



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Stratégie de promotion nutritionnelle dans le cadre de la prévention de l'obésité en Haïti, à partir de l'expérience du Canada : Etude pilote dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince

Présentée par

Recameline DORVAL

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département de Santé

Spécialité Politiques nutritionnelles

Le 29 janvier 2015

Devant le jury composé de :

Docteur François-Marie LAHAYE **Président**

Directeur du Département Santé

Professeur Etienne DAKO **Examineur**

Professeur à l'Université de Moncton (Canada)

Professeur Slimane BELBRAOUE **Examineur**

Professeur à l'Université de Moncton (Canada)

Remerciements

Je tiens à remercier de manière spéciale et particulière toutes les personnes qui m'ont entourée et apportée leur soutien durant ces deux années d'étude.

Mes premiers remerciements vont à l'Organisation Internationale de la Francophonie via l'Université Senghor de m'avoir accordée une bourse grâce à laquelle j'ai pu mener à bien ces années de Master.

Je veux remercier spécialement :

Mr les professeurs Etienne DAKO et Slimane BELBRAOUE, mes encadreurs de stage de mise en situation professionnelle au sein de l'université Moncton au Canada, pour leurs conseils, leurs recommandations, et leur disponibilité pour juger mon travail.

Mr le Directeur du département Santé-Nutrition de l'Université Senghor François Marie LAHAYE et son assistante Mme Alice MOUNIR.

Les responsables de l'Université Senghor d'Alexandrie.

Mme La Directrice Nationale de Nutrition en Haïti Dr Joseline MARHONNE.

Dr Philippe LARCO le vice-président de la Fondation Haïtienne de Diabète et des Maladies Cardio-vasculaires(FHADIMAC).

Mme Nancy LARCO : Administratrice de la FHADIMAC

À toute la communauté Senghorienne qui m'a offert un environnement idéal de travail.

À Dr Boukary SORGHO pour son support

Mes plus vifs remerciements vont :

Au Ministère de la Santé Publique et de la Population et le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle en Haïti. A la Fondation Haïtienne de Diabète et des Maladies Cardio-vasculaires pour avoir rendu disponibles les données des études.

Aux cadres haïtiens y compris les responsables des différentes écoles, professeurs et élèves qui ont accepté de participer à notre étude de terrain, spécialement :

Madame Nathalie LEMAINÉ : Directrice adjointe de Sainte Rose de Lima

Mr Frantzy CLERMONT : Directeur du collège Adventiste de Pétion-Ville

Dr Eroid JOSEPH : Responsable de santé scolaire MENFP

Dr Anne Marie DESORMEAUX : Directrice de santé scolaire du MSPP

Dédicaces

J'aimerais dédier ce travail aux personnes qui n'ont pas ménagé leurs peines pour m'encourager à aller de l'avant durant toutes les années d'étude. « Vous avez beaucoup compté pour moi et je vous remercie du fond du cœur »

Aux membres de la famille DORVAL et ESPERANT, des remerciements chaleureux et spéciaux pour avoir gommé la distance qui nous sépare et dilué mes chagrins par un contact permanent, en particulier :

- Ma mère, Rénette Espérant DORVAL : « Pour ton amour, ton soutien, ta patience, tes conseils, et surtout tes prières, je te remercie maman » Je tacherai de marcher sur les voies que tu m'as indiquées.
 - Mon père, Calixte DORVAL, un homme, un modèle pour moi, une source d'inspiration.
 - À mon frère, ING AGR Stephenson DORVAL et Mon beau-frère ING AGR Pierre Obed JEAN-PIERRE
 - À mes sœurs Anne Netty Dorval JEAN-PIERRE et Sandia DORVAL
 - À mes oncles et mes tantes, spécialement Gracieuse ESPERANT
 - À Madame Roseline Irace LAROSILIERE et son Mari Oriol LAROSILIERE
 - À la famille François
 - À mes amis d'Alexandrie, de Canada, des Etats-Unis et d'Haïti qui m'ont aidé à supporter la solitude, et en particulier
 - o Mme Eveline D CHERY
 - o Mme Emmanuela Elisca Nistant et son Mari Jean-Marie Junior NESTANT
 - o Ing Karl-Eddy THELUSMA
 - o Soffia Lundy
 - o Dr Samuel RAYMOND
 - o Dr Samuel RAPHAEL
 - o Toute la communauté haïtienne de Senghor
 - o Tous les étudiants de l'Université Senghor d'Alexandrie
 - o Et enfin à une personne vraiment spéciale : Jean Junior François « Merci pour tout ce que tu apportes dans ma vie »
 - Les remerciements les plus spéciaux et je devrais commencer par-là, vont à DIEU qui a concrétisé mes rêves. Sans vous, rien est possible et avec vous tout est possible, même les rêves les plus fous. « Merci de me renouveler vos bontés chaque matin »
- A vous tous que DIEU vous bénisse !

Résumé

Introduction : En Haïti, les enquêtes morbidité mortalité et utilisation des services (EMMUS V) et SMART 2012 ont mis en évidence l'ampleur du surpoids-obésité. Il en est ressorti une prévalence de surpoids de 20.1% et de l'obésité de 9.1% chez les femmes de 15 à 49 ans. Chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence était estimée à 4%. Selon la distribution géographique, l'aire métropolitaine de Port-au-Prince est la plus concernée avec 24.4% de surpoids et 12.3% d'obésité. La présente étude a été menée pour proposer une stratégie de promotion nutritionnelle en vue de lutter contre ce fléau dans un but préventif.

Méthode : Pour y arriver, la première étape a consisté en une approche par revue documentaire. Quant à la seconde étape, il s'est agi de l'apprentissage de la stratégie du Canada en matière promotion nutritionnelle à partir d'un stage d'une durée de dix (10) semaines. La troisième étape a consisté en un sondage des personnes ressources en Haïti sur l'opportunité de la mise en œuvre de stratégies de promotion nutritionnelle.

Résultats : Quatre (4) axes stratégiques sont proposés. **(i)** L'éducation nutritionnelle et la formation afin de promouvoir des comportements nutritionnels favorables à la santé. Elle cible les décideurs politiques, les directeurs d'écoles, les vendeurs et les écoliers. **(ii)** La surveillance sanitaire et nutritionnelle des écoliers pour pouvoir prévenir et détecter à temps l'obésité. **(iii)** L'approche communautaire participative dans la lutte contre l'obésité. Elle cible les leaders d'opinions et hommes publics, les parents des enfants, les professionnels de la santé et la nutrition. **(iv)** Le partenariat et la collaboration entre les différents secteurs qui peuvent avoir une influence sur la nutrition.

Conclusion : Afin de garantir le succès de la mise en œuvre de cette stratégie de promotion nutritionnelle, il importe qu'elle soit implantée dans le cadre d'une politique globale de nutrition en Haïti.

Mots-clés

Obésité, surpoids, Haïti, stratégie promotion nutritionnelle, Adolescents

Abstract

Introduction: Surveys conducted in Haiti by Mortality, Morbidity and Utilization of Services (EMMUS V) and Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART 2012) have highlighted the extent of overweight-obesity. It emerged a prevalence of 20.1 % overweight and 9.1% obesity among women 15 to 49 years. Among children under 5, the prevalence was estimated at 4%. According to the geographical distribution, the metropolitan area of Port-au-Prince is the most concerned, with 24.4 % overweight and 12.3 % of obesity. The present study was conducted to provide a nutrition promotion strategy in the fight against this scourge as a preventive measure.

Method: To achieve this, the first step was an approach by documentary revue. As for the second step, it was a matter of learning the strategy of Canada's nutrition promotion from a training period of ten weeks. The third step was an investigation of resource persons in Haiti on the advisability of implementing a nutrition promotion strategy.

Results: Four strategic areas are proposed. (i) Nutrition education and training to promote nutritional behavior conducive to health. It targets policy makers, school directors, sellers, and schoolchildren. (ii) The health and nutrition monitoring of pupils to be able to prevent and detect early obesity. (iii) The community participatory approach in the fight against obesity. It targets opinion leaders and public figures, children's parents, health and nutrition professionals. (iv) The partnership and collaboration between the different sectors that can have an influence on nutrition.

Conclusion: In order to ensure successful implementation of this nutritional promotion strategy, it is important that it be implemented as part of a comprehensive nutrition policy in Haiti.

Key-words

Obesity, overweight, Haiti, nutrition promotion strategy, Adolescents/Teenagers

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AMP	: Aire Métropolitaine de Port-au-Prince
AS	: Apprenant en santé
CERN	: Centre de récupération nutritionnelle
CIA	: Central intelligence agency
CNSA	: Coordination nationale de sécurité alimentaire
DNID	: Diabète non insulino dépendant
DPCE	: Direction planification coopération externe
DSNE	: Direction santé, nutrition et éducation
EMMUS	: Enquête Morbidité Mortalité Utilisation des Services
FAO	: Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDN	: Foyers de demonstration nutritionnelle
FHADIMAC	: Fondation haïtienne de diabète et de maladies cardio-vasculaires
FOSREF	: Fondation pour la santé reproductrice et l'éducation familiale
FPT	: Fédéral provincial et territorial
HTA	: Hypertension artérielle
IDH	: Indice développement humain
IEFN	: Initiative des écoles favorables à la nutrition
IHSI	: Institut haïtien de statistiques et information
IMC	: Indice de masse corporelle
LANPE	: Lait artificiel prêt à l'emploi
MAG	: Malnutrition aigue globale
MCI	: Ministère du commerce et de l'industrie
MEF	: Ministère économie et finances
MENFP	: Ministère de l'éducation nationale et de la formation professionnelle
MNT	: Maladies non transmissibles
MNTN	: Maladies Non transmissible liées à la nutrition
MPCE	: Ministère planification et coopération externe
MSPP	: Ministère de la santé publique et de la population
MTPTC	: Ministère travaux public transport et communication
N-B	: Nouveau-Brunswick
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale

ONU	: Organisation Nations Unies
PAM	: Programme alimentaire mondial
PCMA	: Prise en charge malnutrition aigue
PCNB	: Points de conseils en nutrition pour bébé
PED	: Pays en développement
PIB	: Produit intérieur brut
PNCS	: Programme national de cantine scolaire
PNN	: Politique nationale de nutrition
PNS	: Politique nationale de santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PTA	: Programme thérapeutique ambulatoire
SMART	: Standardized monitoring and assessment of relief and transitions
UNESCO	: Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UCPNANu	: Unité de coordination programme d'alimentation et nutrition
USD	: Dollars des Etats-Unis
USN	: Unité de stabilisation nutritionnelle

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicaces	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	viii
Introduction	1
I Problématique	3
I.1 Présentation d'Haïti	4
I.2 Transition nutritionnelle en Haïti	8
I.3 Présentation de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.....	10
II Cadre Théorique	12
II.2 Promotion en nutrition	12
II.3 Obésité	12
II.5 Facteurs favorisant l'obésité en Haïti et dans l'AMP.....	13
III Hypothèse de recherche – objectif - méthode.....	19
III.1 Hypothèse de recherche	19
III.2 Objectif général	19
III.3 Objectifs spécifiques.....	19
III.4 Méthode de travail	19
IV Résultats	22
IV.1 Stratégie de promotion nutritionnelle selon les recherches documentaires.....	22
IV.1.1 Exemple de réussite dans la lutte contre l'obésité dans les PED.....	22
IV.2 Apport du stage de mise en situation professionnelle au Canada.....	23
IV.2.1 Situation nutritionnelle au Canada et au N-B	23
IV.2.2 Stratégie pancanadienne et prévention de l'obésité au Canada	23
IV.2.3 Nouveau-Brunswick et promotion de la nutrition	24
IV.5 Perceptions des haïtiens par rapport à la nutrition et l'obésité dans l'AMP	26
V Discussion.....	28
V.1 Discussion des axes stratégiques retenus	28
V.2 Facteurs clés de réussite la stratégie	32
V.3 Eléments pouvant constituer des obstacles à la réussite de la stratégie en Haïti....	33
V.4 Conditions nécessaires à la réussite de la stratégie.....	34

V.5 Limites de l'étude.....	35
Conclusion	36
Références bibliographiques	37
Annexes.....	I

Liste des tableaux

Tableau 1 Quelques indicateurs socio-économiques en Haïti	5
Tableau 2 : Etat nutritionnel des femmes 15 à 49 ans en fonction de l'IMC (poids en kg/m ²) exprimée en %	11
Tableau 3 : Résumé des données nutritionnelles au Canada et au N-B	23
Tableau 4: Récapitulatif des actions proposées par les personnes consultées (cadres haïtiens et élèves) pour prévenir l'obésité en Haïti.	27

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence du surpoids et l'obésité suivant le milieu de résidence. Source : EMMUS V (2012)	9
Figure 2 Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le niveau d'instruction. Source : EMMUS V (2012)	9
Figure 3 : Prévalence de l'obésité selon le niveau socio-économique. Source : EMMUS V (2012)	10
Figure 4 : Evolution de l'importation des produits alimentaires en Haïti de 1990-2006	16
Figure 5 : Cadre conceptuel des facteurs favorisant l'obésité en Haïti et dans l'AMP	18

Introduction

Jadis, considérée comme un signe de réussite sociale et de bonne santé, aujourd'hui, la surcharge pondérale est l'un des plus grands défis de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En pratique, la surcharge pondérale d'un individu est évaluée grâce à l'indice de masse corporelle (IMC). Selon l'OMS, elle se définit à partir d'un IMC supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30kg/m² chez l'adulte(1). Chez les enfants, les valeurs des seuils de référence ont été proposées par international obesity task force (IOTF)(2). La surcharge pondérale se définit par un IMC supérieur au 85^{ème} percentile et l'obésité par un IMC supérieur au 95^{ème} percentile. L'obésité est étroitement liée à la surcharge pondérale.

