids, taille, périmètre du bras, pli cutané tricipital)
- Enquête de consommation exhaustive par pesée, pendant et en dehors des repas, durant cinq jours consécutifs au domicile
- Enquête biologique (hématologie et parasitologie)
- Chronométrage des activités et études de comportements

RESULTATS

- La médiane de la dépense alimentaire par jour et par personne était (1981) de 70 F CFA.

a) *Anthropométrie* :

- La courbe de croissance (taille par âge et poids par âge) montre un accroissement rapide de toutes les mensurations, supérieur à la norme de référence, jusqu'à l'âge de 6 mois puis une baisse progressive du rythme de croissance surtout nette pour le poids.

- Le pli cutané tricipital montre un effondrement marqué entre 10 et 20 mois suivi d'une récupération.

- L'anthropométrie désigne donc la deuxième phase de la période du sevrage comme celle d'incidence maximale de la malnutrition aigüe ou subaigüe.

- C'est aussi lors de cette période que le taux d'hémoglobine s'abaisse au-dessous de 11 grammes/l et que le nombre de globules blancs dépasse le seuil de 8000/mm³, traduisant une agression infectieuse maximale.

- A l'époque de l'enquête, un tiers de l'effectif étudié avait un poids inférieur à 80 % de la norme pour l'âge et un tiers était supérieur à 90 % .

b) *Parasitologie* :

- La moitié des selles examinées étaient diarrhéiques ou glaireuses ; il y a une association entre géophagie et helminthiase, et une autre entre absence de WC à la maison et giardiase (qui est le parasite le plus répandu : 60 % des enfants, et le plus précocement acquis : 16 plus ou moins 5 mois) mais d'une façon générale il n'y a pas de corrélation entre l'état nutritionnel et la charge parasitaire.

- Seulement 9 des 30 enfants étaient bien portants au cours de l'enquête, les autres présentant un ou plusieurs symptômes (diarrhée, vomissements, toux...) ; 6 enfants étaient franchement sales (une ou deux toilettes seulement en cinq jours d'observations) et neuf étaient anorectiques ; plus de la moitié présentaient une tendance à la géophagie (16 sujets).

c) *Consommation alimentaire* :

- Les repas ont été décrits et les plats cuisinés analysés pour quatre variables (humidité, cendres, azote, lipides) ; la corrélation inverse entre humidité et densité calorifique était très étroite.

- Le petit déjeuner se compose presque toujours d'un liquide sucré (kinkéliba ou nescafé) avec du pain, c'est-à-dire un régime très citadin ; les repas de midi et du soir étaient dans 61 % des cas constitués de riz au poisson, et d'une dizaine d'autres

préparations, à base de mil le plus souvent, pour le restant ; le tiers des ingesta était consommé hors repas sous forme de beignets, glaces, fonds de marmites, quignon de pain.

- Les analyses alimentaires ont montré que le riz au poisson apporte 13 % de calories d'origine protidique et 28 % de calories d'origine lipidique, contre respectivement 14 et 11 % dans les bouillies de mil.

- En moyenne un enfant consomme 202 plus ou moins 69 g de riz au poisson au cours d'un repas et 40 % de ces plats ne contenaient en fait ni légumes ni poisson mais seulement du riz et de la sauce huileuse.

d) Couverture des besoins :

- Tous les enfants couvraient largement leurs besoins en protéines (moyenne 198 % plus ou moins 63 % de taux de couverture) par contre les apports énergétiques étaient limités (103 plus ou moins 28 %) et même si l'on abaisse le seuil de sécurité acceptable on peut considérer que près du tiers des enfants ne couvraient pas leurs besoins en énergie.

- Des déficits sévères concernaient le calcium, le zinc, les folates, la vitamine B2 et, à un moindre degré, le fer et les vitamines A et B1.

DISCUSSION

Paradoxalement, les enfants les plus malnutris consumaient davantage (par kilo de masse corporelle) que les enfants marginaux ou bien nourris ; il n'y avait pas de relation entre consommation alimentaire (en termes de taux de couverture des besoins) ou de statut nutritionnel (en termes de retard pondéral) et la taille de la famille, la dépense alimentaire, l'habitat et le niveau scolaire de la mère. Cependant le faible effectif enquêté reste insuffisant pour indiquer autre chose que des tendances ; l'hyperleucocytose et le nombre d'épisodes infectieux observés à la fin du sevrage traduisent un stress pathologique sévère, alors même que la composition des plats servis aux enfants et satisfaisante tant en qualité qu'en quantité. Des enfants maliens et sénégalais nés en France dans des familles de travailleurs émigrés, allaités et nourris de façon traditionnelle mais élevés dans un milieu exempt de contamination infectieuse notable, ont une croissance staturo pondérale identique à celle de leurs homologues français.

Il semble donc que malgré un régime alimentaire de densité énergétique élevée, en raison notamment de sa teneur en huile, et d'apports protéiques très satisfaisants, les besoins énergétiques restent insuffisamment couverts, et que les nombreux épisodes infectieux (digestifs et respiratoires), ajoutés à des comportements négatifs (anorexie, géophagie) entretiennent une malnutrition clinique dont la genèse se situe entre dix et quinze mois, période où l'immunité maternelle passive a disparu et où l'enfant élargit le cercle d'exploration du milieu en s'autonomisant sur le plan locomoteur, rencontrant de ce fait les pathogènes abondants d'un environnement pollué.

CONCLUSION

Puisque la malnutrition se constitue avant la fin du sevrage, il est essentiel, et les recherches sont en cours dans ce sens, de quantifier les apports alimentaires au début de la deuxième année de vie, en mesurant par conséquent non seulement la consommation au plat familial mais aussi au sein.

Ici l'enquête a porté sur des enfants sevrés depuis en moyenne 4 mois, et en voie d'amélioration sur le plan clinique et biologique. A ce stade l'alimentation doit être considérée comme suffisante, et la priorité doit porter sur la prévention et les soins des infections courantes.