

SITUATION NUTRITIONNELLE A BRAZZAVILLE

J.P. MASSAMBA¹, S.TRECHE¹, A.CORNU¹, DELPEUCH², F.SIMONDON², P. TRAISSAC²

¹ Laboratoire d'Etudes sur la Nutrition et l'Alimentation-Centre DGRST-ORSTOM-BP 181-Brazzaville, Congo

² Laboratoire de Nutrition Tropicale (UR4F)-Centre ORSTOM-BP 5045-34032 Montpellier cedex, France.

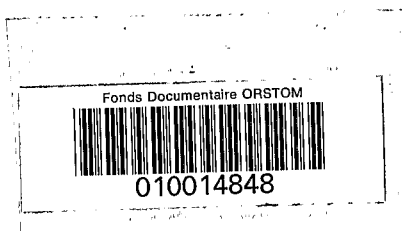
RESUME

Le Congo est l'un des pays d'Afrique Centrale les plus urbanisés puisque deux congolais sur trois habitent en milieu urbain. Des enquêtes récentes ont permis de caractériser la situation nutritionnelle à Brazzaville, la capitale, qui regroupe plus d'un tiers de la population du pays, et de mettre en évidence quelques facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain. A la suite de ces enquêtes, des programmes d'intervention ont été initiés en vue d'améliorer les pratiques de sevrage et la valeur nutritionnelle des aliments de complément.

Les données nutritionnelles et socio-économiques ont été collectées à l'occasion d'enquêtes transversales par passage à domicile réalisées sur des échantillons représentatifs de la population des enfants préscolaires et de leurs mères.

Les indices nutritionnels anthropométriques de poids-taille (PT) et taille-âge (TA) ont été établis chez les enfants, en score d'écart-type (ET) des données de référence CDC-NCHS recommandées par l'OMS. La maigreur a été définie pour un PT inférieur à -2ET et le retard de taille pour une TA inférieure à -2ET. L'indice de masse corporelle ($IMC = \text{Poids}/\text{Taille}^2$) a été utilisé pour caractériser l'état nutritionnel des adultes : un risque de déficit chronique en énergie (DCE) a été défini pour un IMC inférieur à $18,5 \text{ kg/m}^2$; la surcharge pondérale et l'obésité pour un IMC supérieur ou égal à $25,0$.

La prévalence du retard statural, forme de malnutrition la plus répandue en milieu urbain, est de l'ordre de $11,0 \% \pm 1,9$ en 1991. Selon une étude effectuée en milieu rural en 1987, cette affection présente une prévalence de $27,5\% \pm 3,3$. Son importance est sensiblement différente d'un quartier à l'autre, le niveau économique du ménage, la scolarité de la mère et du chef de ménage, la profession de la mère étant les principaux facteurs de risque. La prévalence de maigreur est de $4,2 \% \pm 1,0$. Ces états de malnutrition apparaissent pendant la période de sevrage, l'âge de l'enfant constituant le seul facteur de risque identifié : les pratiques de sevrage inadéquates et la médiocre valeur nutritionnelle des bouillies préparées traditionnellement constituent probablement, aussi en ville, un des facteurs étiologiques importants de la malnutrition chez les jeunes enfants.



Chez les enfants entre 6 et 10 ans, la prévalence de la malnutrition chronique est de 10,6 % tandis que la malnutrition aiguë affecte 7,1 % des enfants.

En fonction de leur IMC, 15,5 % des femmes sont considérées comme maigres à risque de DCE et 11,2 % comme obèses. La proportion de maigres est particulièrement élevée (31,6 %) chez les moins de 18 ans. L'IMC varie en fonction du quartier d'habitation, du niveau économique du ménage, de l'âge de la mère, de son statut matrimonial et de sa catégorie professionnelle.

Comparée au milieu rural, la situation nutritionnelle à Brazzaville paraît acceptable, mais elle n'est pas homogène, ce qui justifie que des stratégies d'intervention pour une amélioration de la situation nutritionnelle soient élaborées. Une de ces stratégies vise à mettre à la disposition des enfants un aliment de sevrage de bonne qualité à un prix comparable à celui des bouillies traditionnelles : elle consiste à promouvoir, par le biais de conseils personnalisés donnés aux mères au cours des séances de surveillance de la croissance dans des Centres de Santé Intégrés et par le développement de réseaux de commercialisation constitués de petites boutiques, l'utilisation d'une farine de sevrage à haute densité énergétique fabriquée localement. Le rendement et l'impact de cette stratégie sont actuellement mesurés à Brazzaville, en même temps qu'une stratégie reposant sur le transfert de technologie à portée des ménages est testée en zone rurale.

INTRODUCTION

Le Congo, pays d'Afrique Centrale de climat subéquatorial dont la population est estimée à un peu plus de 2 millions d'habitants, a connu au cours des 25 dernières années un fort mouvement d'émigration rurale. C'est l'un des pays d'Afrique Centrale les plus urbanisés puisque deux congolais sur trois habitent en milieu urbain, essentiellement à Brazzaville et à pointe-Noire, les deux grandes villes du pays. Le dernier recensement qui remonte à 1984 met en évidence un taux d'accroissement annuel de la population de Brazzaville de l'ordre de 7 %. Cet accroissement considérable a eu pour conséquences une urbanisation rapide accompagnée d'une dégradation accrue des conditions socio-sanitaires dans un environnement économique difficile.

Les conditions de vie et d'intégration urbaine citadins ont été étudiées à travers des enquêtes nutritionnelles transversales par passage à domicile réalisés en 1986 et 1991 et dont les objectifs étaient d'apprécier et de décrire l'influence de l'environnement urbain sur l'état de santé⁽¹⁻³⁾. Ces enquêtes ont été réalisées dans les quartiers Est de la capitale, selon un transect reflétant la disparité des situations urbaines, du quartier le plus ancien de Poto-Poto, situé au bord du fleuve Congo, jusqu'au quartier récent de Mikalou à la périphérie de la ville, en passant par les quartiers intermédiaires de Ouenzé et de Mougali. Les données recueillies ont pu être comparées à celles obtenues en milieu rural à l'occasion d'enquêtes d'évaluation du même type⁽⁴⁻⁶⁾ réalisées depuis 1987.

