

κόσμου ΔΟΚΤΕΡΣ VAN DI
界的医療団 ÄRZTE DER WEI
UNDO 世界の医療団 ÄRZTE
S DO MUNDO MÉDICOS D

**RAPPORT
D'ANALYSE**
MARS 2012

JUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के
IS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم
LT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF
ZTÉ DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织



RAPPORT D'ANALYSE

Étude de la situation nutritionnelle des enfants vus par Médecins du Monde à Mayotte

INTRODUCTION

→ **La malnutrition** se définit par des apports inférieurs ou supérieurs aux besoins en protéines et/ou en énergie en quantité et/ou en qualité.

→ **La sous-nutrition** se caractérise par un changement des fonctions et de la composition corporelle, associée à une augmentation de la morbi-mortalité. La malnutrition chronique est caractérisée par un retard de croissance et la malnutrition aiguë par une insuffisance de poids (en kg) par rapports à la taille (en cm). La malnutrition aiguë (MA) est qualifiée de modérée ou sévère en fonction du Z-score, définit comme la distance de la mesure à la moyenne en nombre d'écart-type : $-3 \leq Z\text{-score} < -2$ signe une malnutrition aiguë modérée, < -3 Z-score une malnutrition aiguë sévère. La malnutrition aiguë est également dépistée par la mesure du périmètre brachial et des oedèmes bilatéraux.

La MA est une pathologie complexe et multifactorielle pouvant être causée par une insuffisance des apports nutritionnels, des pratiques de sevrage inadéquates, des maladies tels que la rougeole, les diarrhées, le VIH... L'insuffisance d'apport en quantité et/ou qualité s'explique par divers facteurs au premier rang desquels les conditions de vie et les facteurs socio-économiques tiennent une place prépondérante. Si elle est devenue rare dans les pays industrialisés, elle reste un sujet important pour la santé publique dans les pays en développement où elle frappe en premier lieu les groupes les plus vulnérables de la population. En 2008, une étude mettait en évidence une prévalence de la MA de 10% chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays en développement (Black et al. 2008).

Le problème de la MA sur l'île de Mayotte est ancien et connu même si peu d'études ont été réalisées sur le sujet. La grande enquête NutriMay (Vernay et al., 2007) chez les enfants de 0 à 4 ans en population générale réalisée en 2006 par l'Institut de Veille Sanitaire concluait à une situation nutritionnelle précaire pour cette catégorie d'âge avec une absence d'amélioration quant à la prévalence de la MA alors que la situation s'était améliorée pour la malnutrition chronique et le retard de croissance statural.

À la suite du référendum du 29 mars 2009, Mayotte est devenu un département d'outre-mer de la République Française avec une assemblée délibérante unique le 31 mars 2011. La mise en place de

la sécurité sociale à Mayotte en 2005 a entraîné la fin de la gratuité des soins pour tous les habitants non affiliés, en majorité comoriens, en l'absence d'Aide médicale d'État et de la Couverture Maladie Universelle sur ce territoire. À cela s'ajoute la peur du déplacement pour des personnes souvent en situation irrégulière sur lesquelles la pression s'est accrue (26 405 expulsions en 2010 ; 21 762 en 2011 selon le Ministère de l'Intérieur). Cet accès plus difficile aux soins pour des populations déjà fragilisées augmente le risque de MA.

La mission France et l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde sont présents à Mayotte depuis 2006. MDM a ouvert en 2009 un Centre de soins sur la commune de Koungou et depuis le printemps 2010, une mission mobile sur différents sites de l'île. Leur but est d'améliorer la santé et l'accès aux soins de la frange de la population mineure la plus démunie, vivant dans une situation difficile ou irrégulière.

