

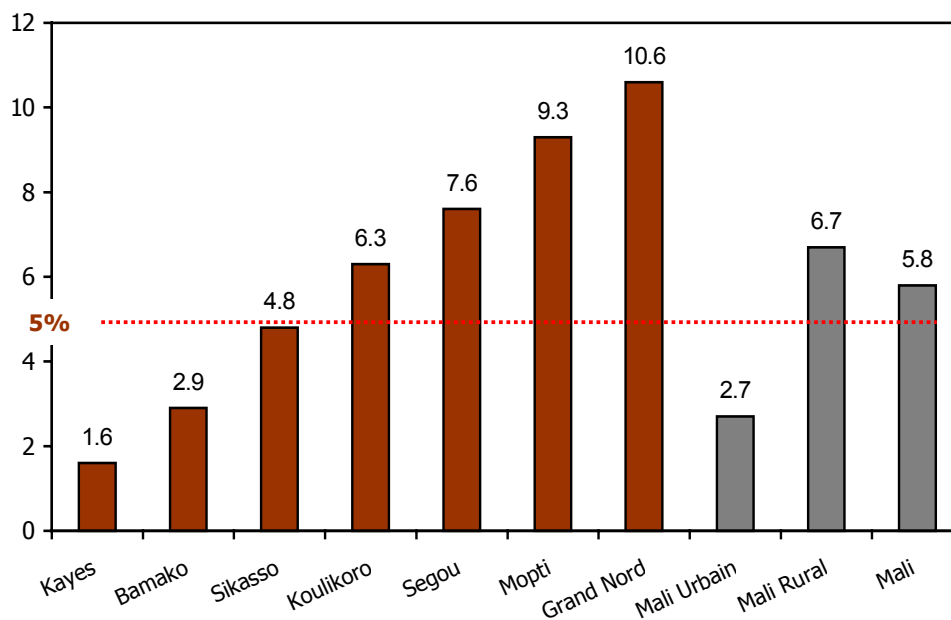
Question : La cécité crépusculaire chez les mères maliennes est-elle un indicateur de carence en vitamine A dans la population malienne?

Réponse: *Oui*

La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) en 2001, s'est intéressée à la prévalence de la cécité crépusculaire chez les mères maliennes. Un échantillon représentatif incluant 7.999 mères maliennes de 15 à 49 ans ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années a été constitué. Il a été demandé aux mères si pendant leur grossesse la plus récente elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée du jour. Dix-neuf pour cent (19%) des femmes interviewées ont déclaré qu'elles avaient eu des difficultés à voir à la tombée du jour lors de leur dernière grossesse. Cependant, une

proportion importante de ces femmes ont déclaré aussi avoir eu également des difficultés à voir pendant la journée. Ces femmes auraient des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. La prévalence «ajustée» de la cécité crépusculaire a été alors calculée en éliminant de la cécité crépusculaire «déclarée» les femmes ayant également déclaré avoir eu des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi «ajustée» est alors passée à 5,8% au niveau national. Cette prévalence, représente-elle un problème de santé publique?

Prévalence ajustée (%) de la cécité crépusculaire chez les mères maliennes (EDSM-III, 2001)



**Dans les régions
où la carence en vitamine A sévit,
la cécité crépusculaire
chez les femmes enceintes
est fréquente.**

La cécité crépusculaire, c'est-à-dire, la difficulté de voir au crépuscule chez des personnes qui n'ont pas de difficulté de voir pendant la journée, est la manifestation oculaire la plus fréquente de la carence en vitamine A modérée ou sévère. Elle est due à une diminution dans la production de rhodopsine (pigment photosensible de la rétine de l'œil) suite à une carence en vitamine A. Dans les régions où la carence en vitamine A sévit, la cécité crépusculaire chez les femmes enceintes est souvent perçue comme un symptôme de la grossesse étant donné sa fréquence et sa tendance à disparaître sans traitement peu après l'accouchement. Cependant, la cécité crépusculaire chez les femmes enceintes traduit un déficit, souvent chronique, des apports alimentaires en vitamine A. Il est ainsi estimé qu'environ 10% des femmes enceintes au monde souffrent de cécité crépusculaire, soit 6 millions de femmes chaque année¹.

**La cécité crépusculaire chez la mère
augmente le risque de décès chez la
mère et chez le jeune enfant.**

La cécité crépusculaire est associée avec un risque de mortalité maternelle (lors de la grossesse, l'accouchement ou le post-partum immédiat) plus élevé. Une étude au Népal sur plus de 10.000 femmes enceintes montre que le risque de décès maternel (toute cause confondue) était quatre fois plus élevé chez les femmes ayant souffert de cécité crépusculaire lors de la grossesse². Cette même étude a aussi montré que le risque de décès maternel suite à une infection (l'une des principales causes de mortalité maternelle dans le monde) était cinq fois plus élevé chez les femmes ayant souffert de cécité crépusculaire lors de la grossesse.