Les indices nutritionnelles anthropométriques de poids-taille (PT) et taille-âge (TA) ont été établis chez les enfants, en score d'écart-type (ET) des données de référence CDC-NCHS recommandées par l'OMS. La maigreur a été définie pour un PT inférieur à -2ET et le retard de taille pour une TA inférieure à -2ET. L'indice de masse corporelle ($IMC = \text{Poids}/\text{taille}^2$) a été utilisé pour caractériser l'état nutritionnel des mères : un risque de déficit chronique en énergie (DCE) a été défini pour un IMC inférieur à 18,5 kg/m² ; la surcharge pondérale et l'obésité pour un IMC supérieur ou égal à 25,0.

Le détail des méthodes utilisées dans les différentes enquêtes pour l'échantillonnage, les variables recueillies et les indices nutritionnels a été décrit par ailleurs (1-6).

L'interprétation des résultats de ces enquêtes a permis d'établir l'ampleur et la distribution des problèmes nutritionnels et de mettre en évidence quelques facteurs de risque. Par la suite, des programmes d'intervention ont été initiés en vue d'améliorer les pratiques de sevrage et la valeur nutritionnelle des aliments de complément.

1. PRESENTATION DE LA ZONE URBAINE DE BRAZZAVILLE

1.1. Démographie

Le taux d'accroissement élevé de la population donne lieu à une extension considérable et non contrôlée du tissu urbain

périphérique. En outre, les données disponibles montrent une forte densité d'occupation de lieux pour les quartiers anciens de Poto-Poto, Mougali et Ouenzé (10 000 habitants/km²). On dénombre en moyenne 2,1 ménages par parcelle avec un nombre moyen de 6,2 personnes par ménage.

La population est constituée de 49,5 % d'hommes et 50,5 % de femmes. La pyramide des âges se caractérise par une base large qui témoigne de la jeunesse de la population. L'espérance de vie à la naissance est de 49,3 ans pour les hommes et de 52,8 ans pour les femmes. Le sex-ratio à la naissance est de 1,05⁽⁷⁾.

Le niveau de fécondité observé à Brazzaville est nettement inférieur à celui de l'ensemble du pays pour lequel le taux global de fécondité était estimé pour mille en 1985. L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femmes) était de 5,1 enfants à la même période⁽⁸⁾.

L'accroissement démographique a entraîné une densification de l'espace habité, une forte demande d'emplois qui est loin d'être satisfaite et une forte dépendance alimentaire vis-à-vis de l'extérieur.

1.2. Ecologie

Le site occupé par la ville de Brazzaville se situe dans le bassin du Stanley-Pool, dont il occupe la rive droite. La ville compte 7 arrondissements sur une superficie estimée à 12 220 hectares en 1984. Ce bassin environnant est constitué de plaines et de collines tributaires du fleuve Congo.

Le niveau le moins élevé, dénommé plaine, couvre le tiers de la ville dans sa partie Est et Nord-Est. Son altitude ne dépasse pas 290 mètres.

La partie Nord-Est regroupant Mougali et Ouenzé, jadis marécageuse a été assainie pour favoriser l'extension de la ville. Mais encore maintenant bien des quartiers conservent cet aspect marécageux. Le site est drainé par des ruisseaux, des rivières et, surtout par le fleuve Congo dont le débit varie de 30 000 à 80 000 m³/s. L'existence de nombreux puits permet de situer la nappe souterraine à moins de 3 mètres dans la partie basse de la ville. Elle favorise souvent des ruissellements en périodes humides et n'est pas étrangère au caractère marécageux et à l'humidité quasi-permanente de certains quartiers.

A Brazzaville et dans le reste du pays, le climat tropical humide est caractérisé par une température élevée (en moyenne 25 °C) tout au long de l'année. Il existe deux saisons nettement contrastées : une saison pluvieuse d'octobre à mai et une saison sèche de juin à septembre. L'indice pluviométrique annuel est de 1 200 à 1 400 mm. Cette pluviométrie favorise une végétation importante constituée de savanes herbeuses, d'arbustes et de quelques reliques de forêt secondaires. Ces végétations forestières sont appelées à disparaître cédant le pas à l'habitat.

A l'intérieur des espaces construits, dominent des arbres fruitiers et à ombrage qui donnent à la ville un aspect de verdure, qui a valu à Brazzaville le qualificatif de "ville verte". Cette verdure crée des conditions d'environnement favorables aux moustiques (culex, aedes et anophèles) qui constituent une nuisance importante pour les habitants. La densité des moustiques n'est pas identique partout : elle varie suivant le degré d'urbanisation et d'assainissement des quartiers.

1.3. Situation socio-économique et socio-culturelle

Les résultats des enquêtes confirment clairement l'augmentation du chômage à Brazzaville entre 1986 et 1991, aussi bien pour les chefs de famille (14,0 à 29,2 %) que pour les mères elles-mêmes (49,6 à 67,0 %). Cependant, quelques indicateurs se sont améliorés malgré l'ajustement et la récession économique et notamment le pourcentage des ménages sans électricité (70,0 % à 67,9 %) ou sans rattachement aux adductions d'eau (55,4 % à 41,4 %).

Le niveau scolaire des hommes adultes est plus élevé que celui des femmes adultes. C'est dans le quartier de Mounkali qu'on recense le plus d'adultes ayant un niveau scolaire égal ou supérieur au cycle secondaire. En revanche, les habitants de Mikalou, quartier périphérique, sont en proportion moindre à avoir accédé à l'enseignement supérieur. La formation professionnelle est encore peu développée et la plupart des femmes n'a reçu aucune formation.

Les conditions de vie des familles apparaissent contrastées. Parmi les hommes, une fraction importante n'a pas d'emploi fixe, cependant on trouve à Poto-Poto une fréquence élevée d'ouvriers qualifiés et spécialisés. La plupart des hommes ayant une activité professionnelle relèvent du secteur étatique, ce qui n'est pas le cas pour les femmes qui dépendent en majorité du secteur informel.

