

---

# *La nutrition à l'heure de l'intégration : approche théorique illustrée*

---

Véronique Tellier<sup>1</sup> et Patrick Kolsteren<sup>1</sup>

## *Introduction*

Les “programmes nutritionnels” se sont souvent développés de manière verticale pour des raisons qui sont à la fois historiques et liées à la nature même du problème.

Actuellement, en santé publique, on parle beaucoup d’“intégration”, un peu comme d’un passage obligé. Les propos qui suivent ont pour objet d’illustrer ce concept dans le domaine de la Nutrition en essayant notamment de répondre aux questions suivantes: que signifie l’intégration, qu’est-ce qui doit ou peut être intégré, à quelles conditions et dans quel but, et quelles sont les limites de l’intégration?

La discussion se place d’emblée au niveau de l’intégration d’activités ou de perspectives nutritionnelles au sein des services de santé de base. Elle n’aborde pas les distributions alimentaires ou les structures spécifiques mises en place dans les cas d’urgence.

Les thèmes de la réhabilitation nutritionnelle, du suivi de la croissance ou des carences spécifiques serviront à illustrer la discussion, à travers des exemples en Bolivie, au Zaïre et au Sénégal.

---

<sup>1</sup> Unité de Nutrition, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

## *D'où on vient et où on va: les raisons d'une tradition verticale*

Que ce soit la malnutrition, le retard de croissance, les carences spécifiques, ou le déclin de l'allaitement maternel, les problèmes nutritionnels ont tous en commun d'avoir des facettes et des déterminants multiples. Le secteur santé est généralement amené à rencontrer leurs symptômes (les enfants malnourris, les goitres etc.), mais se trouve souvent démunie face à leurs causes profondes. La Nutrition se trouve ainsi naturellement à la croisée de différents domaines d'activités, et il peut sembler plus facile ou plus efficace de faire un "projet" ou un "programme" plutôt que de stimuler l'interaction des différents grands secteurs d'activités. Les donateurs surtout trouvent les programmes généralement plus acceptables, notamment parce qu'on peut leur fixer des objectifs clairs, définis dans le temps, avec un budget déterminé, ou qu'on peut, selon leurs critères, assez facilement évaluer les progrès réalisés (Grant 1985).

L'histoire des programmes nutritionnels nous montre que la plupart d'entre eux existaient avant les stratégies plus récentes des soins de santé primaires ou d'organisation des services de santé en districts à deux échelons. Le contrôle de la croissance, par exemple, avait été conçu par Morley de manière globale, avec la carte de santé comme outil de synthèse et de communication, bien avant qu'on ne parle de soins globaux, continus et intégrés (Morley 1973).

L'existence autonome de ce genre d'activité s'est parfois doublée d'une évolution autonome, qui ne tenait plus compte des objectifs initiaux. L'erreur a été de les reprendre ou de les promouvoir de manière isolée, sans les replacer dans le contexte ou le système où ils sont censés s'insérer. Au nom d'une "couverture totale" on en est ainsi arrivé à réduire le contenu de ce que proposait Morley à la seule pesée, ou à une "pesée-vaccination", dont la littérature de ces dernières années a prouvé à suffisance le peu d'utilité (Gerein 1988; Briend & Baria 1989; Tonglet 1994).

De par son lien avec la pauvreté, la malnutrition a aussi souvent été prise en charge de manière exclusive par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles, avec un succès proportionnel au génie personnel de ses représentants, à qui il restait généralement peu de temps pour documenter les expériences. Un immense savoir et savoir-faire se sont ainsi perdus.

Ainsi, de son côté, le personnel de santé connaît souvent assez peu les problèmes nutritionnels - la malnutrition par exemple - et ce qu'il peut faire pour prendre les enfants malnourris efficacement en charge. Sa perception d'une responsabilité spécifique est souvent noyée dans le sentiment d'impuissance face aux causes profondes, sentiment renforcé par le manque d'outils appropriés de détection, de prise en charge, de suivi, ou d'évaluation des activités. Le résultat en est, qu'entre les bons conseils plus ou moins standardisés que l'on prodigue à la mère d'un enfant dont "la courbe décroche" et l'hospitalisation des enfants gravement malnourris, il y a souvent un grand fossé de vide et d'inaction.