L'OMS définit un seuil d'alerte lorsque la prévalence de la malnutrition aiguë globale est supérieure à 10% et un seuil d'urgence lorsque cette prévalence dépasse les 15%. Une première étude avait été menée sur l'ensemble des données recueillies durant l'année 2010. Celle-ci avait mis en évidence une prévalence alarmante de la MA à Mayotte : l'émaciation touchait 14,1% [11,2-17,3] des filles versus 13,5% [10,9-16,6] chez les garçons, soit au total 13,8% [11,7% - 15,9%] pour tous les enfants âgés de 0 à 59 mois ayant consulté dans les centres MdM entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010. Parmi ces enfants, on comptait 2,2% de malnutrition aiguë sévère pour les 2 sexes.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, vus en consultation par Médecins du Monde à Mayotte. Les objectifs secondaires sont d'estimer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 59 mois, de décrire leur environnement social, leurs modes alimentaires et les prises en charges antérieures.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

→ **Pour répondre aux objectifs définis pour cette étude, une enquête prospective a été mise en place du 1er Avril au 1er Juillet 2011.**

Ont été inclus dans l'étude l'ensemble des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation au Centre MdM de Koungou ou en clinique mobile. Ces enfants peuvent être soit vus pour la première fois en consultation soit avoir déjà été vus par MdM. Dans ce cas, un dossier médico-social a déjà été créé et pourra être réutilisé pour les suites de l'enquête. L'enfant doit être accompagné par la personne qui s'occupe habituellement et quotidiennement de lui.

Le repérage de la malnutrition se faisait par le recueil de l'âge, du sexe, du poids et de la taille de chaque enfant. Les mesures du poids et de la taille étaient réalisées dans des conditions standards : même matériel et même type de vêtements pour tous les enfants examinés. Pour les enfants de 0 à 23 mois, la mesure de la taille était réalisée couchée, conformément aux recommandations de l'OMS en la matière. La MA était repéré par le calcul du rapport Poids (en kg) pour Taille (en cm) en Z-score (PTZ). Le Z-Score est l'écart à la médiane exprimé en unité d'écart-type. Cet indice anthropométrique permet de comparer le PTZ d'un enfant donné à la médiane des PTZ pour les enfants de même âge et de même sexe. Le diagnostic de MA était posé à partir d'un Z-score strictement inférieur à -2 conformément aux standard internationaux définis par l'OMS. La MA était qualifiée de modérée lorsque le Z-score était strictement inférieur à -2 et supérieur ou égal à -3. Si le Z-score est inférieur à ce seuil, la MA était qualifiée de sévère. Les tables de référence utilisées pour cette enquête étaient celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (normes de croissance 2006). Dans la suite de ce rapport, on qualifiera de pathologique les Z-score strictement inférieurs à -2.

Pour chaque enfant pour lequel était posé le diagnostic de MA, un hétéroquestionnaire était administré à son accompagnant. Il s'agissait d'un hétéroquestionnaire administré par un médecin du centre, assisté d'un interprète si nécessaire. Les questionnaires étaient anonymes et les personnes étaient libres de refuser de répondre à tout ou partie du questionnaire. Un questionnaire était rempli pour chaque enfant inclus, y compris lorsque plusieurs enfants d'une même fratrie étaient vus ensemble en consultation.

Ce questionnaire comprend 5 parties :

- Les données anthropométriques
- Le contexte social (tiré du dossier médico-social de l'enfant pour la plupart des items).
- L'état de santé de l'enfant.
- La diversité alimentaire.
- Les prises en charge antérieures.

En plus de l'âge, du poids, de la taille, du sexe et du PTZ, deux autres indices anthropométriques étaient calculés : le Z-score du rapport Taille pour Âge (TAZ) qui permet de diagnostiquer un retard de croissance statural et le Z-score du rapport Poids pour Age (PAZ) qui évalue le retard de croissance. Le poids à la naissance et le terme de la grossesse étaient également renseignés.

La partie concernant le contexte social visait à étudier la composition de l'entourage familiale de l'enfant, les conditions d'accès à l'eau et à l'électricité et à identifier les sources de revenus de ces familles.

Etaient également notés les problèmes de santé repérés le jour de la consultation à l'aide de la Classification Internationale des Soins de Santé Primaire (CISP).