2. SITUATION NUTRITIONNELLE DES DIFFERENTS GROUPES VULNERABLES

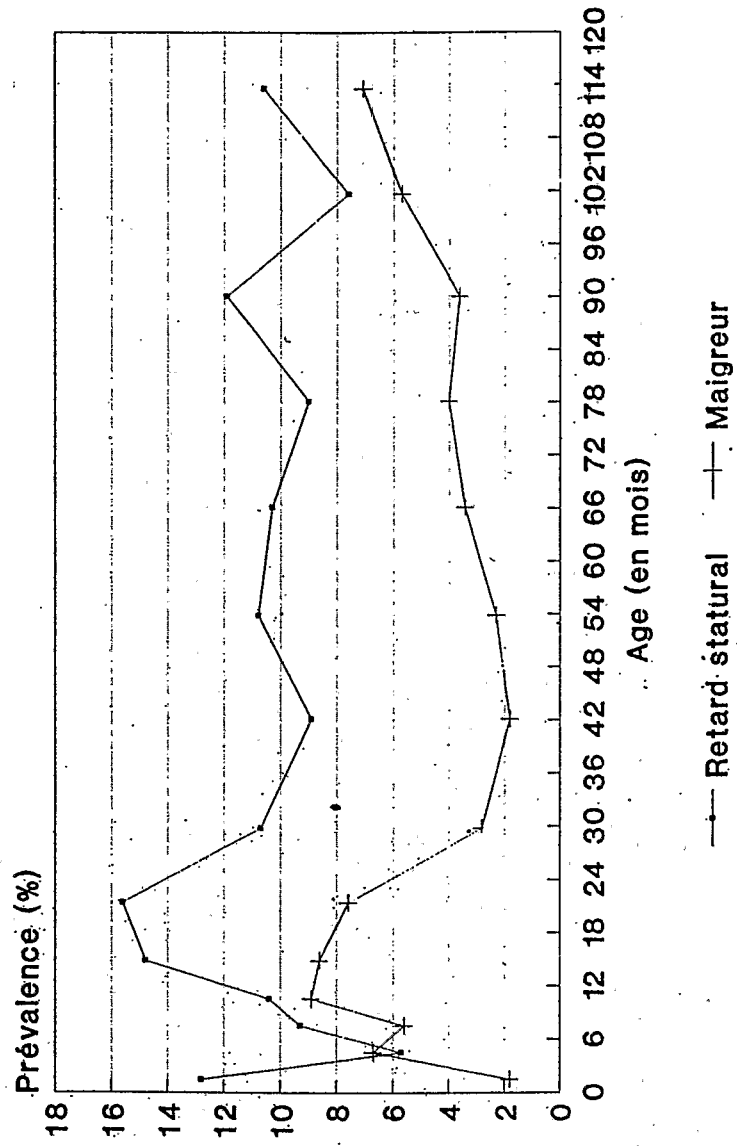
2.1 Situation nutritionnelle et facteurs de risques en 1991

2.1.1. Insuffisance pondérale à la naissance

La fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance (<2 500 grammes) est de l'ordre de 15 %. Elle varie en fonction de l'année de naissance, avec une tendance à l'augmentation au cours des dernières années, du quartier de résidence et du sexe (tableau 1).

2.1.2. Les enfants d'âge préscolaire

En zone urbaine, la prévalence du retard statural chez les enfants de 0 à 5 ans est de 11,0 % \pm 1,9 ; elle augmente considérablement au cours des premiers mois de la vie pour atteindre un maximum aux alentours de 18 mois (figure 1). C'est la forme de malnutrition la plus répandue, sa prévalence est cependant nettement inférieure à celle observée en zones rurales



Prévalences de MPE de 0 à 9 ans
Enquête Brazzaville, 1991.

Figure 1

(27,5% ± 3,3 en 1987)⁽⁴⁾. Elle présente un gradient croissant de poto-poto à Mikalou (figure 2).

L'étude des facteurs de risque à travers une analyse de variance multifactorielle pour la TA et une régression logistique pour le retard de taille montre des associations significatives avec le niveau économique du ménage mais aussi avec le niveau scolaire de la mère et du chef de ménage, et la profession de la mère.

La prévalence de maigreur est de 4,2 % ± 1,0. Cette malnutrition aiguë se manifeste principalement pendant la période de sevrage quel que soit le quartier considéré (figure 3). L'âge de l'enfant est d'ailleurs le seul facteur de risque qui a pu être mis en évidence.

Des pratiques de sevrage inadéquates ainsi qu'une médiocre valeur nutritionnelle des bouillies préparées traditionnellement ont été documentées par ailleurs⁽⁹⁾. Elles constituent probablement un des facteurs étiologiques importants.

2.1.3. Les enfants d'âge scolaire

Chez les enfants entre 6 et 10 ans, la prévalence de retard statural est de 10,6 % en moyenne tandis que la maigreur affecte 7,1 % des enfants (figure 1).

2.1.4. Les adultes

Les résultats des enquêtes de 1986 révèlent, chez les mères d'enfants d'âge préscolaire, une prévalence notable de faible IMC selon un gradient croissant des grandes villes jusqu'aux petits villages : Brazzaville 6,8 % ; centres secondaires (>2000 habitants) 10,8 % ; villages 15,3 %.

A partir des résultats des enquêtes de 1991 à Brazzaville et de 1992 sur le plateau Koukouya, situé à 400 Km au nord de Brazzaville, les prévalences de faible IMC et d'obésité ont pu être comparées chez tous les hommes et les femmes de plus de 18 ans. Globalement, la prévalence d'adultes ayant un risque de DCE est de 10,8 % à Brazzaville et de 21,4 % en milieu rural.

L'évolution des prévalences de risque de DCE et d'obésité en fonction de l'âge en milieu urbain est très différente, chez les hommes et chez les femmes, de celle du milieu rural (figures 4 et 5) :

En milieu rural, la prévalence de faible IMC chez les femmes augmente régulièrement depuis l'âge de 18 ans (12 %) pour atteindre 50 % chez les individus de plus de 60 ans. Pour les hommes, la situation est différente, la prévalence de faible IMC décroît au cours de la vie active, mais augmente après 40 ans pour atteindre 37 % après 60 ans.