Cette discussion sur l'intégration d'activités nutritionnelles dans les services de santé de base a pour objectif d'offrir une base de discussion à ce personnel de santé ou à leurs partenaires, pour leur permettre de mieux cerner leurs responsabilités, et les possibilités pratiques d'offrir des activités nutritionnelles, sans oublier qu'il existe aussi une foule d'autres activités de santé, qui n'ont rien de nutritionnel en soi, mais qui contribuent de manière importante au maintien et à la promotion du développement et de la croissance du jeune enfant. Ce sont par exemple, le traitement précoce des infections et l'identification des facteurs de risques auxquels est soumis l'enfant, que ceux-ci soient d'ordre "médical" (p.ex. : petit poids de naissance, multiplication des épisodes infectieux) ou d'ordre social et familial, la surveillance de la grossesse, etc.

## *Caractéristiques des activités à composante nutritionnelle sous la responsabilité du secteur santé*

COMPOSANTES A VISEE NUTRITIONNELLE OU ACTIVITES NUTRITIONNELLES STRICTO SENSU ?

Il n'est pas souhaitable de se limiter à des activités nutritionnelles spécifiques, pour diverses raisons (Beghin *et al.* 1994a): les problèmes nutritionnels, médicaux et même sociaux sont souvent étroitement liés ; les activités nutritionnelles isolées, ou verticalisées, sont souvent moins efficaces et plus coûteuses. Exemples: centres de récupération nutritionnelle, distributions systématiques de micronutriments ou d'aliments, surveillance de la croissance, etc ; elles sont aussi moins bien acceptées par les familles, et favorisent peu leur participation et la gestion de leurs propres responsabilités, notamment pour attaquer les racines du problème. L'approche doit donc être globale.

PERSONNEL SPECIALISE OU NON ?

A condition d'avoir été bien planifiées, les activités nutritionnelles ne nécessitent généralement pas, pour le travail de routine, de personnel supplémentaire ou spécialisé. Les tâches peuvent être déléguées sans problème. Le surcroît de travail que peut représenter l'introduction de certains actes dans des activités de base (p.ex.: mesurer la taille de certains enfants, visite à domicile à une famille en difficulté) sera généralement compensé par une utilisation mieux discernée de certains outils (p.ex.: diminuer la fréquence des visites systématiques pour les enfants qui vont bien). La supervision, et la formation continue du personnel en général, rentrent dans le programme normal de supervision et de formation du district (Tellier 1994; Touré Sene 1994).

#### APPROCHE COORDONNEE AVEC D'AUTRES SECTEURS

Il est souvent nécessaire d'avoir une approche coordonnée avec les autres secteurs (social, agronomie, éducation etc.), dans les activités de surveillance nutritionnelle, de communication sociale, etc. Le secteur santé peut alors avoir un rôle d'initiative, de coordination ou simplement de participant. En aucun cas cela ne voudra dire qu'il doit étendre ses responsabilités à celles qui relèvent d'autres secteurs: l'infirmier ne sera donc normalement pas responsable de la promotion de jardins potagers. Comme le secteur santé voit quotidiennement les conséquences de la malnutrition sans pour autant pouvoir appréhender ses causes profondes, il a le devoir d'interpeller d'autres secteurs. (Beghin *et al.* 1994a).

### *Comment décider de ce qui doit être intégré ?*

#### DES CRITERES D'INTEGRATION IDENTIQUES

Les critères d'intégration ne sont pas fondamentalement différents pour la nutrition que pour les autres domaines. La question fondamentale (Touré Sene 1994) est sans doute de savoir si les changements proposés permettent d'obtenir des bénéfices tels que: l'amélioration de la qualité des soins: détection précoce du problème, réduction de la perte de temps pour les patients ; la rapidité et la pérennité des résultats ; la diminution des coûts directs et indirects ; une charge de travail acceptable à tous les échelons et des économies d'échelle en termes d'organisation.

