

Maximiser les synergies entre la nutrition maternelle, infantile et juvénile et la planification familiale (NMIJ-PF)

Les programmes et les services de nutrition maternelle, infantile et juvénile (NMIJ) et de planification familiale (PF) sont souvent perçus comme étant distincts et pourtant l'intégration de ces interventions peut s'avérer mutuellement bénéfique aux mères et aux enfants. A preuve : l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie protège non seulement l'enfant contre la malnutrition mais répond également aux besoins contraceptifs de la mère si celle-ci pratique la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Ce résumé technique présente le bien-fondé de l'alignement des interventions de NMIJ et de PF, récapitulant les données probantes de la relation entre ces deux domaines et il brosse un tableau d'ensemble des possibilités d'identifier les liens et de mieux intégrer le counseling et les services entre les multiples interventions.

UNE RELATION PROUVÉE ENTRE LA NUTRITION MATERNELLE, INFANTILE ET JUVÉNILE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

Des intervalles entre la naissance et la grossesse de moins de 24 mois augmentent les risques

Les travaux de recherche récents démontrent que de courts intervalles entre la naissance d'un enfant et la prochaine grossesse augmentent le risque de mortalité néonatale, infantile et maternelle, la petite taille chez les enfants (forme la plus courante de la malnutrition) et l'incidence de problèmes comme la petite taille pour l'âge gestationnel (PTAG), l'accouchement prématuré et l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN)

- Une étude en Amérique latine a constaté que les enfants conçus moins de six mois après une naissance précédente, comparés à ceux conçus.
- 18 à 23 mois après la naissance, couraient un risque de 50% plus élevé tant de décès fœtal que de décès néonatal précoce et un risque de 80 à 100% supérieur d'IPN et d'accouchement prématuré ainsi qu'un risque de 30% plus élevé de PTAG, après ajustement pour tenir compte de

facteurs interférents.¹ Les enfants conçus six à 11 mois après la naissance d'une autre enfant étaient 15% à 33% plus susceptibles que ceux conçus plus tard de souffrir de tels problèmes. Une méta-analyse de 67 études de recherche a constaté des résultats analogues.²

- Une analyse des données de l'enquête démographique et de santé (EDS), provenant de 52 pays en développement, a montré que les enfants conçus dans un intervalle de moins de 24 mois de la naissance précédente couraient un risque d'un à deux fois plus élevé (1,1 – 2,3) de mourir pendant la première année de la vie que les enfants bénéficiant d'un espacement génésique de 36 à 47 mois.³
- L'analyse de l'EDS a également montré que les risques de malnutrition aiguë ou chronique augmentent très nettement si l'espacement des naissances est court. En effet, les enfants conçus après un intervalle génésique de 12 à 17 mois seulement sont 25% plus susceptibles d'avoir une petite taille et 25% plus susceptibles d'être d'un poids insuffisant que ceux conçus après un intervalle de 36 à 47 mois.



Holly Blanchard/Jhpiego

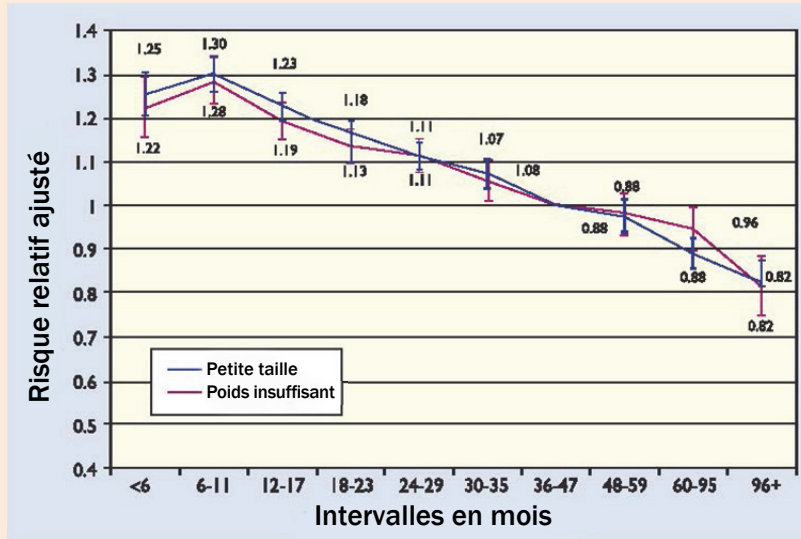
¹ Conde-Agudelo A, Belizan JM, Norton MH, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval on perinatal outcomes in Latin America. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106(2):359–366.

² Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta A. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2006;295(15):1809–1822.

³ Rutstein SO. *Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys DHS Working Papers*. Calverton, MD: Macro International, Demographic and Health Research Division; 2008.



Figure 1. Malnutrition infantile par intervalle naissance-à-grossesse.³



- Une brève durée de l'intervalle entre une naissance précédente et une grossesse suivante est associée à une petite taille pour l'âge (rabougrissement) et à un faible poids pour l'âge (insuffisance pondérale), même si on ajuste pour tenir compte de toute une série de facteurs éventuellement interférents.
- Le risque relatif est le plus élevé quand les intervalles sont de moins de 12 mois, le risque continue même lorsque les intervalles sont de 12 à 24 mois alors qu'il devient nul lorsque l'intervalle est supérieur à 36 mois
- De 52 EDS en Afrique, en Amérique latine et aux Caraïbes et en Asie du Sud-Est.
- N = 454 409 enfants.

Nutrition maternelle, grossesse non souhaitée et effets sur la santé de l'enfant

Les nutriments puisés dans les réserves de la mère pour répondre aux besoins de la grossesse et de l'allaitement doivent être remplacés pendant l'intervalle génésique.⁴ Et, souvent cela n'est pas possible, car un bref intervalle entre les grossesses épuise les réserves de la mère avec toutes les complications que cela suppose sur le bon déroulement de la grossesse.^{5,6} Un faible taux de fer et de folate chez la mère est associé à des naissances prématurées et à un retard de croissance intra-utérine (RCIU), associés à un risque accru de décès néonatal. La planification familiale est une intervention qui sauve la vie de la mère et du bébé car elle peut rallonger la durée entre les grossesses et diminuer ainsi le risque de mortalité néonatale, le RCIU, les naissances prématurées et autres problèmes comme l'anémie et les carences en micronutriments. La planification familiale sert donc à améliorer la santé maternelle.

Une grossesse non souhaitée risque également d'avoir de graves conséquences sur la santé maternelle. Sur les 210 millions de grossesses chaque année, pratiquement 80 millions ne sont pas désirées et environ la moitié de ce chiffre se termine par un avortement.⁷

- Chaque année, 20 millions de femmes, d'après les estimations, ont recours à l'avortement à risque, et 67 000 d'entre elles y trouvent la mort. Cinq millions d'entre elles souffriront de morbidités connexes.

- A l'avis des experts, la promotion de la planification familiale dans des pays avec des taux de natalité élevés détient le potentiel d'éviter 32% des décès maternels. Une étude faite au Bangladesh a constaté qu'un enfant sans mère est dix fois plus susceptible de mourir pendant ses deux premières années.⁹

Nutrition du nourrisson et du jeune enfant et rôle de la planification familiale

La sous-nutrition* reste l'un des principaux facteurs responsables de la mortalité infantile. 10,11 D'après les estimations, le monde compte 178 millions d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition chronique (petite taille) et 18 millions en plus souffrant d'émaciation grave. La sous-nutrition est un facteur sous-jacent dans 35% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (environ 3,2 millions de décès par an).¹²

La période allant de la grossesse à 24 mois d'âge de l'enfant, souvent appelée les 1000 premiers jours, est une époque cruciale pour prévenir la sous-nutrition. Les conséquences néfastes sur la croissance physique et le développement cognitif pendant cette période sont en général prononcées et en grande partie irréversibles. Elles se feront ressentir toute la vie.¹³ Le retard de croissance dans les pays en développement survient essentiellement entre 6 et 24 mois, âge auquel les enfants devraient recevoir des aliments venant compléter les nutriments

⁴ King JC. The risk of maternal nutritional depletion and poor outcomes increases in early or closely spaced pregnancies. *The Journal of Nutrition*. 2003;133 (5 Suppl 2):1732S-1736S.

⁵ Winkvist A, Rasmussen KM, Habicht JP. A new definition of maternal depletion syndrome. *American Journal of Public Health*. 1992;82(5):691-694.