L'obésité constitue un problème de santé publique de par sa prévalence élevée, ses complications, ses répercussions économiques et sa distribution. A l'échelle mondiale en 2013, la surcharge pondérale concernait 1,4 milliards de personnes âgées de 20 ans et plus. Parmi celles-ci, 500 millions étaient obèses. Si aucune mesure n'est prise, ce nombre devrait atteindre 2,3 milliards d'ici 2015 et 3,3 milliards en 2030 (3).

Si la prévalence de l'obésité est élevée, il en demeure pas moins pour les complications auxquelles elle expose l'individu. En effet, l'obésité est associée à un risque élevé de mortalité et de maladies chroniques telles que le diabète sucré, les maladies respiratoires, l'hyperlipidémie, les maladies cardiovasculaires et certains cancers (4). A titre d'exemple l'obésité était la deuxième cause de décès aux Etats Unis (5), avec une prévalence de 31,8% en 2010.

En termes de répercussion économique, l'obésité a un impact non seulement sur la consommation des soins de santé mais aussi sur le capital humain. Les données dans les pays en développement font défaut. Aux Etats Unis, ses coûts économiques en 2008 ont été estimés à 147 milliards de dollars (6) et 4,6 milliards de dollars Canada (7).

Parlant de sa distribution, l'obésité concerne aussi bien les pays développés que ceux en développement (PED). La région européenne enregistre le plus fort pourcentage d'enfants obèses (12,5%) (8). Les milieux urbains et ruraux sont également concernés par ce fléau avec une prédominance en zone urbaine(9). Elle affecte toutes les classes économiques (10), ainsi que toutes les classes d'âges. Dans les PED, l'obésité coexiste avec la malnutrition par carence. L'Amérique Latine, a enregistré en 2011, 4 millions d'enfants en surpoids(11). Le continent africain, a connu dans le même temps, un accroissement du taux du surpoids chez les enfants passant de 4 à 10 millions soit (6,4%) entre 1990 à 2012 (12).

En ce qui est du cas spécifique d'Haïti, depuis quelques années l'obésité et la surcharge pondérale sont en nette augmentation. Une forte prévalence est observée en milieu urbain. Selon les données de l'EMMUS V et de l'enquête SMART 2012, il est ressorti une prévalence de surpoids de 20.1% et de l'obésité de 9.1% chez les femmes de 15 à 49 ans. Chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence était estimée à 4%. L'aire métropolitaine de Port-au-Prince est la plus concernée avec 24.4% de surpoids et 12.3% d'obésité. Par ailleurs, les maladies non transmissibles (MNT) sont à l'origine de 48% de tous les décès du pays (13).

Le pays doit continuer à lutter contre les maladies de carence mais, il ne devrait pas laisser s'accroître la pandémie de l'obésité connaissant les conséquences qu'elle peut avoir sur son économie. Ainsi, prendre des mesures qui éviteront à l'ensemble d'une population de grossir au-delà de la croissance optimale est moins coûteux et plus efficace que d'avoir à contrôler une maladie dont on ne guérit presque jamais (10). Pour cette raison, on ne devrait pas attendre que la moitié de la population soit obèse pour poser une action. Face à cette nécessité d'agir ensemble, quelle stratégie faut-il mettre en place pour lutter contre l'obésité en Haïti dans un but préventif?

Consciente que la prise en compte de la nutrition dans les écoles constitue un élément important pour améliorer l'éducation et lutter contre la malnutrition y compris les problèmes de surcharge. La communauté internationale a procédé par une mobilisation. Elle s'est manifestée par des engagements pris lors des nombreux sommets qui se sont traduits par des actions. Ainsi, la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS en 2004 et la déclaration des politiques de l'ONU sur les MNT(14) ont prouvé une reconnaissance l'une et l'autre de la prévention de l'obésité dans les populations pour combattre la progression des MNT, en portant l'accent spécialement sur les adolescents. Car, un adolescent en bonne santé représente la meilleure base pour une vie adulte en bonne santé(15).

Selon la littérature, le problème de l'obésité commence le plus souvent avant l'âge adulte (16). D'ailleurs, selon Gortmaker (17), 30 à 40 % des adultes obèses l'étaient déjà à l'adolescence. De ce fait la prévention de l'obésité devrait donc se faire le plus tôt possible, puisque les comportements acquis au cours de l'enfance ou de l'adolescence sont susceptibles d'être maintenus durant toute la vie (18).

Tenant compte de la forte proportion de jeunes dans la population haïtienne (les moins de 25 ans représentent 61% de la population)(19), améliorer leur comportement nutritionnel est un investissement efficace pour la génération future ainsi que la nation. Si non, les conséquences seront lourdes pour le pays. Tels sont les principaux motifs de travailler sur ce sujet. Dans le plan stratégique de nutrition 2013-2018, une stratégie précise n'a pas été identifiée pour la lutte contre les MNT. Ce travail a pour but d'apporter une contribution qui servira comme une porte d'entrée pour lutter contre ce fléau en Haïti.

L'étude sera menée dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince où est enregistrée la plus forte prévalence de surpoids et d'obésité (24% surpoids et 12,3% obésités). Pour appréhender le problème, cette introduction, sera suivie d'une description de la problématique, de même que le cadre théorique et les méthodes de travail. Ensuite, les résultats de l'étude seront discutés y compris les propositions stratégiques devant contribuer à la lutte préventive contre l'obésité en Haïti.

Les objectifs seront atteints par la mise en application d'un certain nombre de propositions qui vont être formulées à la lumière de notre expérience personnelle et de celle obtenue lors du stage professionnel, de la consultation des personnes ressources et la recherche documentaire.

I Problématique

Avec l'insécurité alimentaire qui sévit dans les PED, les habitudes alimentaires des populations ont changé. L'alimentation traditionnelle à base de fruits, des racines et tubercules, de légumes et céréales est délaissée en faveur d'une alimentation ultra-transformée, riche en énergie, graisse, et sucre libre. À cela s'ajoutent l'influence du niveau socioéconomique, du contexte culturel et des facteurs génétiques individuels. Cette situation connue sous le nom de transition nutritionnelle est à l'origine de l'épidémie de l'obésité qui augmente le risque de maladies cardio-métaboliques.

A l'instar des autres PED, Haïti est en train de vivre l'évolution de ces maladies. A titre d'exemple, les maladies cardiovasculaires notamment l'hypertension artérielle, le diabète sont placées parmi les dix premières causes de morbidité dans le pays. Par ailleurs, dans une enquête réalisée par la FHADIMAC en 2003, sur les facteurs de risques de ces maladies dans l'AMP, l'hypertension a été retrouvée chez 48,7% des hommes et 46,5 % des femmes. En effet, l'obésité abdominale s'est révélé comme un facteur de risque important(20). Aussi, la FHADIMAC a attiré l'attention sur des jeunes atteints de diabète type 2 ou d'obésité en Haïti. En effet, au cours des années 2007 et 2008, 19 cas de décès ont été enregistrés dans l'AMP, à l'Hôpital universitaire de Port-au-Prince chez des enfants en coma diabétique (21).

Dans leur rapport de participation à l'assemblée générale de l'ONU, les autorités haïtiennes sont conscientes de la progression de l'obésité et des MNTA dans le pays. De ce fait, elles ont promis de faire d'elles une priorité du gouvernement qu'elles peuvent combattre par l'éducation et un bon système de santé (22). Mais jusqu'à présent aucune action concrète n'est encore posée. Les programmes de nutrition tentent toujours de lutter seulement contre la malnutrition par carence. Ils ne mesurent ni le surpoids ni l'obésité.

Comment allier cette volonté théorique à des actions concrètes en Haïti pour sauver des vies ?

Avec la transition nutritionnelle, les stratégies de promotion nutritionnelle doivent accorder une attention spéciale à l'obésité qui augmente lentement mais sûrement. Celle-ci devrait commencer par la mobilisation de tous les décideurs en un mot de la société en générale en vue de permettre un changement dans les modes de production et de consommation.

I.1 Présentation d'Haïti

La République d'Haïti partage l'île d'Hispaniola avec la République Dominicaine. Elle est limitée au nord par l'Océan Atlantique, à l'est par la République Dominicaine, au sud par la mer des Caraïbes et à l'ouest par le canal vent qui la sépare de l'île de Cuba. Elle a une superficie de 27,750 km². Elle est divisée en 10 départements, 42 arrondissements, 141 communes et 571 sections communales(23). Sa capitale Port-au- Prince concentre près d'un tiers de sa population soit plus de 3 millions d'habitants. Il y a une forte transition démographique de la population urbaine qui devient majoritaire dans l'occupation du territoire depuis 2011.

I.1.1 Situation démographique

La population haïtienne est évaluée à 10,3 millions d'habitants. Elle affiche un taux de croissance d'environ 2.5% /an. Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire dans la mesure où ils représentent 61% de la population. La population augmentera considérablement alors que les structures actuelles en matière de services de santé ne suivent pas le rythme et n'anticipent pas l'accroissement de la demande. Cela constituera à coup sûr un risque non négligeable pour l'état de santé des populations, compte tenu des limites de la capacité de l'offre des services de santé, de l'espace territorial disponible et des capacités actuelles de production du pays.