Les conséquences de la cécité crépusculaire lors de la grossesse s'étendent aussi aux nouveau-nés. Dans cette étude au Népal, le taux de mortalité chez les enfants de moins de six mois nés de mères ayant souffert de cécité crépusculaire lors de la grossesse était 63% plus élevé que parmi les enfants nés de mères n'ayant pas souffert de cécité crépusculaire lors de la grossesse³.

**La cécité crépusculaire
chez les mères est un indicateur
de carence en vitamine A
dans la communauté.**

La cécité crépusculaire est un bon indicateur de carence en vitamine A chez les femmes en âge de procréer car elle est étroitement associée à des indicateurs biochimiques de la carence en vitamine A tels que la concentration en rétinol dans le sang ou dans le lait maternel tout en étant un indicateur logistiquement moins lourd que les autres indicateurs de la carence en vitamine A.

Il est actuellement recommandé que la cécité crépusculaire chez les mères soit mesurée systématiquement dans le cadre des enquêtes nationales et sous-nationales sur l'état de nutrition et de santé de la population et qu'elle soit utilisée comme indicateur de carence en vitamine A dans l'ensemble de la communauté.

Quand la prévalence de la cécité crépusculaire chez les mères est supérieure ou égale à 5%, il peut être conclu que la carence en vitamine A est un problème de santé publique (un danger) **pour l'ensemble de la population**⁴.

Le gouvernement du Mali n'a pas hésité à être parmi les premiers pays de l'Afrique à mesurer la prévalence de la cécité crépusculaire chez les mères dans le cadre de l'Enquête Démographique et de Santé de 2001 (EDSM-III).

**La carence en vitamine A constitue un
problème de santé publique pour
l'ensemble de la population malienne.**

**La population rurale
(environ 75% de la population)
en est particulièrement touchée.**

L'EDSM-III montre que la prévalence ajustée de la cécité crépusculaire chez les mères maliennes est de 5,8%. Cette prévalence est supérieure au seuil de 5% établi pour la définition de la carence en vitamine A en tant que problème de santé publique. Il peut ainsi être affirmé que la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique pour l'ensemble de la population malienne.

Les résultats de l'EDSM-III montrent aussi l'existence de groupes de population particulièrement touchés par la carence en vitamine A. Ainsi la prévalence de la cécité crépusculaire chez les mères est 2,5 fois plus élevée en milieu rural (6,7%) qu'en milieu urbain (2,7%). Cette donnée est particulièrement troublante tenant compte du fait qu'environ 3/4 de la population malienne habite en milieu rural.

Seulement deux régions (Bamako et Kayes) sur un total de neuf montrent une prévalence de la cécité crépusculaire chez les mères clairement en-dessous du seuil de 5%. Sikasso serait, avec une prévalence de 4,8%, dans une situation limite (borderline) alors que les régions de Koulikoro, Ségou, Mopti, et du Grand Nord (Gao, Kidal et Tombouctou) se situent significativement au-dessus du seuil limite de 5%.

Selon le niveau d'instruction des mères, la prévalence de la cécité crépusculaire ajustée varie de 6% chez les mères sans instruction à 2% chez les mères ayant de niveau secondaire ou plus.

Ces données traduisent une situation préoccupante de risque de carence en vitamine A dans l'ensemble de la population malienne. Deux groupes de population sont à haut risque de carence en vitamine A: Les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer. Ceci est dû à trois causes majeures: a) la faible consommation d'aliments riches en vitamine A; b) les besoins accrus en vitamine A liés à la croissance rapide chez les enfants et à la grossesse (croissance du fœtus et du placenta) et l'allaitement chez les femmes; et c) les maladies infectieuses, fréquentes chez le jeune enfant (diarrhée, pneumonie, rougeole, etc) et la femme en âge de procréer, qui épuisent les réserves de vitamine A de l'organisme.

Des études menées au cours de la dernière décennie montrent que dans les régions où la carence en vitamine A sévit, la mortalité chez les enfants de 6-59 mois peut être réduite de 23% en moyenne suite à l'élimination de la carence en vitamine A⁵. Au Népal, la correction de la carence en vitamine A chez les femmes enceintes s'est traduite par une réduction de la mortalité maternelle d'environ 44%⁶.

Au Mali, une stratégie intégrée de lutte contre la carence en vitamine A s'impose.

Une telle stratégie doit reposer sur 8 axes principaux.