⁶ DaVanzo J, Hale L, Razaque A, Rahman M. The effects of pregnancy spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh: how they vary by the type of pregnancy outcome that began the interval. *Population Studies*. 2008;62(2):131-154.

⁷ World Health Organization (WHO). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, Fifth Edition*. Geneva: WHO; 2007.

⁸ Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006;368(9549):1810-1827.

⁹ Strong MA. The health of adults in the developing world: the view from Bangladesh. *Health Transition Review*. 1992;2(2):215-224.

¹⁰ The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington, DC: The World Bank; 2006.

¹¹ Bryce J, Coitinho D, Darnton-Hill I, Pelletier D, Pinstrip-Andersen P, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *The Lancet*. 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8.

¹² Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8.

¹³ Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*. 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(07)61692-4.

du lait maternel. C'est également à cette période que les mères qui n'utilisent pas de méthodes modernes de planification familiale peuvent à nouveau tomber enceintes, ce qui répercutera sur les pratiques d'allaitement de l'enfant actuel qui est ainsi exposé au risque de malnutrition.¹⁴ Des grossesses trop rapprochées, venant s'ajouter au mauvais état nutritionnel de la mère pendant la grossesse, ont pour conséquence la naissance de bébés de poids insuffisant et de petite taille. Ces bébés débutent leur vie avec un état de malnutrition. S'ils ne reçoivent pas une nutrition adéquate et de bons soins de santé, ils risquent de ne jamais s'en remettre.

Et, pourtant, il existe des interventions, reposant sur de solides preuves, qui préviennent ou traitent la malnutrition maternelle et infantiles et les conséquences nutritionnelles : l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation complémentaire donnée en temps opportuns, les interventions sur le plan des micronutriments comme la fortification et la supplémentation, le traitement de la malnutrition aiguë sévère,¹⁵ et l'espacement et limitations sains des naissances (ELSN) grâce à la planification familiale. Les adolescentes qui remettent à plus tard leur grossesse se donnent l'opportunité de grandir pleinement pour passer à l'âge adulte. Les méthodes permanentes offertes aux couples qui choisissent cette option conviennent particulièrement bien aux femmes à parité élevée ou d'un âge plus avancé qui sont exposées à un plus grand risque de conséquences négatives de santé maternelle et néonatale. Ce sont les deux premières années qui sont vitales pour la nutrition infantile et juvénile, et c'est donc à ce moment là que la prévention d'une autre grossesse peut se révéler salvatrice de la vie.

**La sous-nutrition englobe l'émaciation, le rabougrissement et les carences de vitamines et de minéraux essentiels (appelés collectivement les micronutriments) comme forme de la condition appelée la malnutrition.*

OPPORTUNITÉS POUR L'ALIGNEMENT ET L'INTÉGRATION DES SERVICES DE NUTRITION ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

Avant la naissance et immédiatement après

Il existe de nombreuses possibilités avant et pendant la grossesse et immédiatement après la naissance d'intégrer le counseling et les services de NMIJ et de PF. Les formalités à remplir pour le mariage constituent un point d'entrée stratégique pour la communication sur les questions de santé et de planification familiale. Les consultations prénatales sont une autre occasion de préparer la mère à recevoir du fer/folate pendant la grossesse, de lui donner des conseils sur la nutrition après la naissance et sur la planification familiale immédiatement après l'accouchement.

L'accouchement représente une autre occasion importante pour relier counseling et services. L'allaitement maternel immédiat et exclusif est essentiel pour la survie néonatale et c'est une condition clé de MAMA. Les femmes qui accouchent dans un établissement de santé peuvent commencer à utiliser certaines méthodes de planification familiale qu'elles auront choisies, comme MAMA, l'insertion postpartum du stérilet ou peuvent avoir une ligature des trompes.

De la naissance à l'âge de deux ans

La plupart des pays recommandent une évaluation du nouveau-né à plusieurs reprises pendant le premier mois aux fins d'assurer une santé optimale du nourrisson et du jeune enfant. De plus, l'enfant reviendra à cinq reprises pour ses vaccinations et chaque mois pour le suivi de la croissance. Les mères elles-aussi reçoivent un bilan de santé et sont informées des options qui se présentent à elles sur le



Evelyn Hockstein/PATH

plan de la planification familiale. Chacun de ces contacts est une occasion d'apporter éducation et counseling concernant la NMIJ et la PF.