I.1.2 Situation socio-économique

Dans le contexte de l'étude, les principaux agrégats socio-économiques sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 1 **Quelques indicateurs socio-économiques en Haïti**

Indicateurs	Valeur	Année	Sources
Indicateurs économiques			
PIB par habitant en USD	\$840	2013	FMI
Taux de production nationale pour l'offre alimentaire	42%	2012	MSPP
Taux d'importation pour l'offre alimentaire	53,4%	2012	MSPP
Taux d'aide alimentaire	8%	2012	CNSA
Taux d'insécurité alimentaire	38%	2012	CNSA
Indicateurs sociaux			
Esperance de vie	62,7	2012	UNICEF
Taux de mortalité infantile	50 /1000	2013	Statistiques mondiales
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	350 /100 000	2012	UNICEF
Taux de malnutrition aigüe globale moins de 5 ans	4,1%	2012	MSPP/UNICEF
Taux brut de scolarisation primaire/secondaire	70% / 21,6%	2012	EMMUS 5/UNICEF
Taux pauvreté (1,25 dollar E.U/ jour)	61,7%	2011	UNICEF
Taux utilisations eau potable	64%	2011	UNICEF
IDH	0,454 ¹	2014	PNUD

1.1.3 Situation alimentaire

En Haïti, l'offre alimentaire est assurée par trois sources : la production nationale, les importations et l'aide alimentaire. Les principaux produits vivriers sont : les céréales (riz, maïs, haricots), la banane et les tubercules (igname, manioc, patate). Entre 2010, la production nationale était de 48%, les importations de 53,4 %, dont 34, 5% proviennent de la République Dominicaine, 26% des USA, 9,49% des Antilles et 7% de la Chine(24). Alors que l'aide alimentaire est de 8 %. Il faut noter qu'en 1981, la part des importations dans la disponibilité alimentaire du pays n'atteignait pas 19 %. S'agissant des produits alimentaires locaux, seulement quelques villes dans les périphéries fournissent une quantité de fruits et de légumes à l'ensemble de la population. Donc, selon la coordination nationale de la sécurité alimentaire (CNSA) (25), depuis les dix dernières années, les prix des produits alimentaires de base affichent une tendance à la hausse. Entre 2007 et 2010, la population en insécurité alimentaire est passée de 25% à 38%. En sommes, les ménages haïtiens ont consacré 64% des dépenses totales à la consommation alimentaire. Parmi les postes de dépenses, les postes de riz représentent (21%). Il faut noter qu'il s'agit surtout de riz décortiqué importé qui est riche en sucre.

¹Indice composite développé par A. Sen et adopté par le PNUD en 1990 évaluant le niveau de développement humain des pays. Il est basé sur l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, et le niveau de vie capté par le PIB.

1.1.4 Politiques et programmes de nutrition en Haïti

Haïti a connu divers programmes qui montrent un engagement politique pour les problèmes de nutrition. A cet effet, plusieurs stratégies ont été expérimentées. Il s'est agi notamment de la création des centres de récupérations nutritionnelles (CERN 1975-1982), puis les foyers de démonstration nutritionnelle. Ces derniers assuraient la prise en charge des enfants souffrant de kwashiorkor et du marasme et aussi la formation des mères sur l'alimentation et l'hygiène dans leurs localités.

D'autres stratégies dont les cliniques mobiles et les postes de rassemblement effectués par des agents de santé ont été mises en œuvre. Les activités réalisées ont été : la vaccination, la pesée des enfants, la supplémentation en vitamine A, la promotion des activités génératrices de revenu. Toutefois ces différentes stratégies ont surtout intéressé un nombre restreint de famille et les résultats de ont été temporaires.

La prise en charge de la malnutrition aigüe (PCMA) depuis 2009 a été le plus important programme de lutte contre la malnutrition au niveau du pays. Elle s'adresse aux groupes suivants : les enfants de 0 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes vivant avec le VIH, les tuberculeux, les personnes âgées. Les enfants malnutris sont prises en charge par les unités de stabilisation nutritionnelle (USN), les programmes thérapeutiques ambulatoires (PTA) et de Supplémentation Nutritionnelle (PNS) offerts dans les structures sanitaires. La stratégie inclue aussi les programmes de promotion et protection de l'allaitement maternel, les points de conseil en nutrition pour bébés (PCNB) et celui du lait artificiel prêt à l'emploi (LANPE).

En ce qui a trait aux politiques, suite à la Conférence Internationale de Nutrition tenue en Haïti en mai 1977, les premières ébauches d'une politique de nutrition ont été élaborées entre 1998 et 1999. Cette politique fut axée sur la surveillance nutritionnelle. De 2001-2012 le MSPP a adopté une orientation en nutrition qui a porté beaucoup plus l'accent sur la prévention. En 2012, une nouvelle politique a été élaborée(26). Celle-ci a poursuivi de nouveaux buts

Ainsi, à partir de 2013, le plan stratégique de nutrition du MSPP (2013-2018) émané de cette dernière a intégré la lutte contre les MNT par la promotion de l'éducation nutritionnelle et d'hygiène de l'adolescent en milieu scolaire. Le gouvernement n'a pas réussi à mettre en œuvre des actions concrètes.

Les ressources financières : le gouvernement haïtien s'est engagé dans un investissement national faible (5,73 milliards de gourdes soit 4,67% du PIB alloué à la santé) accompagné de dons et emprunts extérieurs(27).

1.1.5 Programme de santé nutrition au niveau des écoles

Suite aux engagements pris dans la conférence mondiale sur l'éducation pour tous, tenue à Jomtien en 1990, suivie de celle de Dakar en 2000. En 2004, l'Unité Santé, Nutrition et Education, a vu le jour au sein du ministère de l'Education Nationale grâce au support de l'UNESCO. Dès lors on a visé, l'intégration de la santé globale, dans le milieu scolaire, selon une approche dite de « promotion de la santé ». A ce sujet, le « Cadre de référence de la Santé Scolaire » fut élaboré et validé en 2005.

En termes de nutrition, la Direction de la santé scolaire a réalisé des activités qui ont un impact indirect sur la nutrition. Elles ont consisté à la distribution des micronutriments, l'éducation sur l'hygiène et l'assainissement. Même si l'éducation nutritionnelle se trouve dans les programmes, on doit signaler sa négligence. Les différentes actions qui lui sont relatives sont incluses à l'enseignement d'autres matières. Cette organisation peut être expliquée par un manque de formation de base des responsables des écoles sur la nutrition et un manque de connaissance de sa pertinence par rapport aux autres matières.

1.1.6 Cantine scolaire

En Haïti, la cantine scolaire est assurée par le Programme Nationale de Cantine Scolaire (PNCS), créée depuis 1997 par le MSPP et le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP). Par sa mission, le PNCS assure la distribution des vivres dans les écoles de concert avec d'autres bailleurs. Les principaux produits distribués sont les céréales (riz, maïs, blé, haricots) et l'huile végétale. Cette distribution serait d'encourager l'accès des enfants à une éducation de base et d'améliorer leur capacité d'apprentissage. Par contre, les repas qui y sont servis sont souvent mal équilibrés voire diversifiés. Toutefois, les écoliers sont soumis à une cotisation mensuelle ou annuelle permettant d'assurer la logistique de la cuisson et l'ajout de certains condiments. Mais, le pourcentage d'élèves qui ont régulièrement cotisé est jugé très faible.

1.1.7 Enquête morbidité mortalité et utilisation service en Haïti (EMMUS)

L'enquête morbidité mortalité et l'utilisation des services en Haïti (EMMUS), est une enquête démographique et de santé qui fournit des données sur les indicateurs de santé du pays. Elle est commanditée par le MSPP et réalisée par le l'institut haïtien de l'enfance (IHE) avec l'appui financier des partenaires du MSPP. Depuis 1994, elle est réalisée tous les cinq ans, mettant en exergue plusieurs thèmes, dont l'état nutritionnel des femmes de 15 à 49 ans et des enfants de 0 à 5 ans. Le but est de permettre aux autorités sanitaires de prendre des décisions en matière de santé. Les champs couverts par l'EMMUS sont représentatifs au niveau des dix départements du pays et l'aire métropolitaine de Port-au-Prince (AMP)(28).

L'étude étant intéressée à l'évolution de l'obésité en Haïti, à cet effet trois enquêtes effectuées entre 2006 et 2012 sont utilisées (EMMUS IV, EMMUSV et SMART). Leur utilisation est justifiée par le fait que les trois ont été faites sous l'égide du MSPP et ses partenaires. Une autre raison est qu'elles ont été faites toutes les trois au niveau national et dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.

Deux de ces enquêtes (EMMUS V et SMART 2012) ont mis en évidence des progrès qui ont été réalisés dans la lutte contre les maladies nutritionnelles par carence, mais avec la transition nutritionnelle, quel est le visage de la malnutrition en Haïti ?

I.2 Transition nutritionnelle en Haïti

I.2.1 Malnutrition en Haïti

En Haïti, la malnutrition se résume, à la fois par la dénutrition et les troubles de surcharge. La dénutrition, résulte des déficits cumulés en énergie, en protéines et en micronutriments susceptibles d'affecter la croissance et le développement de l'enfant (OMS 2014). Cette dernière constitue un défi en Haïti malgré certaines améliorations. L'enquête EMMUS IV (2006) avait mis en évidence le fardeau de la dénutrition.

- 29 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique.
- La sous nutrition a causé 35% des décès chez les moins de 5 ans.
- 75% des enfants de 6-23 mois et ≥ 50% des femmes enceintes étaient anémiques.

Pour y remédier, plusieurs institutions gouvernementales et non gouvernementales, locales ou internationales se sont mobilisées. De 2006 à 2012, la malnutrition aigüe globale est passée de 10% à 5%, la malnutrition chronique de 29% à 22% et la malnutrition aigüe sévère de 2,2% à 1% chez les enfants de moins de 5 ans. En revanche, la prévalence de surcharge pondérale y compris l'obésité a connu une évolution inverse (EMMUS V).

I.2.2 Evolution de l'obésité en Haïti

Les données de différentes enquêtes nationales (SMART 2012, EMMUS V) ont été portés sur les enfants de 0-5 ans et les femmes en âge de procréer. Cependant, cela nous permettrait de faire une approximation sur la situation de l'obésité chez les jeunes, étant donné que les études spécifiques sur cette tranche d'âge sont rares. Environ 30% des femmes de 15 à 49 ans en 2012 étaient en surcharge pondérale y compris l'obésité (9%) (SMART 2012). Cependant l'EMMUS IV (2006) a montré que la surcharge pondérale y compris l'obésité concernait que 21% de ces femmes, avec 6% obésité. C'est alarmant car dans un intervalle de 7 ans il y a eu une augmentation de la surcharge pondérale de 9%. Ce qui pourrait justifier en quelque sorte l'importance de considérer de plus en plus la promotion nutritionnelle pour la prévention de l'obésité parmi les listes de priorités gouvernementales en Haïti.

Il faut signaler quant à cette problématique d'obésité, des disparités ont été constatées en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

1.2.3 Variations de la prévalence du surpoids et de l'obésité présentées en fonction du milieu de résidence chez les femmes haïtiennes de 15 à 49 ans

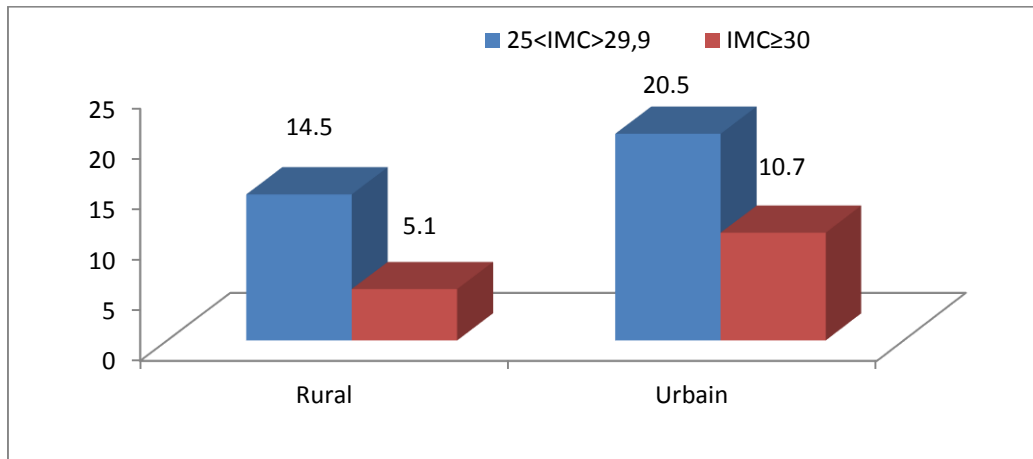


Figure 1 : Prévalence du surpoids et l'obésité suivant le milieu de résidence. Source : EMMUS V (2012)

La prévalence de l'obésité observée chez les femmes vivant en milieu urbain est plus que le double de celles vivant en milieu rural (10,7 contre 5,1). Cela pourrait être expliquée par le fait qu'en milieu urbain, la population est plus exposés à la consommation des produits importés et de l'alimentation rapide (à forte valeur énergétique), et sont moins actifs physiquement par rapport à leurs différentes activités (travail, transport, loisirs). Tandis que l'alimentation en milieu rural est encore plus ou moins de type traditionnel (le mil, maïs, vivres alimentaires, tubercules), où la femme est encore plus active avec ses activités de ménagères et de jardinage.