En ville, la prévalence des personnes à faible IMC est la plus forte avant 25 ans ; elle diminue ensuite pour remonter après 60 ans mais en restant à un niveau de l'ordre de 15 %, bien inférieur à celui du milieu rural. En revanche, la prévalence de l'obésité augmente significativement avec l'âge, particulièrement

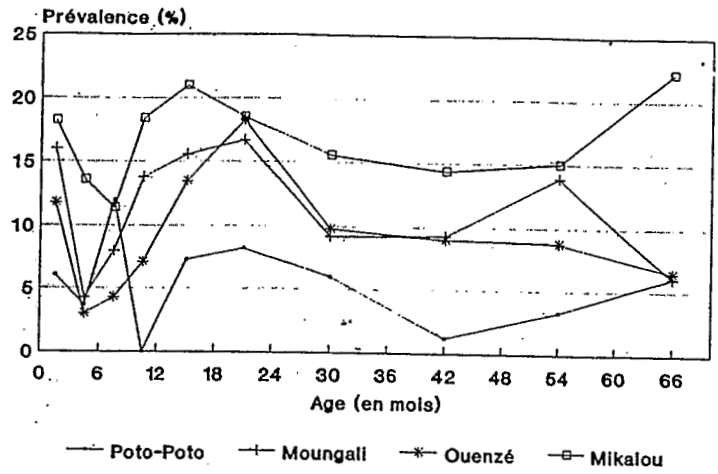


Figure 2

**Retard statural par quartier
Enquête Brazzaville, 1991.**

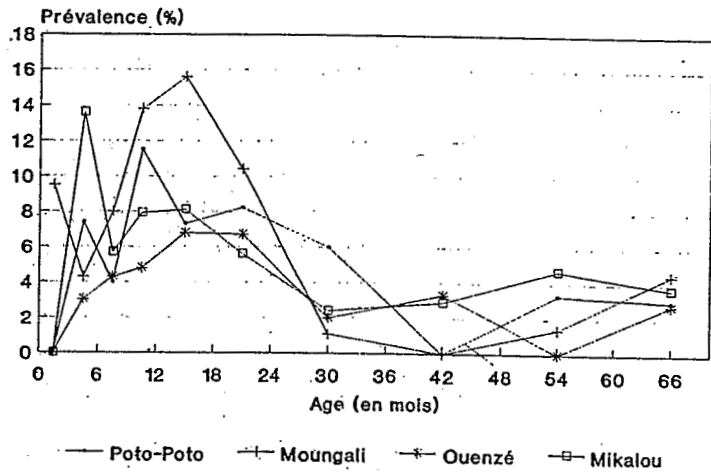
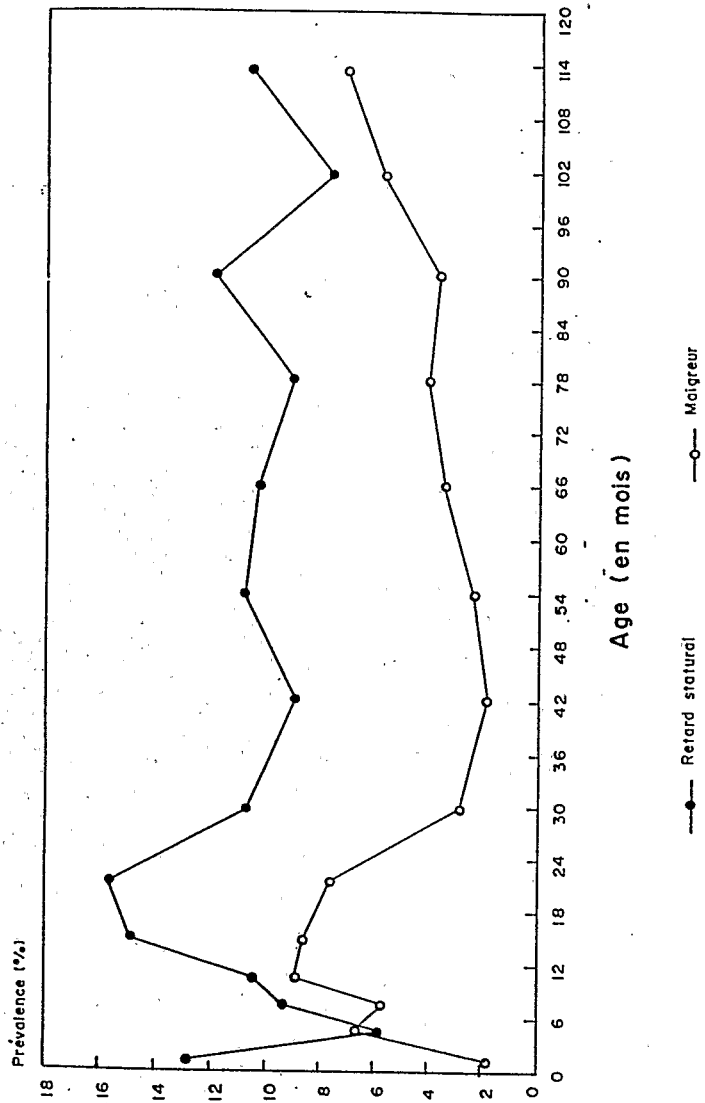


Figure 3

**Maigreur par quartier
Enquête Brazzaville, 1991.**



Prévalences de MPE de 0 à 9 ans enquête Brazzaville, 1991.