#### UN CHOIX BASE SUR UNE DISCUSSION ITERATIVE DE TROIS ELEMENTS

##### *L'analyse du problème dans son contexte*

Cette analyse devra inclure la prévalence du problème, sa forme, identifier le groupe à risque ou affecté, la perception du problème par la population et

par le personnel ainsi que les stratégies des familles. Elle doit ainsi permettre de déterminer le degré de priorité du problème et des solutions possibles.

Par exemple, en ce qui concerne la petite enfance qui est généralement reconnue comme une “période à risque”, l’analyse du problème” cherchera à identifier ces risques potentiels, et en fonction de cela, identifiera les activités pertinentes pour leur contrôle ainsi que le meilleur moment pour les réaliser. On déterminera donc des moments clés qui permettent la meilleure prise en charge ou le contrôle d’un nombre optimal de risques vulnérables (inclure par exemple la détection de pieds-bots, du strabisme, etc. à tel ou tel moment de la vie et du suivi de routine). Dans un quartier suburbain bolivien, on a par exemple mis en évidence un nombre relativement élevé de cas d’épilepsie liés aux conditions obstétricales difficiles et à la prévalence de la cysticerose. On pourrait envisager d’inclure ce problème dans les risques à détecter et à prendre en charge systématiquement (Tellier 1996a).

Dans cette optique, il est donc peu utile de proposer une activité standardisée et valable partout pour ce qu’on appelait la “consultation des nourrissons sains”. Il est par contre souhaitable de proposer une stratégie pour mettre au point une approche adaptée à chaque contexte. Ces changements proposés répondent donc à des objectifs de pertinence, d’efficacité, de diminution de la charge de travail et de motivation des parents et du personnel dont la tâche devient plus créative.

#### *L’analyse des ressources et de l’organisation du système.*

Le district est-il opérationnel? La référence est-elle possible? Quelles sont les activités existantes liées au problème? Quelles sont les questions posées auxquelles le système dans son état actuel pourrait apporter une réponse? Quelles sont celles auxquelles il pourrait répondre moyennant des modifications acceptables et réalisables sans handicaper le cours des autres activités? Y a-t-il possibilité de récupérer l’énergie supplémentaire que cela demande en rationalisant d’autres tâches?

Dans notre exemple, la rationalisation la plus évidente serait de réduire le nombre de contacts systématiques avec les enfants qui vont bien, à la fois pour pouvoir leur consacrer plus de temps lors de ces contacts, mais aussi pour avoir le temps de récupérer activement des enfants qui iraient moins bien et qui ne se seraient pas présentés, et passer un temps utile avec eux.

Il va de soi aussi qu'une approche plus globale de ce type nécessite de la part de l'intervenant une capacité de discernement et de synthèse accrue, qu'il ne doit pas gaspiller à innover dans des tâches qui peuvent être standardisées.

*L'analyse de l'intervention elle-même grâce à un document technique de référence.*

De même qu'un modèle de référence est indispensable pour l'analyse du système dans lequel on espère intégrer une activité ou la rendre plus utile, on peut utiliser des fiches modèles d'interventions, qui reprennent moins la théorie du problème auquel l'intervention s'attaque, que les conditions d'opérationnalisation de celle-ci.

Quand une intervention de ce type se justifie-t-elle? Qu'est-ce qu'on peut en attendre, dans l'immédiat ou à long terme? Quelles sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans sa mise en oeuvre, son coût, les conditions d'une participation véritable etc.. C'est en quelque sorte une synthèse des connaissances, des expériences et des débats qui existent à propos d'une intervention<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'Unité de Nutrition de l'Institut de Médecine Tropicale a réalisé quelques fiches de ce type sur des thèmes divers: la réhabilitation nutritionnelle à domicile, l'iodisation du sel, les latrines en milieu rural, la traction animale, la prévention de l'hypovitaminose A et a publié un guide pour la confection de ces fiches techniques (Beghin *et al.* 1994b).

Dans sa forme opérationnelle l'intervention sera adaptée d'une part en fonction des possibilités locales, en fonction du problème, de son expression etc.. D'autre part le système devra sans doute être légèrement modifié pour pouvoir répondre à des objectifs supplémentaires pertinents.