1.2.4 variation de la prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction niveau d'instruction des femmes de 15 à 49 ans en Haïti

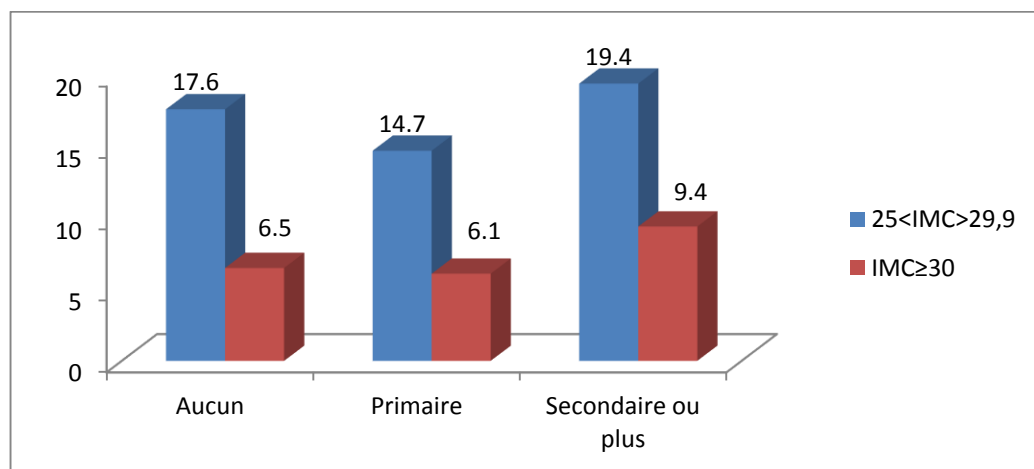


Figure 2 Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le niveau d'instruction. Source : EMMUS V (2012)

Une variation de la surcharge pondérale est observée avec le niveau d'instruction. La prévalence est plus élevée chez les femmes du niveau secondaire ou plus (29%) que celles du niveau primaire (21%) ou celles n'ayant aucun niveau d'instruction. On peut remarquer qu'il y a une tendance à la diminution de l'obésité chez celles qui n'ont aucun niveau et celles ayant un niveau primaire.

I.2.5 Variation de la prévalence du surpoids et de l'obésité selon le niveau socio-économique des femmes haïtiennes de 15 à 49 ans.

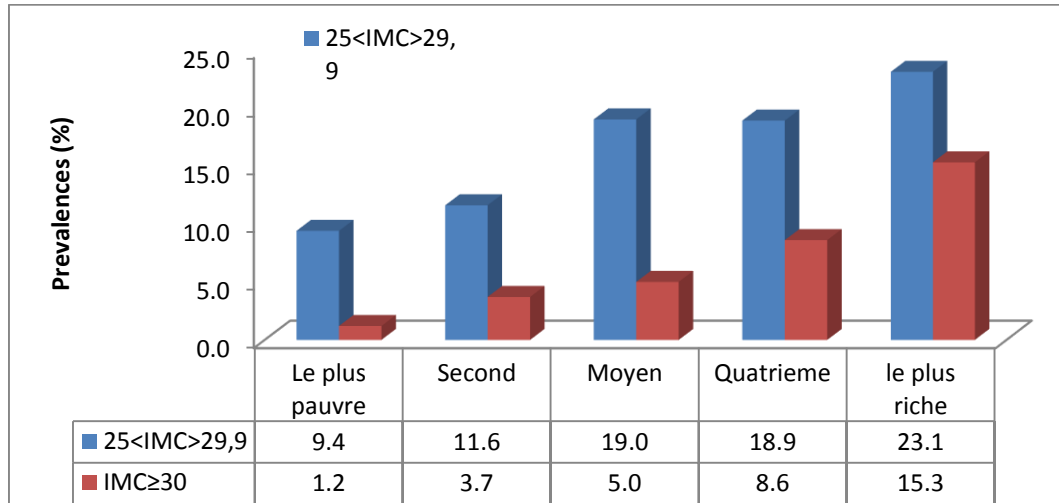


Figure 3 : Prévalence de l'obésité selon le niveau socio-économique. Source : EMMUS V (2012)

L'indice de bien-être économique selon l'EMMUS V, est construit à partir de données sur les biens des ménages. Ces données proviennent des réponses aux questions relatives à la possession de certains biens durables. Pour classer le niveau économique, un score a été attribué à chaque caractéristique de bien à partir d'une analyse selon des normes standardisées. Ainsi, au niveau du quintile de bien-être économique le plus pauvre, les prévalences du surpoids et d'obésité sont relativement faibles (9,4 % et 1,2%). Par contre, dans le quintile le plus riche les prévalences sont élevées (23,1% et 15,3%). Le plus souvent les femmes avec un bas niveau d'instruction ou non instruites, sont celles qui vivent dans des conditions socio-économiques précaires. Cette précarité les expose à l'inaccessibilité aux aliments. De ce fait, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont plus faibles chez cette catégorie (9,4% et 1,2%). En revanche, comme est montré sur la figure ci-dessus, il y a une meilleure accessibilité à la nourriture pour les femmes qui font partie du quintile de bien-être économique le plus élevé (23,1% de surpoids et 15,3%).

I.3 Présentation de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince

L'aire métropolitaine de Port-au-Prince est le centre de la capitale. Elle regroupe les communes Port-au-Prince, Delmas, Pétiion-Ville, carrefour, cite soleil et Tabarre. Selon les estimations de l'institut haïtien de statistiques et d'informatique (IHSI), elle absorbait au recensement de 2003, 23%

de la population totale du pays, 55% de la population urbaine. Le niveau d'alphabétisme est de 87,9%. Selon sa structure démographique les jeunes de moins de 21 ans représentent 50% et les moins de 15 ans 35,3%(29). Le transport est essentiellement assuré par des taxis collectifs qu'on appelle Tap-Tap et des motocyclettes. Par rapport au reste du pays, elle est très urbanisée. Les migrants représentent 52% de la population. Les gens ont migrés le plus souvent pour des raisons d'éducation ou la recherche d'emploi. Ce phénomène exerce une forte pression sur la circulation routière et l'aménagement de l'espace. Ce phénomène qui existait depuis longtemps, s'est aggravé par le passage du séisme en janvier 2010.

1.3.1 Faits saillants des écoles dans l'aire Métropolitaine de Port-au-Prince

Le département de l'ouest compte 15 districts scolaires à travers lesquels on a recensé au niveau du 3ème cycle fondamental et du secondaire 1758 écoles et 284779 élèves dont 2869 du niveau secondaire. Soixante-trois pour cent (63%) de ces écoles sont du secteur public soient 36032 élèves. L'AMP compte 1120 écoles du nombre total du département. Selon le milieu et le lieu d'accueil dont elles disposent, 387 de ces écoles (soient 28,50%) sont réalisés dans des bâtiments qui sont pas construit pour l'école. 71,5% se déroulent soit dans des maisons d'habitats, église, tonnelles et autres lieux. Seulement 15,8% de ces écoles ont un terrain de sport, 41,3% ont une cours de récréation, 35,5% ont une infirmerie et trousse d'urgence.

1.3.2 Aire Métropolitaine de Port-au-Prince et obésité

L'AMP présente la plus forte prévalence de l'obésité sur tout le territoire national.

Tableau 2 : Etat nutritionnel des femmes 15 à 49 ans en fonction de l'IMC (poids en kg/m2) exprimée en %

	Maigreur (IMC<18,5)	Normal (18, 5<IMC<24, 9) (%)	Surpoids (25<IMC<29, 9) (%)	Obésité (IMC>30) (%)
AMP	8,4	57,7	24,4	12,3
Haiti	12,5	62,2	20,1	9,1

Source : Enquête Smart 2012/Emmus V

Ces données montrent que l'AMP est clairement concernée par la surcharge pondérale y compris l'obésité, avec une faible proportion de femme en dénutrition. Cela confirme le double fardeau de la malnutrition qui met en évidence la transition nutritionnelle dans l'AMP.

II Cadre théorique

Pour faciliter la compréhension de tous, il nous semble très important dans ce travail de définir certains termes.

II.2 Promotion en nutrition

La promotion en nutrition s'est résumée en une éducation nutritionnelle. Elle découle de la déclaration d'Alma Ata de 1978, puis à la charte de Bangkok en 2005. Son but est d'amener les gens à faire des choix nutritionnels éclairés en leur fournissant des informations. Cependant, il existe d'autres interventions en matière de promotion qui consistent à limiter les risques. Ainsi, un mauvais environnement des écoles est connu comme un facteur indiscutable dans la progression de l'obésité(30). Un point important dans la promotion de saines habitudes de vie consiste à améliorer ce dernier (31).

II.3 Obésité

C'est une maladie qui est associée à plusieurs facteurs (32). On doit noter que dans ce travail, l'obésité est abordée en tant que maladie de la nutrition. Elle est causée par un déséquilibre entre les apports et dépenses énergétiques. Lorsque les apports sont supérieurs aux dépenses, il en résulte un stockage des calories sous forme de triglycérides dans les tissus adipeux. L'augmentation de la masse grasse est faite d'une augmentation de la taille et du nombre des cellules adipeuses. Cette quantité de masse grasse peut être appréciée par l'anthropométrie. Il existe plusieurs moyens de le faire. Les principaux sont : L'IMC, la mesure du périmètre abdominal ou tour de taille, le rapport du tour de taille sur tour de hanche.

L'IMC demeure le moyen le plus utile et le plus utilisé pour apprécier l'obésité dans une population adulte. Il est calculé par le rapport du poids en kg sur la taille en m² ($IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille en m}^2$)(voir annexe 1 pour classification). Chez l'enfant l'IMC se modifie avec l'âge, il augmente rapidement durant la petite enfance, puis chute au cours de la période préscolaire (à 6 ans), pour augmenter à nouveau pendant l'adolescence (à 12 ans) et au début de l'âge adulte (à 18 ans) avec un rebond adipocitaire à chaque 6 ans (33). C'est pour cela depuis 2006, les courbes de références internationale d'IMC de l'OMS chez l'enfant de 0 à 59 mois ont été ajustées jusqu'à 19 ans (2). Le poids et la taille sont portés sur ses courbes pour classer l'état nutritionnel de l'enfant.

L'IMC a des limites, l'une d'entre elles est qu'il ne mesure pas directement la masse adipeuse et ne tient pas compte de la grande variation observée dans la répartition des graisses dans l'organisme. Cependant, il y a des études qui tendent à montrer que sur le plan cardio-métabolique la répartition des graisses au niveau de l'abdomen ou obésité androïde seraient plus grave que la répartition fémorale ou obésité gynoïde. De ce fait, l'utilisation des indices tour de taille (TT) et tour de hanche (TH) aide à

distinguer ces deux formes d'obésité. Un tour de taille \geq à 94 cm chez l'homme ou \geq à 80 cm chez la femme, témoigne une obésité abdominale(34).

II.5 Facteurs favorisant l'obésité en Haïti et dans l'AMP

Il existe certains gènes qui prédisposent à l'obésité, mais pour que l'obésité apparaisse, il faut que l'environnement favorise l'expression de ces gènes(35). Beaucoup données ont démontré que l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité est une conséquence des modifications majeures de l'environnement et des comportements au cours de ces dernières décennies(10).

II.5.1 Facteurs socio-culturels

Les représentations relatives à la corpulence sont différentes d'une culture à une autre. Ainsi, la surcharge pondérale est mal vue et vécue dans certaines sociétés, pourtant dans d'autres particulièrement les pays du sud, selon les études de (Cohen et al), elle est valorisée et recherchée (36). Cette valorisation traditionnelle est considérée par ces auteurs comme un facteur facilitant l'apparition de l'obésité et les maladies liées à la nutrition(MNTN).