L'enquête alimentaire portait sur l'allaitement et sa durée, les modalités de sevrage, les rythmes de prise alimentaire, l'introduction d'aliments liquides pour les enfants non sevrés, l'introduction d'aliments semi-solides ou solides en complément de l'allaitement pour les enfants en cours de sevrage et la diversité alimentaire pour les enfants sevrés. La diversité alimentaire était évaluée à l'aide de l'Individual Dietary Diversity Score (IDDS), qui reflète l'adéquation en nutriments du régime alimentaire en regroupant les aliments consommés en quatorze groupes (FAO 2007). Chaque aliment d'un groupe vaut un point s'il est cité et 0 s'il ne l'est pas. Le score est considéré comme faible s'il est compris entre 0 et 3, moyen s'il est compris entre 4 et 5 et élevé s'il est de 6 ou plus.

Les résultats de cette analyse statistique descriptive sont estimés par la moyenne pour les variables quantitatives et en pourcentage pour les variables qualitatives. La saisie des données a été réalisée à l'aide d'un masque créé à l'aide du logiciel Sphynx. La base de données a ensuite été exportée au format.csv pour une analyse avec le logiciel libre R v 2.14.0.

RÉSULTATS

→ REPÉRAGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE – MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

Dans la période de l'étude, 422 enfants âgés de 0 à 59 mois ont été vus en consultation par Médecins du Monde (320 au centre MDM de Koungou et 102 en ambulatoire). L'âge médian était de 20 mois. Les enfants de 0 à 1 an sont les plus nombreux, la répartition des âges étant par ailleurs globalement uniforme. Le sex ratio était de 1,17 avec 228 filles et 195 garçons (NS) (voir tab. 1).

Le poids médian des enfants inclus dans l'étude était de 9,83kg ; leur taille médiane était de 80cm [47-112].

ÉTAT NUTRITIONNEL

	PTZ Normal (N=391)		PTZ Pathologique (N=31)		p-value
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Questionnaire général					
Lieu de consultation					
Centre MDM Koungou	295	75,6%	24	77,4%	NS
Ambulatoire	95	24,4%	7	22,6%	
Données manquantes	1		0		
Sexe					
Féminin	214	54,7%	14	45,2%	NS
Masculin	177	45,3%	17	54,8%	
Âge moyen (en mois)	22,5 mois		26,7 mois		NS
Poids moyen (en kg)	10,1 kg		9,0 kg		NS
Taille moyenne (en cm)	79,4 cm		82,3cm		NS
Questionnaire malnutris					
Prématurité					
Oui			6		
Non			17	26,1%	
Données manquantes			8	73,9%	
Terme moyen des prématurés (en SA) n=6 ?			35 SA		
Poids de naissance Moyen ? (en kg)			2,66 kg		

Tableau 1 - Comparaison des indices anthropométriques en fonction du PTZ

→ Parmi les enfants inclus dans l'étude 31 (7,13 %) avaient un PTZ strictement inférieur à -2, dont 5 avec un Z-score strictement inférieur à -3, ce qui représente une malnutrition jugée sévère. Par ailleurs, le PAZ était <-2 Z-score pour 49 enfants (soit 11,6 %) ; le TAZ était <-2 Z-score pour 52 enfants (12,3 %). 22 enfants en malnutrition aigue avaient un PAZ strictement inférieur à -2 et 4 d'entre eux avaient un rapport TAZ inférieur à -2.

RÉPARTITION DES RAPPORTS POIDS/TAILLE SELON LE Z-SCORE (en nombre de déviations standards)