DES PRINCIPES DE BASE QUI RESTENT LES MEMES QUE POUR L'INTEGRATION DE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE

*Chaque échelon fait ce pour quoi il est le plus approprié*

Au Zaïre, par exemple, on a montré que la malnutrition du jeune enfant peut se soigner de manière ambulatoire avec des avantages de coût et de pérennité des résultats, grâce à une action réalisée avec la famille visant à remédier aux causes de la malnutrition ou du moins à les contrôler. Cette prise en charge est placée sous la responsabilité du centre de santé de premier échelon. L'hospitalisation est réservée au traitement des complications, aux éventuelles mises au point diagnostiques, ou encore à tempérer un problème social empêchant une prise en charge ambulatoire de qualité (Tellier *et al.* 1996b).

*Il n'y a pas de superposition des tâches entre les différents échelons du système de soins*

A Thiès, au Sénégal, un centre de récupération nutritionnelle voisinait avec un hôpital général de référence: le premier qui disposait de ressources extérieures, a développé un service d'hospitalisation pédiatrique réservé aux malnourris qui faisait lourdement concurrence au second, créant ainsi frustrations et gaspillage des ressources.

*Il n'y a pas de situation dont la couverture n'est pas prévue*

En général, on sait ce qu'il faut dire aux mères des enfants qui vont bien, et on peut plus ou moins traiter à l'hôpital les complications des enfants gravement malnourris. Malheureusement, pour toutes les situations entre les deux extrêmes, le personnel de santé est assez démuné : il ne sait pas ce qu'il



peut faire pour les enfants qui commencent à ne plus aller très bien et se donne souvent l'illusion de faire quelque chose en prodiguant des vagues conseils standardisés. De même, les critères de référence à l'hôpital sont généralement assez flous, et ceux de sortie de l'hôpital encore plus. Il y a donc toute une série d'enfants en mauvaise santé qui ne sont pas pris en charge et d'autres qui encombrant les hôpitaux sans que leur séjour soit vraiment utile. Une des premières pistes à suivre dans ce domaine est de renforcer la dimension "écoute" des mères et de l'entourage en général pour mieux comprendre ce qui se passe, le comment et le pourquoi, et donc mieux adapter les réponses.

*Les familles sont respectées et appuyées dans les stratégies qu'elles développent pour lutter contre la malnutrition*

Le service de santé ne s'y substitue pas (Tellier *et al.* 1996c).

### *Et en pratique . . .*

Généralement on se trouve face à trois types de situations qui impliquent des stratégies d'intégration et de gestion différentes.

#### IL EXISTE DES ACTIVITES NUTRITIONNELLES NON INTEGREES

Cette situation est liée généralement à la présence d'une ONG, qui réalise éventuellement elle-même les activités. Les questions que l'on doit se poser sont alors :

- Y a-t-il un problème qui justifie cette activité (la question de la pertinence de l'activité) ?
- Y a-t-il des avantages à intégrer cette activité, maintenant, avec les moyens dont on dispose ?

- Comment peut-on le faire ? Le point crucial étant sans doute de vaincre les résistances d'acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble, qu'il s'agisse du personnel de l'ONG, des services de santé ou de la population.

La réponse n'est en général pas de type "tout ou rien" mais, une démarche progressive, dont les éléments seraient par exemple les suivants :

### *Le dialogue*

A Thiès, par exemple (Touré Sene 1993), l'enjeu était d'intégrer des activités nutritionnelles dans le département pédiatrique de l'hôpital. Cela ne voulait pas dire rajouter dix lits de nutrition ou les échanger avec des lits de pneumologie, mais cela signifiait prendre en charge les problèmes nutritionnels des enfants hospitalisés toutes causes confondues. Parmi ceux-ci en effet, un bon tiers était gravement malnourri sans que ce problème ait été reconnu. Les moyens de l'intégration ont été l'identification systématique de l'état nutritionnel des enfants à leur entrée à l'hôpital grâce à l'introduction du paramètre poids/taille, l'introduction de médicaments essentiels pour libérer une partie du budget des parents pour qu'ils puissent acheter des aliments de qualité pour leurs enfants. On a ainsi introduit la notion d'"aliments essentiels disponibles à l'hôpital à un prix abordable" à côté des médicaments. Une cuisine accessible aux familles a été réalisée avec l'aide du Rotary-Club. Une partie du personnel du centre de réhabilitation nutritionnelle (payé par l'ONG) a été affectée au service de pédiatrie, pour renforcer l'équipe soignante. Il s'agissait de deux personnes habituées à traiter les malnourris, et dont le rôle a été de dispenser leur savoir aux infirmiers et infirmières de l'hôpital tout en s'intégrant progressivement aux autres tâches du service (Touré Sene 1994).