Les facteurs socioculturels déterminent l'obésité en Haïti, et constituent l'un des principaux obstacles à sa lutte. Pendant que dans les pays développés, la minceur est signe de la mode, en Haïti, Les gens pensent être beaux qu'en étant plantureux. Cela se comprend par le fait que dans le pays, la nourriture n'est pas accessible à tout le monde, la meilleure façon de montrer aux autres qu'on n'est pas pauvre est de grossir. C'est ainsi un moyen de se protéger des ironies de la communauté « zopope, Marengwen kap mete kolan ²». Ainsi, la « minceur » est vue comme la pauvreté au sein d'une famille, la maltraitance, des soucis. Quelque temps après un mariage, les conjoints sont bien vus par la société, surtout les belles familles que si une prise de poids est évidente. Ce n'est pas différent du côté des jeunes qui sont également jugés socio économiquement en fonction de leurs formes.

De ce fait en Haïti, la surcharge pondérale est recherchée par tous les moyens, allant de la modification du régime alimentaire à la prise de médicaments. Donc, la fille mince et jolie peut s'offrir des injections de médicaments. Le BPAN qui est un anti anémique, est le plus connu, quoique inefficace pour grossir les gens, il faut croire que son effet placebo est non négligeable. Le ciproheptadine (anti-allergique) est aussi utilisé. C'est pour cette raison qu'à un certain moment le MSPP l'avait interdit en vente comme stimulant de l'appétit (37). Rien n'a changé depuis, puisque les décisions du Ministère n'ont pas toujours bénéficié des moyens coercitifs pour être appliquées. Les anabolisants sont également utilisés par les hommes pour augmenter leurs masses musculaires. Ils agissent en favorisant l'entrée

² zopope, Marengwen kap mete kolan : Appellation ironisant dans la langue nationale en Haïti pour dire que les gens minces sont comme des poupées et ils ont des cuisses de moustiques qui portent des pantalons moulants.

d'eau dans les tissus qui va disparaître dès l'arrêt de la prise. Une nouvelle méthode, appelée « Bokit la » a été produite par des gens qui exploitent la naïveté des jeunes filles qui désirent en fait avoir les culottes de cheval³ qui leur donnent la « forme de coca » tant désirée. La technique est de s'asseoir sur une marmite en plastique qui étale le postérieur et limite la forme recherchée et désirée. Quelqu'un d'autre va fixer cette forme en donnant une injection à chaque fesse. Quoique stupide, les jeunes y croient et peuvent même payer une fortune pour cela (38).

II.5.2 Urbanisation/transition nutritionnelle

L'urbanisation est un phénomène de transformation de la société se manifestant par une concentration croissante de la population dans les villes. Elle concerne près de 75 % de la population en Amérique latine et dans les Caraïbes (39). En dépit des opportunités que présentent les villes, elles favorisent l'accélération de la transition nutritionnelle (40). Dans les PED en transition nutritionnelle est notée une diminution des maladies nutritionnelles par carence et en revanche, une augmentation de l'obésité et des MNTA(41). En Haïti Le taux d'urbanisation est de 53,4%⁴. Par ailleurs, les données de l'EMMUS V ont montré que les milieux urbains sont plus concernés par l'obésité. L'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince par rapport au reste du pays fait face à une migration croissante, c'est l'une des raisons qui expliquent la plus forte prévalence de l'obésité qui coexiste avec la malnutrition par carence.

II.5.3 Facteurs alimentaires

L'alimentation a un rôle primordial dans l'apparition de l'obésité (42). Plusieurs études sur les adolescents ont démontré des associations positives entre la consommation d'aliments hautement énergétiques avec l'obésité et les maladies métaboliques à l'âge adulte (43–45). En revanche, ceux qui consomment cinq portions de légumes et de fruit par jour sont moins susceptibles à avoir une surcharge pondérale(46). Aussi, la théorie de David Barker (47–49), a démontré le rôle d'une malnutrition foetale dans l'apparition de l'obésité et certaines MNT à l'adolescence et l'âge adulte.

Parlant de leur habitude alimentaire, les haïtiens existent de moins en moins sous la forme traditionnelle. Il est constatée, une sous consommation des produits alimentaires traditionnels, en faveur des aliments à forte teneur énergétique et pauvres en micronutriments (50). En milieu urbain, cette alimentation, répond le plus souvent au temps passé hors de la maison soit à l'école ou aux activités. Dans une étude réalisée par le centre collaborateur de l'OMS pour la transition nutritionnelle et le développement (transnut), en collaboration avec la FHADIMAC ; Près de 56,6% des personnes de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince, ont avoué manger des aliments hautement énergétique (bombons, hamburgers, hot-dog, pâtisseries, chocolats, chips, glace) entre les repas. Par ailleurs, cette même étude

³ La « culotte ce cheval » correspond à une graisse profonde chez la femme appelée stéthomètre. Elle apparait dès la puberté et ne disparaît pas facilement. Cette graisse de réserve se retrouve augmenter à la suite de grossesses, de variations de poids ou après ménopause

⁴ OMS 2014

a montré que le syndrome métabolique est présent chez près de 30% des femmes et de moins de 10% des hommes. L'obésité abdominale a touché près de 67% des femmes, 9,6% des hommes et l'obésité générale 20,5% des femmes, 5,2% des hommes(51). Il a été aussi montré que la consommation d'aliments traditionnels était un facteur protecteur contre les maladies cardiovasculaires.

La migration des haïtiens vers les pays occidentaux ne fait qu'accélérer le processus de changement des habitudes alimentaires. La preuve en est bien grande que la semaine de burger lancée au Canada était en été 2014 à sa troisième édition à Port-au-Prince. Le modèle encourage les épicuriens à essayer de nouveaux restaurant qui se font des compétitions pour créer le meilleur burger, plusieurs resto de la capitale se prêtaient à ce jeu(52). On n'est pas sans savoir que ces types d'aliments sont riches en graisses donc en acide gras saturés qui sont à risque pour la santé. Puisque l'habitude alimentaire de la famille et des groupes sociaux sont adoptés de manière durable par les enfants. Il a été constaté, une participation massive des jeunes pour leur consommation. L'enfant haïtien est pris en charge durant ses cinq premières années de vie par les programmes de santé, puis il est abandonné pendant son âge scolaire. Etant exposé à un environnement obésogène à l'école tout comme dans la population, toutes les conditions sont déjà réunies pour une progression rapide de l'obésité. Ainsi, il est compris que si ces conditions demeurent inchangées, les jeunes haïtiens d'aujourd'hui pourraient être des futurs adultes obèses

a) Importation des aliments en Haïti

Selon le CNSA, l'agriculture haïtienne fait face à de nombreuses contraintes qui affectent ses performances depuis plusieurs décennies. La faiblesse de la production nationale par rapport au niveau des besoins alimentaires du pays a beaucoup contribué à l'insécurité alimentaire.

En Haïti, l'agriculture est saisonnière, la stratégie de production n'est pas à grande échelle, elle est surtout conduite par des associations plutôt que par l'Etat (53). Ainsi, le déficit alimentaire est comblé par des importations de plus en plus importantes de produits alimentaires. Les différents produits alimentaires importés sont (les céréales, les pâtes alimentaires, les sucreries, la viande etc.). La figure ci-dessous, représente l'évolution de l'importation alimentaire dans le pays de 1990 à 2006.

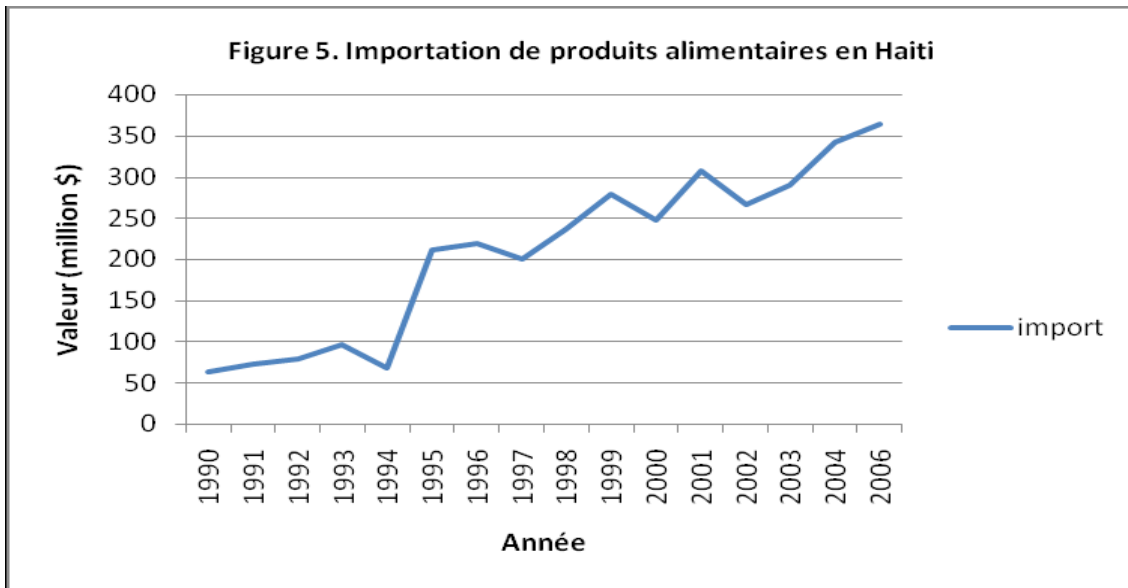


Figure 4 : Evolution de l'importation des produits alimentaires en Haïti de 1990-2006

Sources : CNSA 2003-2005

Selon les données du CNSA de 2006, les importations alimentaires en Haïti, restaient relativement modestes jusqu'à la fin des années 80. Elles ont commencé prendre une dimension importante au début des années 90. Cette dimension a consacré la dépendance du pays par rapport au marché international pour satisfaire ses besoins alimentaires. Les données de la CNSA ont aussi montrées qu'à travers le pays, les familles ont consommés les aliments hautement énergétiques à hauteur de 61%, les fruits et légumes à 4%.

II.5.4 Sédentarité

Le lien entre la sédentarité et l'obésité a été bien démontré (54). L'activité physique joue un rôle important dans la régulation physiologique du poids. Une pratique d'activité physique d'intensité modérée soit durant 30 minutes par jour ou 150 minutes réparties en trois séances dans la semaine peut prévenir le gain de poids (55), et ainsi limiter les risques aux MNTN. La prévalence d'une activité physique inférieure aux recommandations de l'OMS est élevée dans les PED (prévalence de 17 à 91 %) (56). Chez l'enfant et l'adolescent l'augmentation de surpoids est liée à l'évolution du temps de loisir du plein air vers des activités d'intérieur. Aussi, le rôle d'un manque de terrain de jeu et d'espaces vert qui détournent les enfants des activités physiques a été bien noté (57,58).

En Haïti, une sédentarité surtout en milieu urbain est notée de plus en plus tant au niveau des travaux domestiques qui sont allégés par l'utilisation d'appareils électroménagers que le mode de transport. Au cours des années soixante, la pratique sportive dans les écoles était presque une obligation. De plus en plus, cette activité tend à disparaître. L'une des raisons est qu'il existe très peu d'institutions scolaires qui se sont dotées d'un espace réservé à la pratique d'activité physique au niveau du pays.

A en croire l'ancien Ministre de la jeunesse, des sports et de l'action civique (MJAC), Evans Lescouflair, le milieu scolaire est l'endroit par excellence pour la promotion de l'activité physique (59). Sur les 16072 écoles classiques dénombrées à travers le pays, seulement 2876 d'entre elles, soit 18%, ont un espace réservé à la pratique d'activité physique. D'aucuns affirment que certains directeurs d'écoles montrent peu de volonté de promouvoir l'éducation physique dans leurs établissements.

Tenant compte des facteurs favorisants, il est bien compris que l'obésité constitue une menace grandissante pour Haïti et particulièrement l'AMP. De ce fait, des actions doivent être posées pour sa lutte. Pour pouvoir identifier les facteurs clés sur lesquels à agir, le cadre conceptuel suivant a été élaboré.