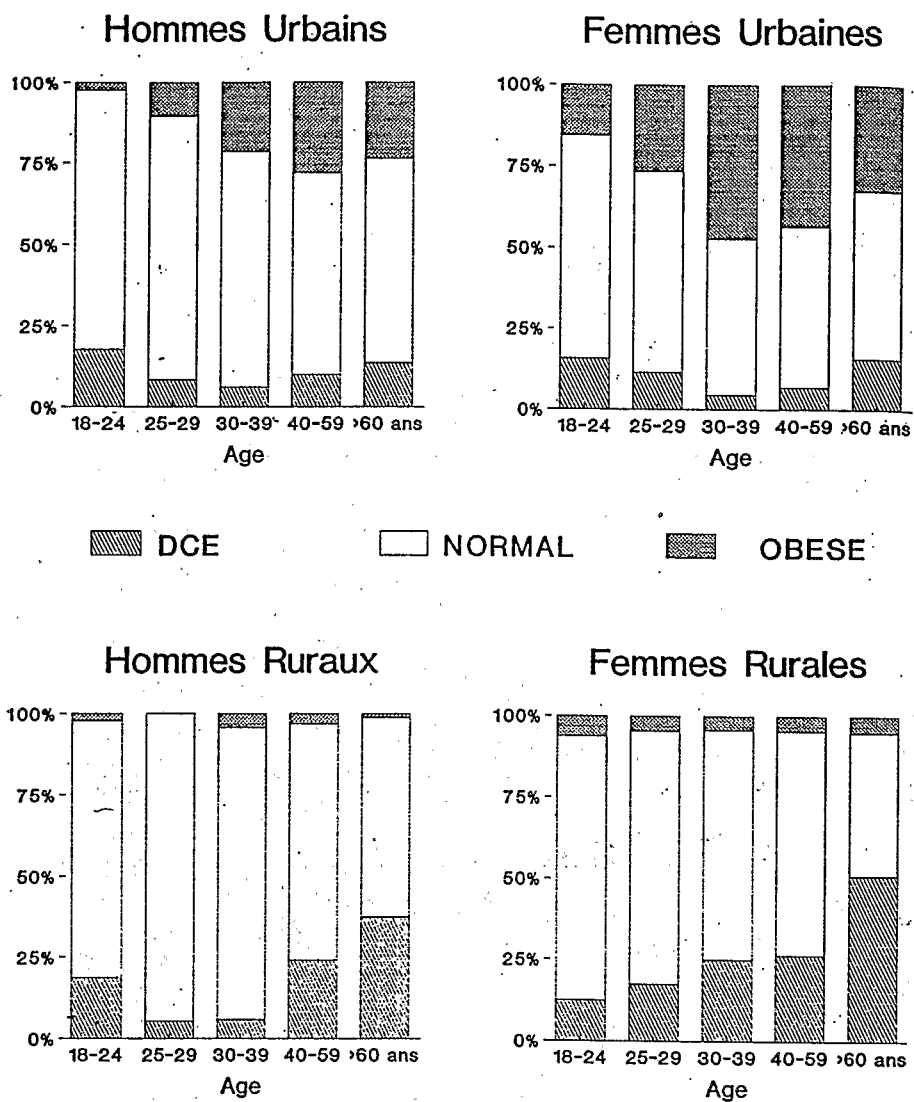
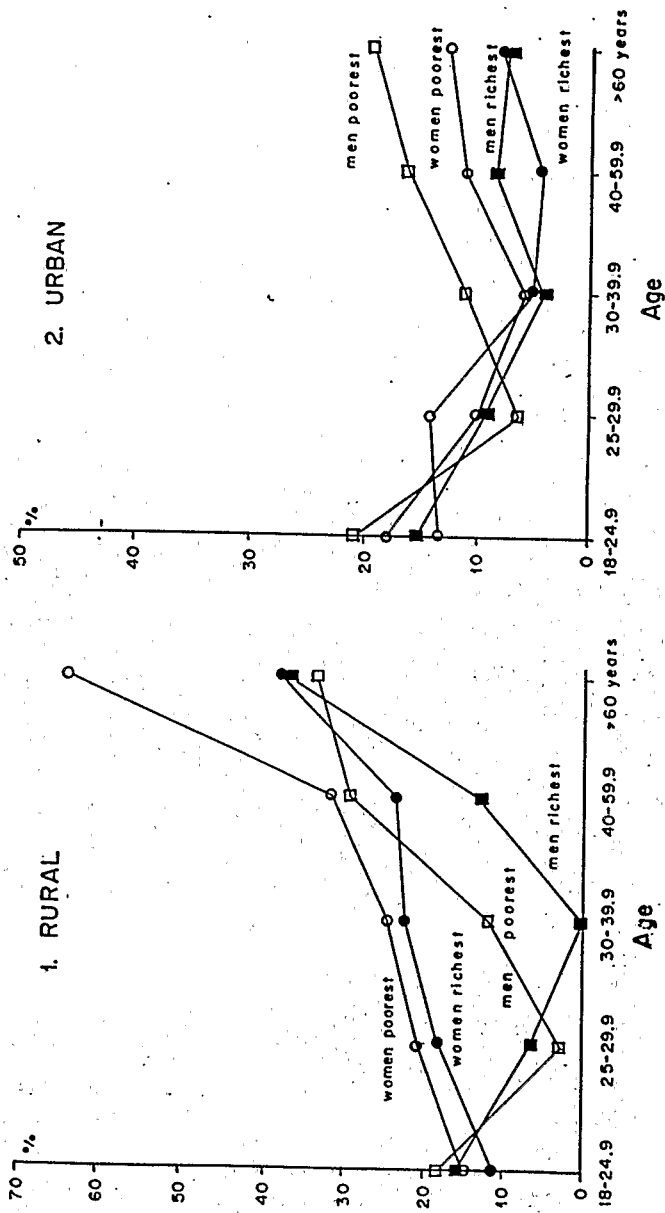


Figure 4

Distribution des catégories d'IMC par âge



chez les femmes.

Indépendamment de l'âge, l'IMC est significativement plus élevé chez les mères de Poto-Poto et chez celles qui sont mariées et/ou salariées ; il augmente également avec le niveau économique du ménage. Les facteurs de risque de faible IMC, ajustés en régression logistique sont : un âge inférieur à 25 ans et l'appartenance à un ménage de faible niveau économique. En revanche, le risque de DCE est minimum entre 30 et 40 ans⁽¹⁰⁾.

2.2. Nature et importance des problèmes nutritionnels

Bien que les milieux ruraux soient toujours les plus touchés par les problèmes nutritionnels, les prévalences de retard de taille et de maigreur observées à Brazzaville montrent que la nutrition n'a pas disparu en ville et qu'elle concerne encore une frange importante de la population.