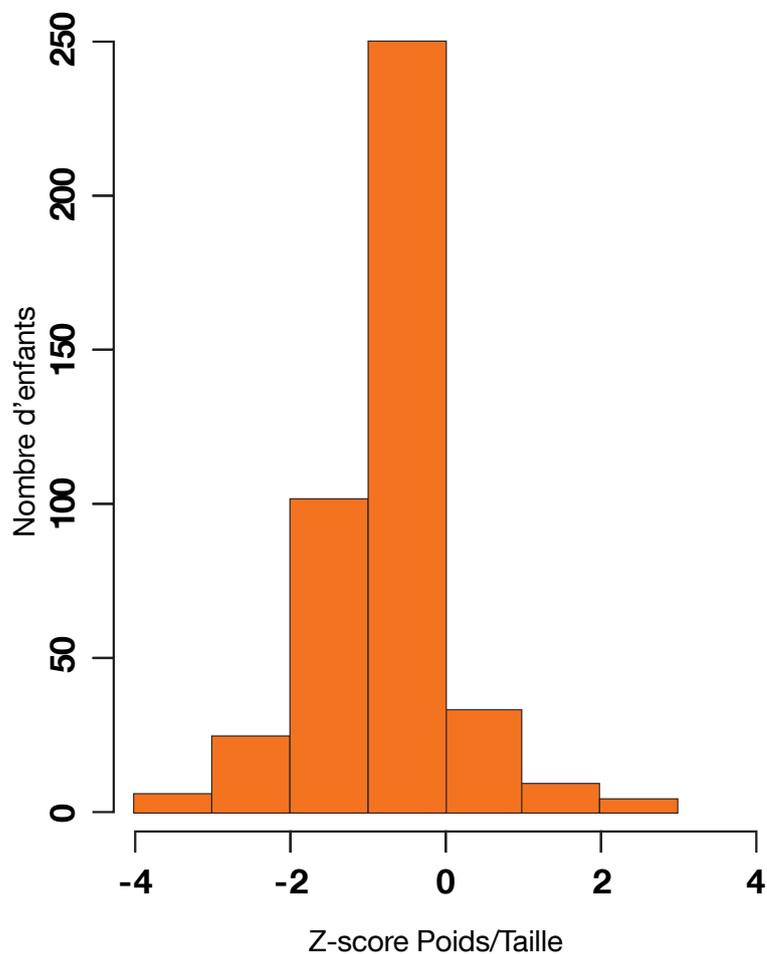


Figure 1 - Répartition des PTZ des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation par MDM à Mayotte

→ L'âge moyen des enfants vus en consultation par Médecins du Monde durant la période de l'étude était de 22,5 mois dans le groupe « normal » et de 26,7 mois dans le groupe « pathologique » (voir tab. 2). La différence n'est pas statistiquement significative.

	PTZ Normal (N=391)	PTZ Pathologique (N=31)	Total (N=422)
< 6 mois	68 (17,4 %)	5 (16,1 %)	73 (17,3 %)
6 à 24 mois	144 (36,8 %)	10 (32,3 %)	154 (36,5 %)
24 à 59 mois	179 (45,8 %)	16 (51,6 %)	195 (46,2 %)

Tableau 2 - Comparaison des âges des enfants vus en consultation par MDM à Mayotte en fonction du PTZ

→ Le poids de naissance moyen des enfants du groupe « pathologique » était faible mais considéré dans les limites de la normale (2,66 kg). 6 de ces enfants sont nés prématurément, en moyenne à 35 SA [26-39]. Aucune donnée n'était disponible pour les enfants du groupe « normal » et la comparaison n'a donc pas pu être faite.

→ RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA MALNUTRITION

Les foyers avec un enfant en malnutrition aiguë comprennent en moyenne 5,6 personnes, dont 3,81 enfants à charge. L'enquête n'a pas mis en évidence de différence de composition du foyer par rapport aux enfants n'ayant pas de problème de malnutrition aiguë.

Les modalités d'accès à l'eau et à l'électricité n'étaient pas différentes entre les groupes. On notera que 16,7 % des foyers où se trouvaient un enfant dénutri n'avaient pas accès à l'électricité et 39,3 % de ces foyers n'avaient pas l'eau courante (voir tab. 3).

	PTZ Normal (N=391)	PTZ Pathologique (N=31)	p-value
Accès à l'eau propre			
Borne	117 (31,5 %)	5 (17,9 %)	NS
Eau courante ou puits	89 (50,8 %)	17 (60,7 %)	
Rivière	66 (17,7 %)	6 (21,4 %)	
Données manquantes	19	3	
Accès à l'électricité			
Oui	302 (79,3 %)	5 (16,7 %)	NS
Non	79 (20,7 %)	25 (83,3 %)	
Données manquantes	10	1	

Tableau 3 - Accès aux services essentiels des familles des enfants vus en consultation par MDM à Mayotte en fonction du PTZ

→ Les sources de revenu des familles des enfants inclus dans l'étude ont également été étudiées (voir tab. 4). 19,4 % des familles d'enfants ayant un PTZ normal et 12,4 % des familles d'enfants en malnutrition aiguë tiraient leurs revenus d'un travail régulier, la différence n'étant pas significative d'un point de vue statistique. L'activité temporaire était également comparable entre les groupes (50,6 % vs 45,2 %). Par ailleurs, 36,8 % des familles où l'enfant n'a pas de problème de malnutrition aiguë et 25,8 % des familles du groupe « pathologique » tirent leurs revenus, au moins en partie, de cultures vivrières. Il n'existe pas non plus de différence statistiquement significative entre les groupes dans le nombre de sources de revenus déclarés par les familles (1,3 vs 1,26).