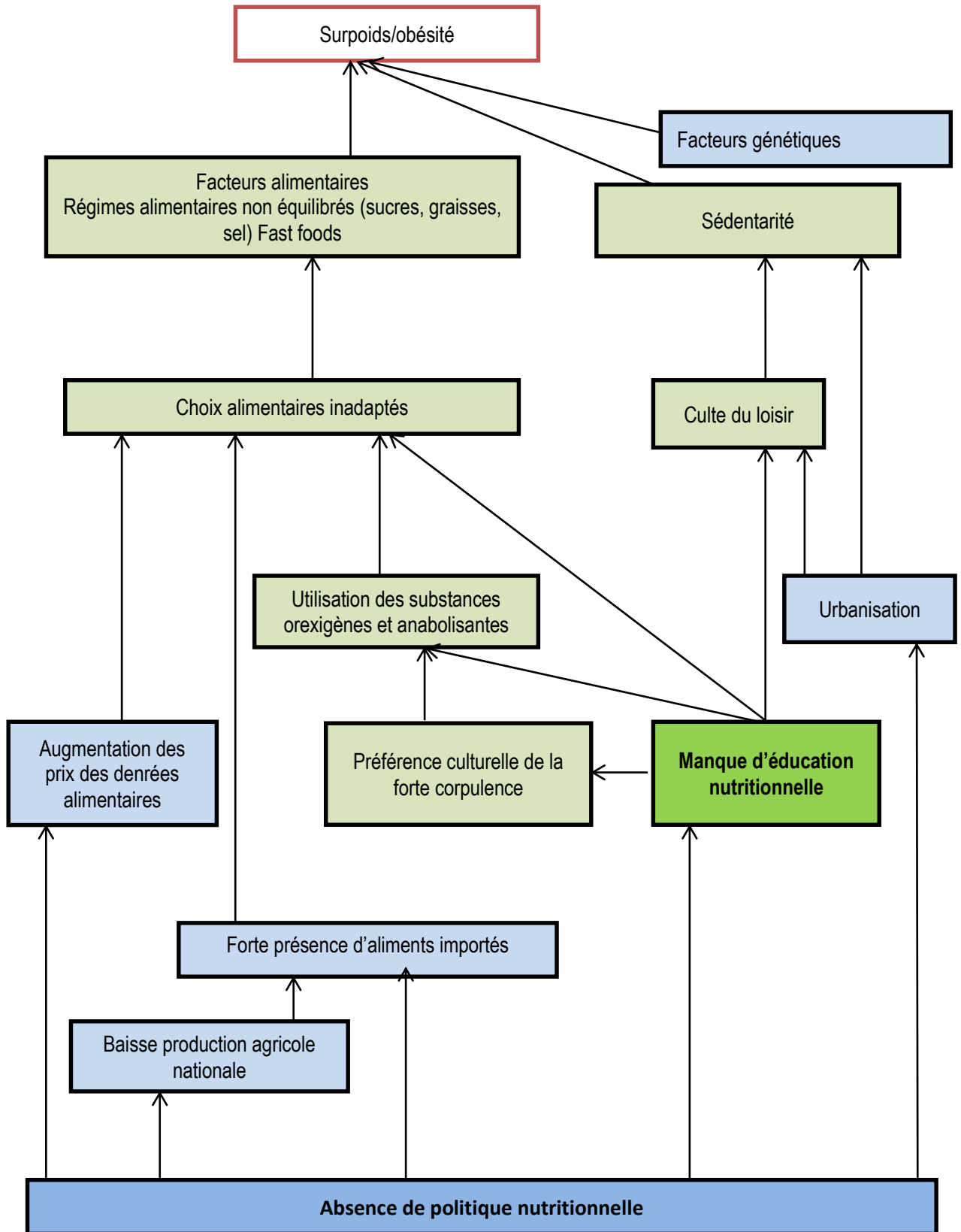


Figure 5 : Cadre conceptuel des facteurs favorisant l'obésité en Haïti et dans l'AMP

III Hypothèse de recherche – objectif - méthode

III.1 Hypothèse de recherche

Une stratégie de promotion nutritionnelle dans les écoles du 3^e cycle de la fondamentale chez les adolescents haïtiens permettra de freiner l'évolution de l'obésité en milieu urbain haïtien.

III.2 Objectif général

Contribuer à réduire la prévalence du surpoids et freiner l'augmentation de l'obésité en milieu urbain haïtien par la mise en place d'une stratégie de promotion nutritionnelle en milieu scolaire.

III.3 Objectifs spécifiques

1. Décrire les éléments de promotion nutritionnelle pour la prévention de l'obésité selon la revue de littérature ;
2. Décrire la stratégie canadienne et du Nouveau Brunswick pour la prévention de l'obésité ;
3. Décrire les perceptions des cadres de la nutrition de l'AMP en rapport avec la mise en œuvre d'une stratégie de promotion nutritionnelle en milieu scolaire pour prévenir l'obésité dans l'AMP ;
4. Etablir des lignes directrices à partir de l'expérience canadienne pour une stratégie de promotion nutritionnelle adaptée dans l'AMP.

III.4 Méthode de travail

Pour pouvoir proposer une stratégie de promotion nutritionnelle dans les écoles du 3^{ème} cycle fondamentale pour la prévention de l'obésité en milieu urbain haïtien, nous avons eu recours à trois (3) différentes approches en trois étapes:

- la revue documentaire par la lecture d'articles scientifiques, des revues et rapports d'étude.
- le stage de mise en situation professionnelle
- la consultation des personnes ressources par des visites dans les milieux professionnels et des rencontres d'échanges avec les responsables de différentes institutions.

III.4.1 Etape 1 : Approche par revue documentaire

Il s'est agi d'une analyse de soixante-neuf (69) publications sur l'obésité et des stratégies de promotion nutritionnelle. Le critère de sélection des articles a été subjectif, basé sur la méthode, la pertinence et l'année de publication entre 1997 à 2014. Les sources étaient constituées par :

- Lancet, Cismef, Google scholar, Pub Med, Cairn info, Science directe, des articles de journaux haïtiens (le Nouvelliste, le Matin).
- Des rapports des institutions: OMS, FAO, UNICEF, Agence Santé Publique du Canada (ASPC), Ministère santé publique Haïti (MSPP) et Ministère de l'éducation nationale et la formation professionnelle (MENFP).

Cette documentation a été complétée par une étude en cours de publication sur l'obésité abdominale et les risques cardio-métaboliques à Port-au-Prince (Asma El Mabchour, Hélène Déslile et al). Elle est disponible à la FHADIMAC.

III.4.2 Etape 2 : Approche pratique par un stage de mise en situation professionnelle

Du 20 mai au 29 juillet, un stage de mise en situation professionnelle a été effectué à l'Université de Moncton, précisément, à l'école des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales (ÉSANEF). L'apprentissage effectué au cours de ce stage a été réalisé sous l'encadrement des Professeurs Etienne DAKO et Slimane BELBRAOUET. Ce stage avait pour objectif d'appréhender les stratégies canadiennes de lutte contre le surpoids et l'obésité.

Deux (2) raisons ont motivé le choix de l'apprentissage de la stratégie canadienne. La première est du fait que cette dernière accorde beaucoup d'importance à la santé communautaire. Haïti est en train d'embrasser une politique de santé communautaire. C'est dans ce contexte qu'en 2013, 2771 agents de santé communautaires polyvalents ont été formés (60). Ainsi un modèle de stratégie basée sur la santé communautaire lui serait très profitable. La deuxième raison est que la stratégie canadienne, tirée de celle de l'OMS de 2004, jouit d'une bonne réputation pour sa performance dans la promotion des comportements sains. Il a été ainsi démontré que les élèves qui fréquentent les écoles où sont mises en œuvre ces stratégies, ont des habitudes alimentaires plus saines et ont moins tendance à avoir des excès de poids(61) à l'âge adulte. A partir de tout cela, nous avons compris qu'Haïti devra innover sa propre stratégie tout en s'inspirant des initiatives de ces programmes qui ont connu du succès.

Cette période de stage était bénéfique dans la mesure où elle a permis de mieux appréhender l'expérience canadienne et du N-B dans l'approche de promotion nutritionnelle au niveau du pays, particulièrement en milieu scolaire. Elle a aussi donné l'opportunité d'effectuer des recherches, d'échanger avec les encadreurs de ce travail et les cadres des programmes de nutrition du bureau de la santé publique du Nouveau Brunswick (N-B). Ces activités ont contribué à l'élaboration du protocole de recherche de ce travail et également à une analyse de la situation d'Haïti pour une meilleure proposition stratégique.

III.4.3 Etape 3 : Approche participative par la consultation des personnes ressources en Haïti

Pour la réalisation de ce travail, la participation de personnalités qui ont beaucoup travaillé ou publié dans le domaine de la nutrition a été d'une grande utilité (Voir annexe2), aussi bien que ceux qui sont des bénéficiaires des programmes de nutrition en Haïti. A cet effet, certaines activités dont les entretiens oraux, individuels ou de groupes et échanges de mails ont été réalisés. En Haïti,

particulièrement dans l'AMP, les différents cadres des programmes de santé nutrition et d'éducation ont été consultés. Aussi bien que des écoliers pour pouvoir identifier tout ce qui pourrait être fait à leur niveau et être accepté. Elles ont été complétées par des visites d'observation dans 12 écoles de l'AMP. Ces écoles ont été choisies de façon aléatoire sur Microsoft Excel (aléatoire entre), à raison de 2 écoles par commune à partir d'une liste fournie par la direction de santé-nutrition et de l'éducation (DSNE).

A cette fin, trois (3) questionnaires semi-structurés ont été élaborés. Un questionnaire a été soumis à 18 élèves de la classe 7^{ème} à 9^{ème} années fondamentales à raison de trois (3) par commune. A travers des questions fermées et ouvertes, les informations concernant l'obésité dans l'AMP et la nutrition dans les écoles ont été collectées. D'autre part, avec certains cadres de santé nutrition de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince et les responsables d'écoles, des discussions étaient conçues pour les faciliter à se renseigner sur les questions complexes entourant l'obésité dans le pays. Cela a permis d'avoir leurs idées par des réflexions aux possibilités d'actions pour la lutte préventive de l'obésité en Haïti. Leurs interventions ont été d'une grande utilité dans la mesure où elles nous ont aidées à mettre en commun les idées et ainsi déterminer les actions possibles dans le contexte haïtien.

De ce fait, la conception de la stratégie qui est proposée, a été inspirée des différentes approches stratégiques de lutte contre l'obésité, principalement celle du N-B.

IV Résultats

Ce chapitre présente les informations relatives aux différentes stratégies qui ont été répertoriées en fonction des méthodes de l'étude.

IV.1 Stratégie de promotion nutritionnelle selon les recherches documentaires

Dans le but de dispenser des avis techniques aux Etats Membres concernant l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de 2004, l'OMS a organisé en 2009 un forum et une réunion technique. Elle a signalé qu'une prévention efficace de l'obésité requiert des approches multisectorielles associant notamment la santé, l'éducation, l'agriculture, l'industrie et le commerce, et les finances (62). C'est ainsi que les principes directeurs pour mettre en œuvre une stratégie de lutte contre l'obésité ont été élaborées. Elles sont divisées en trois grands éléments

Le premier concerne les structures dont disposent les Etats pour soutenir les politiques et les interventions de prévention de l'obésité. Ce sont : les fonctions de direction, l'intégration de la santé dans les politiques, les ressources disponibles à la promotion de la santé et l'établissement partenariat entre les secteurs concernés.

Le deuxième élément a rapport aux politiques et aux initiatives qui peuvent contribuer à la création d'un environnement favorable à une bonne nutrition. A titre d'exemple : les lois et les règlements en rapport avec la nutrition (taxes et subvention, campagne marketing social).

Le troisième élément, correspond aux interventions communautaires. Il se base sur une association étroite de la communauté à tous les stades du processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie de promotion nutritionnelle. Ainsi, cette association se fait par une planification soigneuse des interventions qui tiennent compte des perceptions des populations.