De même, la proportion de petits poids de naissance et d'adultes à risque de DCE reste importante. Dans le même temps l'obésité devient un réel problème, notamment chez les femmes, et traduit l'existence

LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES ZONES URBAINES EN AFRIQUE

Directeurs

M. C. STAGIE

J. B. HOUMBOUIGAN

F. de KONING

R. GROSS

LA SITUATION ALIMENTAIRE
ET NUTRITIONNELLE DANS LES
ZONES URBAINES EN AFRIQUE

ACTES DU SEMINAIRE-ATELIER
 tenu à Cotonou (Benin) du 22 au 28 Juin 1993

Avec l'appui technique et financier de la GTZ, de la FAO, du
Ministère Français de la Coopération et du Développement,
de l'UNICEF, de l'UW et de la PSYONE

LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES ZONES URBAINES EN AFRIQUE

Éditeurs

M. C. NAGO

J. D. HOUNHOUIGAN

E. de KONING

R. GROSS

ACTES DU SEMINAIRE-ATELIER
tenu à Cotonou (Bénin) du 14 au 18 Juin 1993

**LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES
ZONES URBAINES EN AFRIQUE**

Editeurs

M.C. NAGO
J.D. HOUNHOUIGAN
F. de KONING
R. GROSS

ACTES DU SEMINAIRE-ATELIER
tenu à Cotonou (Bénin) du 14 au 18 Juin 1993

Avec l'appui technique et financier de la GTZ, de la FAO, du Ministère Français de la Coopération
et du Développement, de l'UISN, de l'UAW et de la FSA/UNB

LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES ZONES URBAINES EN AFRIQUE

Edité par

M.C. NAGO

Doyen de la Faculté des Sciences Agronomiques
Université Nationale du Bénin
Abomey-Calavi, Bénin

D.J. HOUNHOUGAN

Chef de Département Nutrition et Sciences Alimentaires
Faculté des Sciences Agronomiques
Université Nationale du Bénin
Abomey-Calavi, Bénin

F. de KONING

Chef de Projet FSA/LUW-RUU/NSA
Faculté des Sciences Agronomiques
Université Nationale du Bénin
Abomey-Calavi, Bénin

R. GROSS

SEAMEO/GTZ
Jakarta
Indonésie

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	11
(M.C. NAGO)	
INTRODUCTION	13
(R. GROSS, N. W. SOLOMON)	
SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES ZONES URBAINES EN AFRIQUE : Synthèse des données et conclusions issues du Séminaire-Atelier	22
(M. C. NAGO)	
SITUATION NUTRITIONNELLE DANS QUELQUES VILLES D'AFRIQUE FRANCOPHONE	31
Situation nutritionnelle à Brazzaville	33
(J. P. MASSAMBA, S. TRECHE, A. CORNU, F. DELPEUCH, F. SIMONDON P. TRAISSAC)	
Les problèmes alimentaires et nutritionnels dans la ville de Cotonou	45
(A. SAGBOHAN)	
Situation alimentaire et nutritionnelle à Conakry	66
(C. DEL NINO, V. SAKOUVOGUI, K.M. KONDE, M. OULARE)	
Situation alimentaire et nutritionnelle de la ville d'Abidjan	71
(A. TEBI)	
Etude de la situation nutritionnelle en milieu urbain au SENEGAL : le cas de PIKINE	78
(I. NDAO, B. MAIRE, T. NDIAYE, G. SALEM, F. DELPEUCH)	
Consommation alimentaire en milieu urbain au TOGO : Cas des villes de Lomé, Atakpamé et Kara	92
(A. DOH, K. AMOUZOU)	
Urbanisation et mutations alimentaires : étude du comportement et identification des exigences des consommateurs de manioc à Brazzaville	107
(J. MASSAMBA, G.M. ADOUA-OYILA, S. TRECHE)	
Enquête de consommation auprès des ménages à Conakry, GUINEE	132
(V. SAKOUVOGUI, M. K. KONDE, D. N. CARLOS)	
Variation saisonnière du bilan énergétique des personnes âgées en milieu rural et péri-urbain au Bénin	157
(Y.-G. AKLAMAVO, E.-A. ATEGBO, F. de KONING)	
Situation alimentaire et nutritionnelle des enfants de zéro à cinq ans dans une zone péri-urbaine : le cas de la commune de Pahou	171
(A. SAGBOHAN, S. VISSOH, M. VIGNIGBE, E. ALIHONOU)	
Situation alimentaire et nutritionnelle en zones	

urbaines : Contribution à l'étude du cas du Bénin 192 (D. J. HESSOU)	Quelle stratégi, de communication et d'éducation en milieu urbain. dans le domaine de la nutrition378 (B. BENAÛ)
Evolution de l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire et de leurs mères à Brazzaville entre 1986 et 1991.205 (J. P. MASSAMBA, A. CORNU, F. DELPEUCH, F. SIMONDON, P. TRAISSAC, P. VILLENEUVE)	RESUMES DES POSTERS
Situation nutritionnelle des enfants de zéro à cinq ans dans la ville de Bobo-Dioulasso213 (R. NANEMA, N. A. OUEDRAOGO)	Evolution du taux des protéines totales et des fractions protéiques du sérum au cours de la grossesse normale en milieu sahélien. 393 (H. DAOUDA, A. PRUAL, K. MAGA)
L'IMPACT DE L'URBANISATION : ETUDES DISCIPLINAIRES VARIABLES 251	Etude comparée de l'efficacité des centres de réhabilitation nutritionnelle à Niamey 394 (A. PRUAL, Y. GAMATIE)
Consommation alimentaire : caractéristiques, facteurs déterminants et évolution. Le cas d'Abidjan 253 (A. ODOUNFA)	Etude de l'efficacité de la supplémentation en fer pendant le troisième trimestre de la grossesse sur le statut hématopoiétique de la mère et du nourrisson.395 (H. DAOUDA, A. PRUAL, H. BOUREIMA, S. HERCBERG)
TRAVAUX DE RECHERCHE EN MILIEU URBAIN : ETUDES THEMATIQUES 281	Restauration en milieu urbain : Etude de cas sur la qualité des aliments dans la ville de Porto-Novo 396 (F. AKADIRI)
Systèmes alimentaires de groupes nutritionnellement vulnérables en milieu urbain 282 (M. M. GAYE)	Evaluation de la qualité microbiologique des laits et quelques produits laitiers commercialisés au TOGO397 (C. de SOUZA, D. TCHANGAI PISSANG., Y. AMEYAPOH, M. SEYDI)
Alimentation de rue en milieu urbain africain 289 (M. C. NAGO)	Développement des marchés internes et sécurité alimentaire urbaine à Abidjan397 (D. M. HARRE)
Alimentation informelle "de rue" dans la ville d'Abidjan : avantages et inconvénients 304 (M. TOURE)	Quelle prise en charge pour les malnutris? Quelques réflexions à partir de la prise en charge au Niger et des travaux réalisés. 398 (H. BARENNES)
Protection des consommateurs en milieu urbain 318 (A. C. KANOUTE)	Prévalence de l'anémie ferriprive chez des femmes enceintes en fin de grossesse à Niamey 400 (H. DAOUDA)
Prévalence et dépistage de la malnutrition chez les consultants (0-5ans) des centres de santé materno-infantiles de Niamey.325 (H. BARENNES)	Etude des représentations des pathologies nutritionnelles chez les mères des enfants hospitalisés dans un service de pédiatrie de la ville de Niamey. 401 (Y. JAFFRE, Y. GAMATIE)
Récupération nutritionnelle de l'enfant marastique à base de produits locaux : le Koba patsa, bouillie de riz aux crevettes séchées. A propos de 5 ans d'expérience.336 (H. BARENNES)	Evaluation de la qualité hygiénique de l'eau de consommation vendue dans les écoles primaires de Lomé 403 (C. de SOUZA, Y. AMEYAPOH, K. SONCY)
L'agriculture urbaine : le cas de Cotonou 348 (J. P. SOMDA)	Les programmes d'aide alimentaire en zones urbaines : Bilan et identification d'approches nouvelles 403