	PTZ Normal (N=391)		PTZ Pathologique (N=31)		p-value
	Oui	Non	Oui	Non	
Travail régulier	76 (19,4 %)	315 (80,6 %)	4 (12,9 %)	27 (87,1 %)	NS
Activité temporaire	198 (50,6 %)	193 (49,4 %)	14 (45,2 %)	17 (54,8 %)	NS
Aides sociales	14 (3,6 %)	377 (96,4 %)	1 (3,2 %)	30 (96,8 %)	NS
Aides familiales	66 (16,9 %)	325 (83,1 %)	9 (29,0 %)	22 (71,0 %)	NS
Cultures vivrières	144 (36,8 %)	247 (63,2 %)	8 (25,8 %)	23 (74,2 %)	NS
Autre	2 (0,5 %)	389 (99,5 %)	0 (0,0 %)	31 (100 %)	NS
Ne veut pas répondre	6 (1,5 %)	385 (98,5 %)	2 (6,5 %)	29 (93,5 %)	NS
Aucunes	4 (1,0 %)	387 (99,0 %)	1 (3,2 %)	30 (96,8 %)	NS

Tableau 4 - Sources de revenus des familles des enfants vus en consultation par MDM à Mayotte en fonction du PTZ

→ La quasi-totalité des enfants inclus dans l'étude sont nés sur le territoire de Mayotte (375 vs 30) et 96,7 % des enfants repérés comme ayant un problème de malnutrition aiguë n'étaient pas affiliés à la Sécurité Sociale (83,9 % dans le groupe de référence, différence non significative).

	État nutritionnel		
	PTZ Normal (N=391)	PTZ Pathologique (N=31)	Total (N=422)
Nationalité du père	68 (17,4 %)	5 (16,1 %)	73 (17,3 %)
Français	96 (24,9 %)	9 (29,0 %)	NS
Comorais	284 (73,6 %)	22 (71,0 %)	
Malgache	3 (0,8 %)	0 (0,0 %)	
Indien	3 (0,8 %)	0 (0,0 %)	
Données manquantes	4	0	
Situation administrative des pères étrangers			
ESI	220 (76,4 %)	18 (81,8 %)	NS
ESR	54 (18,8 %)	3 (13,6 %)	
Sans objet (ne vit pas à Mayotte)	14 (4,9 %)	1 (4,6 %)	
Données manquantes	153	9	
Nationalité de la mère			
Français	20 (5,2 %)	1 (3,2 %)	NS
Comorais	358 (92,3 %)	30 (96,8 %)	
Malgache	10 (2,6 %)	0 (0,0 %)	
Indien	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Données manquantes	2	0	
Situation administrative des mères étrangères			
ESI	326 (89,1 %)	28 (100 %)	NS
ESR	36 (9,8 %)	0 (0,0 %)	
Sans objet (ne vit pas à Mayotte)	4 (1,1 %)	0 (0,0 %)	
Données manquantes	32	3	

Tableau 5 - Situation administrative des parents d'enfants vus en consultation par MDM à Mayotte en fonction du PTZ

Le statut administratif des parents a également été étudié. Aucun risque supplémentaire n'a pu être associé à la nationalité des parents où à leur statut administratif (voir tab. 5).

→ ENQUÊTE ALIMENTAIRE CHEZ LES ENFANTS EN MALNUTRITION AIGUË

Pour 23 des 31 enfants en malnutrition aiguë, un questionnaire spécifique à l'alimentation et aux habitudes nutritionnelles a pu être passé.