IV.1.1 Exemple de réussite dans la lutte contre l'obésité dans les PED

- Initiative des écoles amies de la nutrition (NFSI) en Afrique de l'Ouest

Créé à partir de la charte d'Ottawa de promotion de la santé de 1986, Cette initiative a été lancée depuis 2006 par l'OMS, comme un moyen de prévention du double fardeau de la nutrition (obésité et dénutrition) dans les PED. Ses différentes composantes ont été : l'élaboration des politiques nutritionnelles, la mobilisation et le renforcement des capacités de la communauté scolaire dans la promotion de la nutrition, le développement et la modification du curriculum scolaire en intégrant l'enseignement de la nutrition dans les écoles, la création d'un environnement scolaire favorable à la nutrition. Elle a été pilotée dans deux villes de deux différents pays en Afrique (Ouagadougou au Burkina Faso et à Cotonou au Benin) (63).

IV.2 Apport du stage de mise en situation professionnelle au Canada

IV.2.1 Situation nutritionnelle au Canada et au N-B

Au Canada la situation sanitaire est marquée par les MNTA (64). Dans le tableau suivant sont présentées quelques données sur la situation nutritionnelles au Canada et au N-B

Tableau 3 : Résumé des données nutritionnelles au Canada et au N-B(65-66).

Données	Taux au Canada	Année/Source	Taux au N_B	Année
Surpoids-Obésité	50,2% adultes et 19,9% de jeunes 12 à 17 ans	2009-2010 (67)	63% adultes 18 ans et plus, 24% des jeunes de 12 - 17 ans	2009-2010
Mortalité par MCV	209,1/100 000		244,9/100 000	
DNID (Diabète 2)	22,6 / 100 000	OMS 2008	26,6/100 000	OMS 2008
CA (sein, CR, foie, pancréas)	54,9/100 000		58/100 000	

Au Canada, la situation nutritionnelle est expliquée par le mode de vie des habitants. A cet effet, le sondage sur le mieux-être du N-B (68), a montré une consommation très élevée d'aliments hautement énergétiques chez les jeunes et une sédentarité marquée. Etant conscient que la nutrition est un déterminant majeur de santé, le Canada a mis en œuvre des stratégies visant à réduire le fardeau des MNTN, et les résultats sont satisfaisants.

IV.2.2 Stratégie pancanadienne et prévention de l'obésité au Canada

Pour faire face à l'épidémie de l'obésité, suite au lancement en 2004 de la Stratégie mondiale de l'alimentation, de l'exercice physique et de la santé, le gouvernement canadien a élaboré et adopté en 2005, la stratégie pancanadienne en matière des modes de vie sains (SPMVS). A partir de 2010, cette stratégie a été renforcée. Dans cette optique, un cadre d'action a été élaboré entre les ministres fédéral-provincial-territorial (FPT) de la santé avec les intervenants. Le cadre a mis l'accent sur la prévention des maladies chroniques et la promotion d'un bon état de santé. Il coordonne les efforts entre les différents secteurs pour s'attaquer aux facteurs de risque commun pouvant être prévenus comme l'inactivité physique et la mauvaise alimentation.

- **Objectif et cible du cadre de la stratégie**

La stratégie a inclus des objectifs qui ont visé l'atteinte d'une augmentation de 20% de la proportion de canadiens qui font de l'activité physique, mangent sainement et ont un « poids santé » (IMC normal) d'ici 2015.

Elle cible l'ensemble de la population en mettant plus particulièrement l'accent sur les enfants et les adolescents, les personnes qui vivent dans des régions isolées et rurales et les communautés autochtones.

- **Moyens utilisés**

Pour atteindre cet objectif, les ministres FPT de la santé, pour la promotion de la santé et du mode de vie sain ont convenu de travailler collectivement sur les stratégies intégrées suivantes.

- a) Faire du surpoids et de l'obésité une priorité collective d'intervention par les ministres FPT.
- b) Coordonner les efforts pour créer un environnement favorable à la nutrition par la prise de mesures précoces et la sécurité alimentaire.
- c) Surveiller, évaluer l'atteinte des objectifs fixés et modifier les approches au besoin.

- **Approches utilisées pour la prise des mesures**

Notre santé, notre avenir était une conversation pancanadienne en termes de mobilisation qui a rassemblé les citoyens de toutes les régions. Il s'est agi des : adultes, jeunes, collectivités, l'industrie et d'autres intervenants.

Ce rassemblement des citoyens par différents moyens (rencontres, et medias), a favorisé un échange d'idées, afin d'examiner la question de l'obésité en détail, et ainsi cerner les mesures pour la réduire de façon individuelle et conjointe. A la lumière de cette stratégie nationale a été mis en place le cadre d'action de la santé publique en nutrition dans la lutte contre l'obésité dans la province du N-B.

IV.2.3 Nouveau-Brunswick et promotion de la nutrition

- **Structure en charge de la nutrition au N-B**

La prise en charge de la nutrition au N-B s'inscrit dans une approche axée sur la population.

Le bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC), est une division du ministère de la santé qui est responsable de la direction de la santé publique dans la province. Il a pour mission de promouvoir,

maintenir et protéger la santé de la population du N-B. Il travaille en collaboration avec la Santé publique au sein des régions régionales de la santé (Réseaux de santé Horizon et Vitalité).

- **Stratégies de promotion de la nutrition au N-B**

La nutrition occupe une place importante dans la santé publique du N-B. A cet effet, plusieurs initiatives ont été prises: Initiatives des amis des bébés (IAB), les initiatives pour la petite enfance (IPE) et le programme d'éducation sanitaire dénommé « apprenants en santé à l'école (ASE) ».

L'élaboration du cadre d'action de la santé publique en nutrition 2012-2016a donné la possibilité de s'attaquer aux problèmes de nutrition de façon globale et coordonnée. Ainsi, il a fait ressorti six orientations stratégiques et cinq secteurs d'action prioritaires. Ces derniers guideront les initiatives en matière de nutrition au cours de ces quatre (4) années. Chaque secteur prioritaire énumère les actions possibles structurées autour des orientations stratégiques.

Le financement des activités de promotion nutritionnelle provient pour l'essentiel du budget alloué à la santé par les gouvernements provincial et fédéral(69).

- **Orientations stratégiques**

Les différentes orientations stratégiques sont les suivantes : Le renforcement des capacités ; le partenariat et la collaboration ; la gestion et communication du savoir ; l'approche globale ; la surveillance, le suivi et l'évaluation.

- **Secteurs d'action prioritaires.**

Les secteurs d'actions prioritaires sont : La sécurité alimentaire, l'environnements sains, la période prénatale et petite enfance, l'allaitement maternel, les enfants et jeunes d'âge scolaire.

- **Actions de promotion ciblant les enfants et jeunes d'âge scolaire**

Afin d'assurer la promotion de la nutrition, de nombreux programmes ont vu le jour. Leur conception s'appuie sur la situation du problème qui se fait sur la base des données statistiques disponibles provenant des sources telles que Santé Canada, Statistiques Canada ou des études au niveau locales. A partir de cet état des lieux, des actions et activités sont proposées.

Ainsi, le programme apprenant en santé à l'école est une initiative conjointe du ministère de la santé, du ministère de l'éducation et du développement de la petite enfance. Il touche à tous les aspects de la santé physique, émotive et sociale en cherchant à prévenir les maladies. Il agit sur le curriculum scolaire, l'environnement scolaire et les interactions entre l'école, la famille et la communauté.

A cet effet, les commissions scolaires ont dressé les portraits de chaque établissement scolaire, puis elles ont élaboré et mis en œuvre leur plan d'action. Les infirmières en santé publique responsables du programme Apprenants en santé travaillent avec les comités de santé des écoles. Ces comités sont composés des représentants du district, des écoles, des directeurs, des enseignants et des parents ainsi que de la communauté.

Les prochaines étapes consisteront à la mise en place d'un processus d'implantation et à l'élaboration d'un cadre d'évaluation.

IV.5 Perceptions des haïtiens par rapport à la nutrition et l'obésité dans l'AMP

- Organisation de la nutrition en milieu scolaire de l'AMP

Dans les écoles, l'alimentation est assurée par la cantine scolaire et le secteur informel (vendeuses de rue, bars, restaurant). Dans tous les cas, l'environnement alimentaire des écoles est principalement constitué par la grande disponibilité des produits alimentaires hautement énergétiques. Il a été une absence totale de fruits et de légumes. Certaines écoles ne disposent pas d'eau potable, au point que les élèves sont obligés d'en acheter dans les rues. Ces eaux disponibles dans les rues, ne font pas l'objet d'une fiabilité.

En ce qui a trait aux activités physique, seulement 3 sur 12 écoles visitées organisent des activités sportives. Ces dernières sont réalisées une fois par semaine.

Au dire des différentes personnes consultées, l'obésité résulte d'un accès limité aux produits alimentaires locaux. De ce fait, la population est obligée de manger en quantité qu'au lieu de qualité. Un autre élément important, est que les haïtiens mangent pour grossir. Ainsi, leur comportement alimentaire est inquiétant. La nutrition n'est pas une priorité de l'Etat. Cependant au moment où l'obésité est à ses débuts, c'est le temps favorable d'intervenir pour empêcher sa progression.

- Solutions proposées par les différentes personnes consultées

Des propositions faites par des personnes consultées, il ressort une prise de conscience de la situation nutritionnelle particulièrement la progression de l'obésité en plus de la malnutrition par carence. Cependant, la place prépondérante qui devrait être accordée à la nutrition dans le pays est encore ignorée. Dans le tableau suivant, sont énumérées les différentes actions qui ont été proposées par les personnes ressources consultées, par rapport à une stratégie de promotion nutritionnelle pour lutter contre la malnutrition en générale et spécifiquement l'obésité dans un but préventif au niveau de l'AMP.

Tableau 4: Récapitulatif des actions proposées par les personnes consultées (cadres haïtiens et élèves) pour prévenir l'obésité en Haïti.

Catégories de personnes consultées	Effectif	Actions proposées
Cadres du MSPP MENFP, DNSE, PNCS, Directeurs d'écoles	Directrice Nationale Nutrition Responsables santé scolaire : 2 Directeur PNCS : 1 Directeurs d'écoles : 6 Autres cadres : 7	<p data-bbox="778 423 1222 456">Education nutritionnelle/Promotion</p> <ul data-bbox="831 510 1430 853" style="list-style-type: none"> • Changement de mentalité des haïtiens sur le poids corporel • Surveillance de la croissance des jeunes • Introduction des activités sportives dans les écoles • Promotion consommation produits locaux • Meilleure organisation de la cantine scolaire • Sensibilisation de la population sur la nutrition <p data-bbox="778 898 919 931">Partenariat</p> <ul data-bbox="831 943 1430 1196" style="list-style-type: none"> • Engagement de l'Etat haïtien dans la nutrition • Encadrement de la production nationale agricole • Contrôle des produits alimentaires vendus dans les écoles et les communautés • Meilleure intégration de la santé dans les écoles
	Elèves 7 ^{ème} à 9 ^{ème} années fondamentales	18 élèves à savoir 3 par commune

V Discussion

Pour répondre au but de l'étude. Différentes stratégies ont été identifiées à travers la revue de littérature, la consultation des personnes ressources et le stage de mise en situation professionnelles. Ce chapitre discussion, énonce les différents axes stratégiques autour des éléments clés de réussite de la mise en œuvre.

V.1 Discussion des axes stratégiques retenus

Selon les résultats de la consultation des cadres de la nutrition et les bénéficiaires en Haïti. Il ressort que l'élaboration d'une stratégie de promotion nutritionnelle en milieu scolaire pour prévenir l'obésité dans l'AMP, a fait l'objet d'unanimité.

De la stratégie canadienne, la recherche documentaire et des actions proposées par les haïtiens, a découlé la synthèse d'une stratégie qui peut être proposée en Haïti pour lutter contre l'obésité dans un but préventif sous la base de quatre (4) axes stratégiques :

Axe 1 : Renforcement des capacités de la communauté scolaire par l'éducation nutritionnelle et la formation

Ainsi qu'il a été montré dans le cadre théorique de l'étude, l'éducation nutritionnelle se positionne comme un élément incontournable dans la lutte préventive contre l'obésité en Haïti. Selon l'approche canadienne, l'éducation nutritionnelle est réalisée par la formation en cascade qui consiste à former d'abord les enseignants qui à leurs tour formeront ensuite les écoliers. Par analogie avec l'approche canadienne de l'éducation nutritionnelle, en Haïti cela est également possible. En effet, les éléments favorisant la réussite d'une telle approche existent en Haïti. A titre d'exemple, le décret-loi de 1989, relatif à l'organisation de l'enseignement fondamental avait déjà statué sur l'éducation sanitaire en y incluant la nutrition à l'école.