Education et communication nutritionnelle en zones
urbaines en Afrique405
(A. DOH)

TRAVAUX DE GROUPES DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DE
METHODOLOGIES PARTICIPATIVES. 411

Résultats des travaux de groupes.

Groupe 1.	411
Groupe 2.	419
Groupe 3.	423
Groupe 4.	430
Groupe 5.	436
Groupe 6.	444

Recommandations.....459

Motion de remerciement461

Liste des participants.....462

PREFACE

NAGO C. M.
Faculté des Sciences Agronomiques
Université Nationale du Bénin
Abomey-Calavi, Bénin

Depuis plus de deux décennies, l'Afrique subsaharienne fait face à une crise alimentaire et nutritionnelle sans précédent, favorisée par différents facteurs tels que l'instabilité politique, les guerres civiles, les perturbations climatiques, les difficultés financières etc...

Dans les zones urbaines en particulier, cette crise est aggravée par la forte croissance de la population qui continue de progresser à un taux annuel très élevé (7-8 %). Certaines études révèlent en effet qu'entre 1950 et 1980, plusieurs villes africaines ont vu leur population quadruplée, voire multipliée par six. Ainsi, plus du quart de la population en Afrique subsaharienne vit actuellement en milieu urbain et d'ici l'an 2000, une soixante de villes de la Région auront plus de 500 000 habitants et parmi celles-ci, on comptera quelques mégalo-poles comme Dakar, Abidjan, Lagos, Ibadan, Douala, Nairobi... avec 2 à 8 millions d'individus.

Cette explosion démographique en milieu urbain africain est due à la fois à la croissance naturelle de la population et à l'afflux des ruraux pour lesquels la ville apparaît comme un havre de salut pour l'accès à l'emploi, aux services sociaux et à de meilleures conditions de vie. Mais en raison de l'absence de ressources et de politiques adéquates, les villes africaines sont mal préparées pour accueillir ces nombreux migrants ruraux qui s'entassent alors dans les bidonvilles et les quartiers pauvres où les conditions d'habitat, d'alimentation, d'hygiène et de santé sont précaires et favorisent la prolifération dans le milieu de troubles nutritionnels, de maladies diarrhéiques et infectieuses.

L'urbanisation en Afrique s'est donc accompagnée d'un accroissement considérable de la pauvreté et d'une dégradation de la qualité de la vie des populations concernées avec des conséquences drastiques au double plan de la nutrition et de la santé.

C'est dans ce contexte qu'il faut situer l'organisation de ce Séminaire-Atelier consacré à "La situation alimentaire et nutritionnelle dans les zones urbaines en Afrique", à Cotonou (République du Bénin) du 14 au 18 Juin 1993, conjointement par la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université Nationale du Bénin, l'Union Internationale des Sciences de Nutrition et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture avec l'appui financier de la GTZ (Organisme Allemand d'Assistance au Développement), de la NUFFIC (Organisme Néerlandais de Financement de la Coopération Universitaire) et du Ministère Français de la Coopération et du Développement.

Plus d'une soixantaine de spécialistes de l'alimentation et de la nutrition et de divers autres domaines disciplinaires, en provenance de différents pays d'Afrique et d'Europe, ont participé à cette Rencontre, la troisième du genre après celles tenues respectivement à Kuala Lumpur (Malaisie) en Septembre 1991 pour les pays d'Asie et à Mexico (Mexique) en Mars 1992 pour les pays d'Amérique latine.

Le Séminaire-Atelier s'est fixé trois principaux objectifs, à savoir :

- Recueillir des données et des informations diverses sur la nature, l'ampleur et les causes des problèmes alimentaires et nutritionnels en milieu urbain africain ;
- Identifier et développer des projets et programmes de recherche et d'intervention appropriés, pouvant contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations urbaines d'Afrique ;
- Etablir un réseau d'échanges et de collaboration entre les scientifiques et professionnels travaillant pour la promotion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les zones urbaines d'Afrique.

La rencontre s'est déroulée en deux phases. Dans un premier temps, divers travaux scientifiques consacrés soit à des études de cas sur la situation alimentaire et nutritionnelle dans différentes villes d'Afrique (Abidjan, Bobo-Dioulasso, Brazzaville, Conakry, Cotonou, Lomé, Pikine... etc), soit à des études disciplinaires et thématiques variées abordant de nombreux phénomènes et problèmes qui y sont liés, furent présentés sous forme orale ou de poster à l'ensemble des participants. Dans une deuxième étape, des travaux de groupe furent organisés sur six thèmes spécifiques sélectionnés au cours des débats en plénière, en raison de leur importance et de leur pertinence. L'utilisation de la méthodologie d'analyse dite ZOPP lors de ces travaux de groupe, a permis de bien cerner tous les aspects du problème posé par chacun des thèmes traités et de définir un programme pertinent pour sa résolution durable.

Le caractère pluridisciplinaire et multisectoriel du Séminaire-Atelier et la démarche méthodologique utilisée au cours des travaux ont permis d'atteindre les objectifs poursuivis et d'assurer le succès de la rencontre.

Le présent document rend compte de l'ensemble des travaux réalisés lors de ce Séminaire, des principales conclusions qui en sont issues et de diverses recommandations faites à l'endroit des Autorités politico-administratives des pays africains, des Organisations nationales et internationales et des scientifiques et professionnels concernés en vue de contribuer véritablement à l'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle des zones urbaines en Afrique.