Les enfants en malnutrition aiguë prenaient en moyenne 2,8 repas par jours et 0,7 collations. 7 enfants (22,6%) atteints de MA n'étaient pas sevrés ou en cours de sevrage et 16 (69,5%) étaient totalement sevrés. L'âge moyen des enfants non-sevrés ou en cours de sevrage était de 10,0 mois ; celui des enfants totalement sevrés était de 38,3 mois (voir fig. 2).

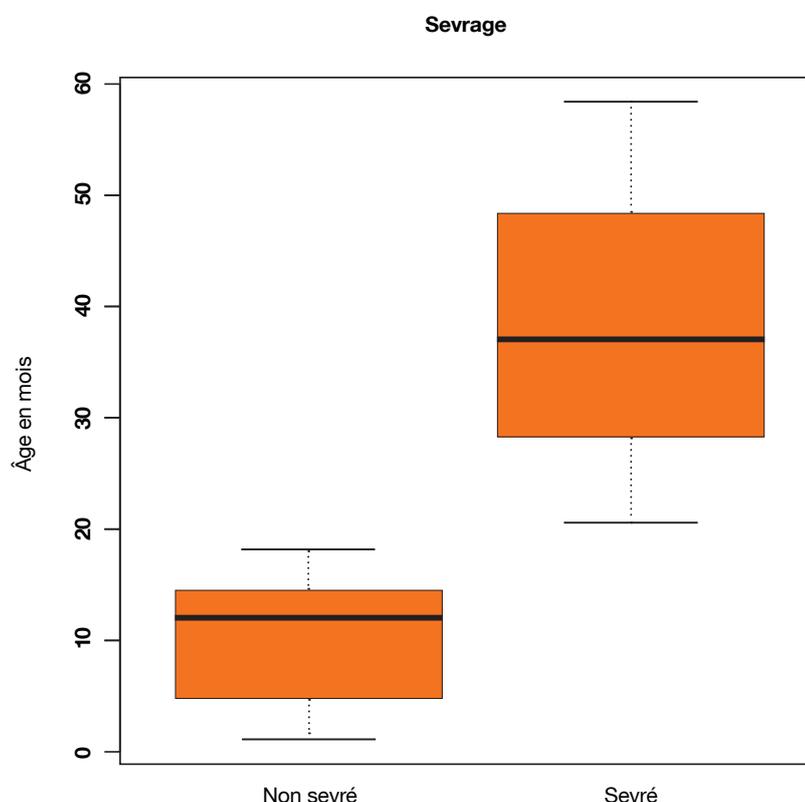


Figure 2
Boxplot comparatif des âges (en mois) des enfants sevrés et non sevrés atteints de MA

→ L'enquête alimentaire chez les 7 enfants non-sevrés ou en cours de sevrage montre que pour 5 d'entre eux (71,4%), l'eau avait été introduite. Parmi ces 7 enfants, 2 avaient 6 mois ou moins au moment de l'étude et la diversification de l'alimentation avait déjà été débutée. Les aliments solides déjà introduits chez ces enfants correspondent le plus souvent à l'alimentation de base mahoraise, riz (57,1%) et le poisson (42,8%) en tête (voir tab. 6). Ces enfants avaient en moyenne 2,8 prises alimentaires par jour ; ils avaient consommé en moyenne 2,7 aliments différents au cours des 24 dernières heures.

Enfants non sevrés ou en état de sevrage (N=7)

	Fréquence	Pourcentage
Bouillies	1	14,2%
Riz	4	57,1%
Pâtes	1	14,2%
Biscuits	0	NA
Pain	2	28,6%
Légumineuses	1	14,2%
Brèdes, Légumes	2	28,6%
Tubercules	0	NA
Viandes	0	NA
Plat familial : mabawas ou autre	1	14,2%
Poissons	3	42,8%
Œufs	0	NA
Fruits	0	NA
Produits laitiers	4	57,1%

Tableau 6 - Enquête alimentaire des dernières 24h chez les enfants non sevrés ou en cours de sevrage atteints de MA

→ Chez les enfants sevrés (16 enfants), dont tous avaient 6 mois ou plus, le nombre moyen d'aliments différents consommés la veille (IDDS) de 3,3. Le nombre moyen de repas pour ces enfants était de 2,8. Ces repas étaient complétés par 0,9 collations au cours de la journée. L'enquête alimentaire chez les enfants sevrés mettait en évidence une alimentation essentiellement à base de viandes et de légumes (voir tab. 7).