1. Assurer que toutes les femmes reçoivent une capsule de vitamine A (200.000 Unités Internationales [UI]) le plus tôt possible après l'accouchement (pas au-delà de six semaines post-partum) pour rétablir les réserves de vitamine A utilisées lors de la grossesse et assurer une teneur adéquate en vitamine A dans le lait maternel. D'après l'EDSM-III seulement 17,7% des mères maliennes avaient reçu un tel supplément de vitamine A après l'accouchement.

2. Assurer que tous les enfants de 6-59 mois reçoivent : a) une supplémentation préventive en vitamine A (100.000 UI pour les enfants de 6-11 mois et 200.000 UI pour les enfants de 12-59 mois) tous les 6 mois en utilisant les services de santé de routine et/ou des campagnes de distribution de masse; une supplémentation curative en vitamine A dans le cadre de la prise en charge des maladies de l'enfance (xérophthalmie, rougeole, diarrhée, pneumonie et malnutrition).

3. Promouvoir des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en particulier, l'initiation de l'allaitement maternel exclusif à la libre demande (de jour comme de nuit) dès la première heure après la naissance jusqu'à six mois. Le colostrum (le lait des premiers jours) et le lait maternel constituent la meilleure source de vitamine A. D'après l'EDSM-III seulement 25% des enfants de moins de six mois étaient allaités exclusivement au sein au moment de l'enquête.

4. Introduire progressivement à partir du sixième mois des aliments de complément à l'allaitement maternel riches en vitamine A. Ces aliments peuvent être d'origine végétale (mangues, courges, carottes, etc.) ou d'origine animale (foie, abats, viande, lait, laitages, petit poisson entier, etc.). L'allaitement maternel doit continuer jusqu'à 24 mois car le lait maternel constitue l'une des meilleures sources alimentaires de vitamine A pour le jeune enfant.

5. Promouvoir l'enrichissement (fortification) en vitamine A d'aliments largement consommés par la population tels que l'huile, le sucre et les farines. Les aliments enrichis en vitamine A sont une composante clé de la lutte contre la carence en vitamine A dans de nombreux pays industrialisés et en développement.

6. Promouvoir la production et la consommation d'aliments riches en vitamine A dans l'ensemble de la population et, en particulier, chez les groupes les plus à risque de carence en vitamine A, à savoir, les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes.

7. Promouvoir les mesures d'hygiène et la lutte efficace contre les maladies infectieuses chez les enfants en bas âge et chez les femmes en âge de procréer. Les maladies infectieuses épuisent les réserves de vitamine A. Les individus carencés en vitamine A ont un système immunitaire fragilisé qui a du mal à résister aux infections.

8. Poursuivre la réflexion sur l'utilisation de suppléments à micronutriments multiples (contenant entre autres des faibles doses de vitamine A) chez les femmes enceintes et allaitantes.

Pour de plus amples informations veuillez contacter:

Dr Víctor M. Aguayo
Conseiller Régional en Nutrition
et Survie de l'Enfant. HKI- Afrique
vaguayo@hkimali.org

Dr Diakalia Koné
Coordonnateur du Programme
Survie de l'Enfant. HKI-Mali
dkone@hkimali.org

Dr Cissé Amenatou Touré
Coordinatrice du Programme
de Nutrition. HKI- Mali
atoure@hkimali.org

Mme Karen Waltensperger
Directrice
HKI-Mali
kzw@hkimali.org

¹ West KP Jr. Extent of vitamin A deficiency among preschool children and women of reproductive age. *Journal of Nutrition*, 2002; 132 (9S): 2857S-2866S.

² Christian P, West KP Jr, Khatri SK, Kimbrough-Pradhan E, LeClerq SC, Katz J, Shrestha SR, Dali SM, Sommer A. Night blindness during pregnancy and subsequent mortality among women in Nepal: Effects of vitamin A and B-carotene supplementation. *American Journal of Epidemiology*, 200; 152: 542-547.

³ Christian P, West KP Jr, Khatri SK, LeClerq SC, Kimbrough-Pradhan E, Katz J, Shrestha SR. Maternal night blindness increases risk of mortality in the first six months of life among infants in Nepal. *Journal of Nutrition*, 2001; 131 (5): 1510-1512.

⁴ International Vitamin A Consultative Group (IVACG). Maternal night blindness: A new indicator of vitamin A deficiency. International Life Sciences Institute (ILSI), 2002. Washington DC, USA.

⁵ Beaton GH, Martorell R, Aronson KJ, Edmonston B, McCabe G, Ross AC, et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. ACC/SCN State-of-the-Art Series: Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Geneva: The United Nations, 1993.

⁶ West KP Jr, Katz J, Khatri SK, LeClerq SC, Pradhan EK, Shrestha SR, Connor PB, Dali SM, Christian P, Sommer A. Double blind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or B-carotene on mortality related to pregnancy. *British Medical Journal*, 1999; 18: 570-575.