Les agents de santé communautaires n'ont pas toujours le temps de faire de multiples visites à la mère du post-partum, raison pour laquelle aucune occasion ne devra être ratée pour arriver à répondre aux nombreux besoins de santé tant de la mère que du nourrisson. Les agents de santé communautaire profiteront au maximum de l'occasion qu'offre une visite pour traiter des besoins sur le plan santé, nutrition et planification familiale de la mère et de l'enfant. Il revient souvent cher pour une mère de se rendre au centre de santé et elle ne fera qu'en cas de véritable besoin, d'où tous les avantages de la visite à domicile pour répondre dans la mesure du possible à tous les besoins de santé de la mère et de l'enfant.

Les visites de suivi de la croissance et les consultations en cas de maladie de l'enfant sont d'autres points de contact possibles pour des services/conseils intégrés de NMIJ et de PF. Les soins apportés aux mères séropositives-VIH et aux enfants exposés au VIH pourront également englober des services et conseils liés à la nutrition et à la planification familiale. Si l'allaitement maternel est salubre pour tous les enfants, il l'est pourtant encore plus dans les contextes aux modiques ressources, et l'allaitement maternel exclusif est d'une importance vitale pour les bébés exposés au VIH.

Le tableau 1 à la page suivante présente des exemples de counseling et services intégrés de NMIJ et PF, à divers moments de l'adolescence, avant la grossesse, pendant la grossesse, à la naissance et au fil des 24 premiers mois.

CONCLUSION

On reconnaît de plus en plus que la NMIJ et la PF constituent des besoins de santé étroitement reliés entre eux et que les interventions dans ces domaines peuvent avoir des effets synergétiques positifs sur la santé maternelle et infantile. Des services et counseling harmonisés pour la NMIJ et la PF, tout au long de la continuité de la période avant la grossesse jusqu'à la prime enfance, nous garantissent les meilleures chances de résultats positifs.

La communauté sanitaire mondiale doit saisir cette chance et le climat favorable actuel à l'intégration des services et du counseling dans ces deux domaines. L'enjeu consiste à mieux coordonner la prestation de services pour maximiser l'impact potentiel de ces domaines au profit de la santé de la mère et de l'enfant.

¹⁴Shrimpton R, Victora CG, Onis M, Lima R, Blossner M, Clugston G. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Pediatrics*. 2001;107(5):e75.

¹⁵Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*. 2008;DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8.