Enfants sevrés atteints de MA (N=16)

	Fréquence	Pourcentage
Céréales	0	NA
Légumes et tubercules jaunes ou orange à l'intérieur	3	18,8 %
Tubercules blancs	8	50,0 %
Légumes verts foncés à feuille	6	37,5 %
Autres légumes	11	68,8 %
Fruits jaunes ou orange à l'intérieur	1	6,3 %
Autres fruits	0	NA
Abats (riches en fer)	0	NA
Viandes	9	56,3 %
Œufs	0	NA
Poissons	5	31,3 %
Légumineuses, noix et graines	0	NA
Lait et produits laitiers	6	37,5 %
Huiles et graisses	3	18,8 %

Tableau 7 - Enquête alimentaire des dernières 24h chez les enfants sevrés atteints de MA

Seul 4 des 16 (25,0%) enfants sevrés inclus dans l'étude avaient consommé la veille de la consultation des aliments riches en vitamine A et 3 d'entre eux (18,8%) avaient eu un régime exclusivement végétarien.

→ PRISES EN CHARGE ANTÉRIEURES ET SUIVI PAR LES SERVICES DE PMI

11 des 31 enfants repérés comme ayant un problème de malnutrition aiguë modérée ou sévère ont déjà été hospitalisés. 3 l'ont été pour un motif en relation avec un problème déjà connu de malnutrition aiguë. La durée moyenne de séjour en hospitalisation était de 9,9 jours [1-18].

15 (48,4%) de ces enfants avaient ou avaient eu au moment de l'entretien un suivi nutritionnel par la PMI et 7 d'entre eux ont bénéficié d'un traitement spécifique par la PMI. 6 des enfants qui étaient suivis en PMI ont également eu accès à un suivi par une association. 3 enfants ont bénéficié d'un traitement par compléments alimentaires type Plumpy Nut.

DISCUSSION

La prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants rencontrés par les équipes MdM

au centre de soin de Koungou ou lors des cliniques mobiles est de 7,3% ce qui est relativement élevé mais stable par rapport aux enquêtes déjà existantes (InVS 2006, 7,5% en population générale). Selon les recommandations de l'OMS, on estime généralement qu'au sein d'une population donnée, une prévalence de la malnutrition aiguë comprise entre 5% et 10% indique une situation nutritionnelle précaire. Le chiffre retrouvé par cette étude réalisée au cours de la saison sèche ne tient pas compte des variations saisonnières et pourrait être sous-estimé. Il semble en effet qu'il existe une prévalence plus importante de la malnutrition aiguë sur l'île de Mayotte lors de la saison des pluies (de Décembre à Mars).

La question de la malnutrition sur le territoire mahorais reste donc bien présente et chronique. L'enquête de l'InVS en 2006 retrouvait une prévalence de la malnutrition chronique de 12,3% en population générale.

Un nombre important d'enfants malnutris avaient un petit poids de naissance et/ou étaient prématurés. Ceci semble être ce que l'on retrouve aussi dans les données nationales enquête périnatale 2009 avec des taux de 14,7% d'enfants prématurés et 20,1% avec petit poids de naissance (ArsOI, 2011). Le taux brut de mortalité infantile est de 13,5% (Insee 2010), soit 4 fois plus élevé qu'en métropole. Il est clair que le suivi des femmes enceintes et des nouveaux nés est essentiel pour prévenir la morbi-mortalité, et doit être renforcé.

Notre étude a certainement manqué de puissance pour mettre en évidence des facteurs de risque sociaux ou économiques de malnutrition aiguë. Néanmoins, nous constatons que ces enfants sont issus de familles aux ressources financières faibles et précaires, nombreuses le plus souvent. L'accès aux services essentiels tels que l'eau propre et l'électricité étant également pré-occupant. Plus d'un enfant sur trois (39,3% n'avait ainsi pas l'eau courante). Ces conditions de vies sont susceptibles d'accroître le risque de développer des maladies (diarrhées, infections respiratoires...) et donc

de fragiliser un peu plus des enfants à l'état de santé déjà précaire du fait de la malnutrition aiguë ou d'en être la cause.