*L'introduction d'outils qui facilitent la réalisation du programme.*

A Capinota, un village de la campagne de Cochabamba en Bolivie, l'introduction de la "courbe de poids-cible", un outil de suivi anthropométrique de la récupération nutritionnelle (Beghin & Van Lerberghe 1989), a permis d'établir la crédibilité de l'équipe universitaire de référence et a facilité le dialogue entre l'ONG qui prend en charge les malnourris et le service officiel de santé, dans la perspective de rationaliser progressivement leurs activités respectives.

Avant d'introduire un outil déjà utilisé autre part, dans un autre contexte, il faut bien sûr vérifier sa pertinence par rapport au problème et aux objectifs du service. On a par exemple été surpris de constater dans une zone urbaine de Bolivie, qu'un outil traditionnel de détection de la malnutrition aiguë, basé sur le paramètre poids/taille s'est montré contre-productif dans la mesure où la malnutrition aiguë y était assez rare (Tellier 1995).

*Le rapprochement des lieux, l'introduction d'une supervision et d'une formation continue conjointe, introduction d'outils communs etc.*

Ces activités deviendront possible lorsqu'un dialogue de qualité entre les différents acteurs impliqués (services, ONG, population) est établi et que la confiance est réciproque.

*Le respect de l'emploi*

Un aspect important est bien sûr le respect de l'emploi : une intégration d'activité qui aurait comme objectif ou comme effet premier de diminuer le nombre d'emplois aurait toutes les chances d'être rejetée par les principaux acteurs.

IL N'Y A PAS OU PEU D'ACTIVITES NUTRITIONNELLES MAIS LE BESOIN EN A  
ETE IDENTIFIE ET UNE STRUCTURE EXISTE

L'hôpital régional de référence de Cochabamba, par exemple, possède en son sein un service de réhabilitation nutritionnelle assez performant, mais dont une des grandes limites est l'absence de suivi des enfants après leur retour à la maison. Aucun système de contre-référence n'existe; il y a peu de centres de santé périphériques fonctionnels, avec qui pourrait s'initier un tel système. Un centre de santé urbain sort cependant du lot (Tellier 1995). Ce centre a été choisi, avec l'accord enthousiaste de son personnel, pour mettre au point le système de référence et contre-référence.

Les questions principales qui se posent ici sont les suivantes : la nutrition peut-elle être une porte d'entrée pour améliorer le fonctionnement général des services de base ? Et, corollaire, quel niveau d'or-ganisation de ces services de santé de base faut-il avoir atteint avant d'introduire de nouveaux éléments ou activités ?

LE GOUVERNEMENT A DES PROGRAMMES QU'IL VEUT INTEGRER

Qu'il s'agisse de vaccinations, de lutte contre les maladies diarrhéiques ou respiratoires, de lutte contre les carences spécifiques telles que les carences en iode ou en vitamine A, la situation se présente généralement de la même manière: il s'agit de programmes appuyés par l'extérieur, qui apportent des devises au niveau central, et on veut paradoxalement les intégrer le plus possible, avant tout pour faire des économies, que l'on justifie par l'amélioration de la qualité des soins. Les décisions restent centrales; c'est la charge de travail qu'on décentralise.

D'autre part, certaines parties de ces programmes doivent rester centralisées si on ne veut pas mettre leur efficience en péril. Un des bons exemples à ce propos est sans doute l'iodisation du sel qui requiert une bonne technicité et des contrôles de qualité rigoureux.