Tableau 1. Exemples de counseling et services pour la NMIJ et la PF*

Time	Counseling et messages de planification familiale	Counseling et messages de nutrition
Adolescence	Conseiller aux jeunes filles d'attendre au moins 18 ans avant de tomber enceinte pour une grossesse saine ainsi que pour leur santé et celle de l'enfant. Décourager le mariage précoce et encourager l'utilisation de la planification familiale pour prévenir une grossesse à un âge trop jeune. Conseiller et offrir une gamme de méthodes de PF.	Instruire les jeunes sur l'importance d'une bonne nutrition, surtout pour les filles.
Avant la grossesse	Conseiller sur les avantages d'un espacement sain des naissances. Pour les femmes séropositives souhaitant tomber enceintes, les encourager à consulter les services de santé dans un établissement pour apprendre à maintenir à un faible niveau la charge virale, pour contrôler la fécondité et suivre un traitement pour une grossesse saine. Conseiller et offrir une gamme de méthodes de PF.	Conseiller sur la nécessité de prendre du fer/folate et d'utiliser du sel iodé pour les femmes qui essaient de tomber enceintes ou qui pensent être enceintes. Conseiller sur l'importance de la nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement maternel ainsi que sur la valeur de l'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant les six premiers mois. Pour les femmes séropositives-VIH, renseigner sur des considérations nutritionnelles supplémentaires.
Pendant la grossesse	Donner des conseils sur les méthodes de planification familiale qui peuvent être démarrées immédiatement après la naissance, comme MAMA, le DIU post-partum ou la stérilisation (ligature des trompes du post-partum ou vasectomie) pour les couples qui souhaitent limiter le nombre de naissances. Encourager l'accouchement avec un prestataire qualifié.	Conseiller sur l'importance d'utiliser dès les premiers mois de suppléments de fer/folate et de sel iodé pendant la grossesse. Souligner l'importance de la nutrition maternelle et du gain de poids adéquat pendant la grossesse, de l'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant six mois et du maintien de l'allaitement lors de l'introduction des aliments complémentaires de 6 à 24 mois. Pour les femmes séropositives, leur conseiller de pratiquer l'allaitement maternel exclusif, favorisant la survie exempte de VIH, comparé à l'allaitement maternel non exclusif/alimentation mixte.
Naissance jusqu'aux premiers 7 jours	Conseiller sur MAMA et les avantages d'un espacement sain des grossesses.	Encourager la mère à donner le colostrum au bébé ; la soutenir pour un allaitement maternel immédiat ; lui donner des conseils sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif pour toutes les mères et tous les enfants, y compris celles séropositives. Lui donner des conseils sur la prise en charge des problèmes pouvant se présenter lors de l'allaitement ainsi que la nutrition d'une mère allaitante ; donner des suppléments de fer/folate pour les mères et l'informer sur l'apport en vitamine A pour les mères dans les huit semaines qui suivent la naissance dans les pays où il existe une politique concernant la prise de vitamine A lors du post-partum. Dans tous les pays, on encouragera les mères à consommer tous les jours des aliments riches en vitamine A.
6 à 8 semaines	Encourager les soins postnatals ; rappeler aux femmes les trois conditions pour pouvoir utiliser MAMA ; leur rappeler aussi que le retour de fécondité peut se faire avant que ne revienne la menstruation chez les femmes qui n'allaitent pas exclusivement et leur indiquer les méthodes de planification familiale compatibles avec l'allaitement si elles n'utilisent pas MAMA (contraception hormonale à seuls progestatifs, dispositifs intra-utérins, ligature des trompes, vasectomie, préservatifs).	Continuer à soutenir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois (jusqu'à cet âge, le bébé n'a pas besoin d'autres liquides, pas même de l'eau) ; traiter les problèmes que peut avoir la mère au niveau de l'allaitement et la rassurer sur le fait qu'elle peut produire suffisamment de lait. Vérifier que les mères reçoivent un supplément de vitamine A avant la huitième semaine suivant la naissance (si conforme à la politique nationale) et donner des suppléments de fer/folate aux mères anémiques.
3 à 6 mois	Conseiller sur l'espacement des naissances, le retour de la fécondité et les méthodes de planification familiale, dépendant qu'elle allaite ou non ; déterminer si elle peut utiliser MAMA, fournir des méthodes de planification familiale (voir ci-dessus) ou orienter vers d'autres services les mères qui ne peuvent pas pratiquer MAMA.	Conseiller sur la nutrition maternelle et fournir des suppléments de fer/folate, si nécessaire. Continuer à soutenir l'allaitement maternel exclusif.
6 à 9 mois	Conseiller sur la nécessité de démarrer une autre méthode de planification familiale même si la menstruation n'est pas encore revenue et fournir les méthodes de planification familiale ou orienter vers les services où la mère pourra les obtenir.	Vérifier l'introduction des aliments complémentaires à l'âge de six mois et donner des conseils sur des aliments complémentaires riches en énergie et en nutriments et continuer l'allaitement pendant deux ans ou plus.
9 à 12 mois	Conseiller sur la planification familiale et fournir des méthodes de planification familiale ou orienter vers les services où la mère pourra en obtenir.	Conseiller les mères allaitantes sur leur nutrition et l'alimentation complémentaire optimale pour l'enfant et recommander/soutenir l'allaitement continu pendant deux ans ou plus.
12 à 24 mois	Rappeler aux mères l'importance d'un allaitement sain des naissances et fournir des méthodes de planification familiale ou orienter vers les services où les mères pourront les obtenir.	Soutenir une alimentation complémentaire optimale et continuer l'allaitement pendant deux ans ou plus et conseiller sur les avantages d'un allaitement prolongé pour la santé de la mère (diminution de risque de cancer et de maladies cardiaques).

Note: Ce tableau se concentre sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la nutrition maternelle et la planification familiale au vu de leur grande interdépendance. Ne sont pas comprises dans ce tableau d'autres interventions importantes sur le plan de la nutrition et de la santé, comme le fait de donner de la vitamine A deux fois par an pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.