Les faibles revenus constatés chez les familles de ces enfants impacte également l'accès à la nourriture, tant en terme de quantité que de diversité. D'autres priorités budgétaires peuvent être faites par les familles. Dans ce cas là, ce sont les enfants les plus jeunes qui souffrent le plus de cette situation, comme en témoigne le faible score de diversité alimentaire retrouvé par notre étude pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans.

Autres facteurs intervenant dans la diversité alimentaire, les pratiques et habitudes culturelles sont un enjeu majeur dans la lutte contre la malnutrition. Elles sont fortes à Mayotte et dans la population concernée par cette étude. La diversification débute tôt (avant l'âge de 6 mois) et les aliments introduits en premiers sont le riz et rapidement le poisson. On retrouve peu de fruits et légumes dans l'alimentation de ces enfants alors qu'ils sont disponibles et essentiels à l'apport en micronutriments. À contrario, on retrouve beaucoup de féculents et de protéines.

La prévention et le suivi nutritionnel de ces groupes à risque est essentiel afin de favoriser une croissance optimale et en bonne santé. Cela pose la question de l'accès aux soins et en particulier aux services de PMI des personnes étrangères. La mise en place de la départementalisation du territoire de Mayotte a contribué à la précarisation de ces populations. La question de l'affiliation à la Sécurité Sociale est particulièrement prégnante. Une étude datant de 2009 évaluait à 18 000 le nombre d'enfants non affiliés à la Sécurité Sociale à Mayotte, ce qui constitue un obstacle important à l'accès aux soins.

Concernant la prise en charge de la malnutrition, seule la moitié des enfants malnutris avaient un suivi en PMI et seul un quart bénéficiaient d'un traitement nutritionnel. Jusque fin décembre 2009, les PMI avaient la possibilité de distribuer du lait enrichi et du plumpy nut. Faute de moyens

financiers, cette distribution au niveau des PMI a stoppé en janvier 2010. La prise en charge de la malnutrition se limite désormais à un suivi poids/taille et à des conseils nutritionnels. Quelques organisations assurent des distributions ponctuelles ou des campagnes d'information pour une alimentation locale équilibrée. Ceci reste limité, n'offrant pas de solution de réelle prise en charge nutritionnelle adaptée pour ces enfants.

Notre étude admet plusieurs limites. La population source de l'étude est l'ensemble des familles ayant recours aux services de Médecins du Monde au centre de Koungou et aux cliniques mobiles. Il s'agit d'une population particulièrement précaire, cœur de cible de l'action de MdM à Mayotte. Pour cette raison, les résultats de notre étude ne sont pas extrapolables à la population générale mahoraise. Par ailleurs, cette enquête a été réalisée en plus des activités de routine des équipes de MdM. Afin de ne pas entraver leur activité de soins auprès de la population, il a été décidé que seuls les enfants atteints de malnutrition aiguë se verraient administrer la suite du questionnaire. Ce faisant, des comparaisons sur les habitudes alimentaires ou sur les modalités de suivi de ces enfants entre ceux atteints de malnutrition aiguë et ceux non malnutris n'ont pu être réalisées.

→ CONCLUSION

Notre étude est l'une des premières à notre connaissance à explorer la situation nutritionnelle des jeunes enfants issus de milieux précaires sur le territoire de Mayotte. Elle met en évidence la grande précarité des familles et notamment de ces enfants atteints de MA. De nombreux facteurs de risque sont présents (pratiques de sevrage, diversité alimentaire, conditions de vie), propices à la survenue ou détérioration du statut nutritionnel et de l'état de santé de ces enfants. Les modifications récentes de statut administratif du territoire ainsi que la fin de la gratuité des soins ont rendu plus difficile l'accès aux soins de santé, tant curatifs que préventifs, pour cette population.

Ceci laisse craindre, sans renforcement des pratiques de prévention, de dépistage, et une prise en charge de la malnutrition par les PMI, une chronicisation voire une détérioration de la situation nutritionnelle d'un nombre important d'enfants sur Mayotte.