L'intégration de certaines activités de ce type n'est possible que si les instructions du niveau central ne sont pas trop rigides et permettent une certaine adaptation en fonction de l'acuité des problèmes et des ressources particulières de la zone.

Par exemple, si on prend le programme de lutte contre l'hypovitaminose A en Bolivie, la distribution de capsules devrait pouvoir être appliquée de manière différente dans les zones où la carence est endémique et grave et là où elle ne l'est pas. Dans ce dernier cas, par exemple, on pourrait les réserver aux enfants qui font des infections répétées, aux cas de rougeole etc.. Tout ceci n'est bien sûr possible que si les indicateurs de succès du programme ne consistent pas uniquement dans le nombre de capsules distribuées.

D'autres aspects importants restent à discuter. Par exemple, le système d'information, souvent compliqué, qui est associé à ces programmes, est rarement utile, et rarement utilisé, pour la prise de décisions. Autre exemple: Comment arriver à décentraliser une partie des ressources de l'aide internationale liée à ces programmes que l'on cherche à intégrer, pour qu'elles puissent contribuer au financement des activités des services de santé de base ?

## *Conclusions*

L'intégration de composantes nutritionnelles se base sur un nouveau type de perspective - celle de l'appui à un système - plutôt que sur le développement de projets autonomes qui essaieraient de prendre tous les aspects d'un problème en charge.

Le secteur santé a un rôle spécifique à jouer dans la prise en charge des symptômes et dans le contrôle des risques rencontrés par les groupes potentiellement affectés. Il a un devoir d'interpellation des autres secteurs qui rencontrent généralement les mêmes problèmes mais n'ont pas encore pu

orienter leurs éventuels partenaires vers une approche d'«appui à un système».

L'intégration d'activités spécifiques peut être considérée comme un point d'entrée pour améliorer le système. C'est particulièrement vrai pour les activités de nutrition qui sont généralement hautement acceptables.

Il restera toujours une frustration du personnel de santé dont le devoir est de soigner les symptômes et les conséquences des problèmes nutritionnels mais à qui échappent une grande partie des causes.

L'intégration des composantes nutritionnelles ne peut se faire sans une approche par problème. Il est nécessaire d'envisager l'ensemble des aspects et cela peut vouloir dire envisager des solutions qui sortent des responsabilités strictes du secteur santé.

L'intégration n'est pas un tout ou rien. Certains aspects d'un programme peuvent être intégrés, d'autres pas. Toute décision d'intégrer l'une ou l'autre activité dans les services de santé se base sur l'analyse cohérente de quatre éléments : le **problème** (type de problème, prévalence, gravité), les **solutions possibles** (requièrent-elles une technologie particulière ou non, le traitement est-il toxique, etc.), le **contexte** (rural, urbain, etc.) et le **système** (type et degré de structuration).

## Références

Beghin I, Kolsteren P & Tellier V (1994a) Prendre en charge la malnutrition dans les pays en développement: Quelles stratégies pour demain ? Dans *Colloque international "Action Sud" de l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'Université de Liège*. Sadzot C & Nguz K, Eds. Huy.

Beghin I, Ramos L, Tellier V & Kolsteren P (1994b) La fiche technique d'une intervention nutritionnelle, outil destiné au planificateur et à l'évaluateur. Communication aux Vèmes journées du GERM. Balaruc (France).

Beghin I & Van Lerberghe W (1989) Communication sur le poids cible. IVèmes journées du GERM. Spa (Belgique).

Briend A & Baria (1989) Critical assessment of the use of growth monitoring for identifying high risk children in primary health care programmes. *British Medical Journal* **298**, 1607-1611.

Gerein N (1988) Is growth monitoring worthwhile ? *Health Policy & Planning* **3**, 181-194.

Grant JP (1985) The state of the world's children, UNICEF, New York.

Morley DC (1973) Paediatric priorities in the developing world. Butterworths, London.

Tellier V (1994) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, mars 94. Document interne, mimeo 36pp, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Tellier V (1995) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, novembre 95. Document interne, mimeo 30 pp. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Tellier V (1996a) Projet "Médecine Tropicale et Santé Publique". Rapport de Mission, Cochabamba, juillet 96. Document interne, mimeo 36pp, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.