INTRODUCTION : NUTRITION URBAINE EN AFRIQUE

Gross R.
SEAMEO/GTZ
Jakarta, Indonésie

Le développement des zones rurales est à l'origine de l'urbanisation et il en reste toujours lié. Le surplus de la production agricole engendra de nouvelles facilités (effet d'impulsion) et dès lors que les populations urbaines sont devenues plus favorisées que les communautés rurales, les ruraux sont de plus en plus attirés par la ville et émigrent vers les zones urbaines, abandonnant leur héritage rural et leur identité (effet d'attraction). En conséquence, malgré les différences culturelles, économiques, politiques et environnementales existant depuis longtemps dans le monde, il n'existe aucun pays où l'urbanisation n'a eu lieu (NU, 1990). En particulier, les pays dont le taux d'urbanisation est plus faible, subissent un plus fort processus d'urbanisation.

Malheureusement, il n'y a pas une définition précise généralement acceptée du concept "urbain". Cet état de chose doit créer une fausse interprétation en ce qui concerne la nature et les impacts des effets nutritionnels liés à l'urbanisation. Dans la plupart des cas une définition structurelle du concept "urbain" est utilisée en fonction de la quantité et/ou de la densité de la population vivant dans une agglomération. Toutefois, une telle définition peut être plus trompeuse que utile. En Afrique, particulièrement, de grandes agglomérations présentent souvent des caractéristiques de gros villages plutôt que de villes. Par ailleurs, la définition officielle du terme urbain peut varier d'un pays à un autre ou même d'une agglomération à une autre. Ainsi, il semble plus utile d'employer la définition fonctionnelle plutôt que la structurelle. Gross et Monteiro (1989) ont suggéré de parler d'agglomération urbaine si la majorité de ses habitants obtiennent leur revenu des sources hétérogènes, non agricoles.

On a estimé qu'en l'an 2000, environ 40% de la population de l'Afrique vivra dans les zones urbaines, ce qui représente plus de 300 millions de gens (NU, 1990). Comme indiqué dans le tableau 1, la proportion des ruraux à ce moment dans la plupart des pays africains sera encore plus importante. Néanmoins, il est espéré qu'en l'an 2025, presque 60% des Africains habiteront dans les villes ou les grandes villes bien que les taux d'accroissement de la population urbaine commenceront déjà à décroître dans ce millénaire. La plupart des cas d'urbanisation s'opéreront dans les quartiers pauvres et les bidonvilles où la pauvreté est prévalente. Et selon le tableau 1, la population a tendance à se concentrer dans les grandes agglomérations avec plus d'un million d'habitants.

L'une des raisons de l'urbanisation est présentée dans le tableau 2. En moyenne, les Africains vivant dans les cités urbaines ont plus l'accès facile aux besoins fondamentaux que leurs homologues des zones rurales (vo Braun et al., 1993). Par conséquent, dans les autres régions comme en Afrique, la proportion des enfants

Le soutien de l'Agence Allemande de Coopération Technique, a exécuté trois séminaires ateliers régionaux sur la nutrition en milieu urbain. Le premier séminaire Latino-Américain a eu lieu en Vina del Mar, Chili en 1988 et les résultats de ces assises ont été publiés par Atalah et Gross (1989). En 1991, le premier séminaire sur la nutrition urbaine en Asie a été tenu à Kuala Lumpur et les actes ont été publiés par Pongpaew (1992). En 1992, le deuxième séminaire Latino-Américain sur la nutrition et la santé dans les zones urbaines s'était tenu à Mexico. Les résultats de ce séminaire ont été publiés en espagnol (Sanchez-Castillo et al, 1992) et en anglais (Sanchez-Castillo et al, 1994).

A la suite de ces séries de séminaires, le premier séminaire africain sur la nutrition urbaine qui a lieu au milieu de 1993 a permis de collecter et d'échanger des expériences dans les régions d'Afrique avec l'appui des pays francophones. L'objectif principal de cette rencontre était de stimuler la recherche et les interventions en milieu urbain. Au cours de ce séminaire la même méthodologie participative et le même processus ont été utilisés comme précédemment dans les séminaires sur les régions Asiatique et Latino-Américaine. Ceci a permis de comparer les résultats du séminaire africain avec ceux des autres régions. Les articles suivants illustrent les résultats de l'atelier et contribuent de manière significative à aider à une meilleure compréhension de la complexité et de la dynamique de la nutrition urbaine en Afrique.

Le soutien de l'Agence Allemande de Coopération Technique, a exécuté trois séminaires ateliers régionaux sur la nutrition en milieu urbain. Le premier séminaire Latino-Américain a eu lieu en Vina del Mar, Chili en 1988 et les résultats de ces assises ont été publiés par Atalah et Gross (1989). En 1991, le premier séminaire sur la nutrition urbaine en Asie a été tenu à Kuala Lumpur et les actes ont été publiés par Pongpaew (1992). En 1992, le deuxième séminaire Latino-Américain sur la nutrition et la santé dans les zones urbaines s'était tenu à Mexico. Les résultats de ce séminaire ont été publiés en espagnol (Sanchez-Castillo et al, 1992) et en anglais (Sanchez-Castillo et al, 1994).

A cause des grands problèmes résultant de la migration grandissante vers les zones urbaines, il y a une croyance générale selon laquelle la migration peut être arrêtée ou tout au moins freinée par le développement rural. Toutefois, avec le développement remarquable du niveau technologique de la production agricole, peu de gens trouveront d'emploi dans ce secteur. Les technologies agricoles modernes demandent plus de terre, plus de capitaux et des paysans techniquement bien équipés. Les paysans pauvres et sans le moindre équipement technique, ont moins de chance dans l'agriculture moderne et se trouvent repoussés vers la ville, abandonnant derrière eux, la zone rurale qui ne leur présente plus un avenir meilleur. Par conséquent, le paradoxe devient évident : plus les populations ont besoin d'aliments, moindre est le besoin de main d'oeuvre pour la production alimentaire. Ainsi, on doit comprendre que les succès des stratégies de développement rural, n'arrêteront pas ou ne ralentiront pas la migration mais l'accéléreront.

L'Union Internationale des Sciences de la Nutrition (IUNS), avec