La prise en compte de la stratégie canadienne en Haïti, suggère la formation au préalable des décideurs. Ainsi, ces derniers seront d'abord informés et sensibilisés sur la problématique de l'obésité dans le pays avant d'être formés sur la stratégie de l'éducation nutritionnelle. Par ailleurs, les responsables des programmes de cantine scolaire et les travailleurs du secteur informel (personnes qui travaillent dans les bars, les vendeurs) constituent également une cible. En effet, ils sont impliqués dans l'offre et la qualité des aliments.

- **Cibles de l'éducation nutritionnelle et de la formation/ Mesures possibles**
 - **Les décideurs politiques**

Les décideurs politiques doivent être convaincus des effets à long terme s'ils négligent la prévention et le contrôle de l'obésité et les MNT. Pour cela, ils doivent savoir que ces fléaux constituent un poids très important pour les budgets de santé. Intervenir tôt, est la meilleure option comme solution. L'objectif est de les amener à redéfinir les priorités en matière de santé-nutrition.

Ainsi, des rencontres d'information, des séminaires de formation et des plaidoyers peuvent être organisés. Ces activités permettront d'interpeler sur la nécessité d'élaborer des politiques en faveur la nutrition saine dans les écoles. Aussi elles permettront aux écoles et les districts scolaires de bénéficier des appuis dans la mise en exécution des politiques, et l'enseignement de la nutrition.

- **Les responsables d'écoles**

A la suite des décideurs politiques, seront formés les responsables d'écoles. Ce processus consistera à former les enseignants de manière à transmettre des informations de qualité, et selon une approche définie par les personnes habilitées à le faire. A titre indicatif, le contenu de la formation pourrait intégrer les aspects suivants :

- Connaissances sur les différents groupes d'aliments de la pyramide alimentaire,
- Importance d'une alimentation équilibrée,
- Valorisation des aliments locaux par leurs apports qualitatifs et quantitatifs,
- Evolution des habitudes nutritionnelles des jeunes, l'obésité et la progression des MNTA,
- Relation entre l'école, la nutrition et la santé,
- Importance de la pratique d'activités physiques.

- **Les responsables des bars et vendeurs d'aliments dans les écoles**

L'idée de former cette catégorie de personnel a pour but d'améliorer l'offre alimentaire dans les écoles. Donc, pour ce groupe la formation pourrait intégrer les aspects suivants :

- Alimentation équilibrée/Conséquences d'une alimentation non équilibrée,
- Préparation des menus,
- Différentes normes sur l'hygiène, préparation et conservation des aliments,
- Apports qualitatifs et quantitatifs des aliments locaux,
- Création d'une liste des critères nutritionnels pour les aliments et boissons vendus dans les écoles.

- **Les écoliers**

Les écoliers sont les bénéficiaires directes, ils représentent la cible principale. L'objectif est de privilégier les outils ludiques pour les éduquer et les orienter vers des choix nutritionnels favorables à la santé. Les mesures possibles sont les suivantes :

- Promotion de la consommation des fruits et des légumes,
- Pratique des exercices physiques et organisation des championnats interscolaires,
- Célébration de la journée nationale de la nutrition en mois de mars,

- Organisation des visites de marchés,
- Création de groupe et diffusion de message de nutrition sur les réseaux sociaux.

Axe 2 : Surveillance de la croissance des écoliers

Cette activité consiste à surveiller les différents paramètres des enfants particulièrement les courbes de poids. Cette surveillance est essentielle pour la détection précoce des différentes formes de malnutrition et leur suivi. Selon le modèle canadien, des nutritionnistes dédiés à cette tâche sont disponibles dans les écoles. En Haïti, les infirmières des écoles peuvent être formées et responsabilisées pour ce type d'intervention. La carte chemin santé de l'enfant haïtien (Fille et Garçon) de 2 à 17 ans peut être utilisée. Les mesures possibles sont les suivantes :

- Contrôle régulier de l'IMC par la prise de poids et taille des élèves,
- Mise en place des points de conseils en nutrition pour les élèves,
- Référence et contre-référence des enfants qui nécessitent des soins supplémentaires après diagnostic et en informer leurs parents.

Axe 3 : Approche communautaire participative

A l'instar du Canada qui a utilisé l'approche communautaire pour la promotion de la nutrition, en Haïti cela est bien possible ce d'autant plus que un modèle de santé communautaire y existe déjà. Sachant que l'éducation des jeunes incombe à leurs parents et à la communauté, donc tout changement de comportements dans ce groupe nécessite leur pleine participation.

- Cibles

Elles sont constituées par les leaders d'opinions et les hommes publics, les parents, les professionnels de la santé et la nutrition. Les mesures possibles sont les suivantes:

- Intégration des parents dans les comités de santé des écoles,
- Formation des agents de santé pour encadrer les communautés,
- Identification des besoins par la participation de la communauté
- Sensibilisation des parents pour stimuler leur intérêt pour l'apprentissage de la nutrition à leurs enfants et l'utilisation des aliments locaux,
- Mobilisation des medias pour sensibiliser la population
- Organisation des journées de nutrition

Axe 4 : Partenariats et collaboration

Sachant que l'obésité est multifactorielle, sa prévention nécessite une approche multisectorielle.

- Cibles

La mise en œuvre d'une stratégie de promotion nutritionnelle pour la prévention de l'obésité en Haïti implique en plus du MSPP, toutes les directions du Ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle (MENFP). Le Ministère de l'agriculture, puisqu'il doit collaborer avec les différentes associations de planteurs pour la fourniture des produits locaux aux écoles. Ce dernier doit aussi établir un partenariat avec le PNCS. Le Ministère de la santé pour établir les critères des aliments qui doivent être vendus. Le Ministère de l'économie et des finances, du commerce et de l'industrie pour l'introduction des mesures réglementaires en faveur de la saine alimentation. Le Ministère des communications, pour l'information et sensibilisation de la communauté. Le Ministère des travaux publics et transport en commun(MTPTC), pour un meilleur aménagement des bâtiments scolaires favorisant la pratique d'activités physiques. De même que l'aménagement des trottoirs pour faciliter la marche. Les partenaires techniques qui sont spécialisés dans les approches de la transition nutritionnelle sont nécessaires. Les actions préconisées peuvent être :

- Rencontres régulières de plaidoyer,
- Partage de responsabilités entre les secteurs
- Elaboration des politiques nationale de santé scolaire et de cantine scolaire,
- Intégration de la nutrition dans les manuels scolaires,
- Intégration de la nutrition dans les manuels de lecture,
- Intégration des messages clés sur la nutrition dans les publicités, journaux,

- **Étapes de la mise en œuvre de la stratégie**

La mise en œuvre, comprend ces différents phases : préparatoire, pilote et exécution.

La première phase sera débutée par des rencontres avec les différents acteurs et leur formation. Cette activité sera suivie du choix des écoles. A cet effet, un échantillon de 12 écoles, à savoir 2 écoles par communes sera déterminé dans l'AMP. Pour la participation communautaire, des comités de « santé » seront formés dans chaque école. Ils seront composés des membres suivants : un représentant de la direction, un professeur, deux parents, deux élèves, un personnel de santé, un représentant de la mairie, un représentant de la cantine, ou restaurant ou bar, un représentant des vendeurs de rue.

Après le choix des différentes écoles, dans la phase pilote, les différentes activités possibles suscitées seront initiées. Les professionnels en nutrition, en santé, en communication et marketing social seraient indispensables à cette phase. Elle doit être mise en œuvre pendant un an. La continuité et l'extension dépendront des résultats de l'évaluation de celle-ci.

L'évaluation sera effectuée au moyen des sondages qui vont être portés sur un échantillon représentatif. Elle va être qualitative et quantitative se basant sur les données des indicateurs prédéfinis,

en comparant les résultats obtenus dans les écoles sélectionnées par rapport aux témoins. Elle permettra de façon objective de mesurer l'impact de la stratégie et favoriser son extension. Au préalable des activités, de suivi permettront de voir comment se déroule la stratégie. L'évaluation sera basée sur la réalisation des activités dans les écoles, le changement de comportements des écoliers et des vendeurs. Aussi, les pièces justificatives des séances de formation, nombre de personnels formés, outils didactiques disponibles, les dossiers de suivi nutritionnel peuvent être utilisés. Les rapports des rencontres périodiques permettront de faire des réajustements si nécessaires, par rapports aux difficultés rencontrées.

- **Cadre institutionnel de la stratégie**

Elle doit être rattachée à l'unité de coordination du programme nationale d'alimentation et de nutrition (UCPNANu). Le rôle de cette unité est de coordonner toute les interventions en matière de nutrition (MSPP). En plus, elle pourrait s'inscrire dans le cadre de la prévention des MNTN qui fait partie des objectifs spécifiques du plan stratégique de nutrition en Haïti 2013-2018. En effet le cadre de mise en œuvre doit être doté de l'autorité et de la compétence nécessaire pour mettre en relation l'ensemble des intervenants dans le champ de l'alimentation et de la nutrition y compris la direction de la santé et d'éducation.

- **Ressources nécessaires**

En matière de ressources humaines : un spécialiste en nutrition, personnel infirmier, un spécialiste en communication et marketing, chargé de suivi, comités santé et moniteur de sport sont nécessaires. En termes de matériels, la stratégie nécessite : la balance, toise, matériels didactiques (boite à outil banderoles, affiches, bandes dessinées, matériels de formation, fiches de suivi et d'évaluation), et matériels d'informatiques.

- **Bénéfices attendus de la stratégie**

- Adoption de comportement nutritionnel favorable à la santé,
- Amélioration des connaissances sur la nutrition et la prévention des MNTA,
- Intégration des écoles dans la prévention des problèmes de nutrition,
- Pratique des loisirs actifs par les élèves,
- Environnement favorable à la promotion de la santé et la nutrition des élèves,
- Renforcement de la synergie d'action entre la communauté scolaire, les autorités de la santé et de l'éducation pour la lutte contre l'obésité.

V.2 Facteurs clés de réussite la stratégie

Trois(3) éléments principaux montrent que la stratégie de promotionnelle pour prévenir l'obésité au niveau de l'AMP peut bien réussir. Le premier est l'existence d'une volonté politique, puisque Haïti est

signataire de la conférence de l'ONU pour la lutte contre les MNTA. Cela a été pris en compte dans le plan national de nutrition 2013-2018 du pays. Le second élément, est que la stratégie apparaît adaptée au pays. Le troisième facteur de réussite est la prise en compte des perceptions de personnes ressources en milieu haïtien. Ceci témoigne de la probabilité d'une forte adhésion des personnes concernées à la stratégie.

Nonobstant ces éléments clés de réussite ci-dessus évoqués, il faut croire que des obstacles existent.

V.3 Éléments pouvant constituer des obstacles à la réussite de la stratégie en Haïti

En Haïti, dans le domaine de la santé y compris la nutrition, il se pose bien souvent des problèmes de pérennisation des initiatives prises, ainsi qu'une faible capitalisation des acquis. Cette situation est le plus souvent liée au faible budget alloué à la santé et à la dépendance des programmes des fonds externes. Ainsi, au retrait de certains bailleurs de fonds et appuis techniques internationaux dans les projets où ils sont impliqués, est souvent observé un arrêt des activités sur le terrain. Cette situation est renforcée par l'absence ou un faible transfert des acquis de projets vers la partie nationale. Ce constat met en évidence la forte dépendance de l'exécution des activités essentielles de nutrition aux ressources extérieures.

Aussi, le fait qu'en Haïti les problèmes de santé ne sont pas abordés selon une approche globale. Les différentes interventions qui ont été menées dans le domaine de nutrition ont certes permis d'améliorer la situation nutritionnelle. Cependant, on estime que les résultats pourraient être meilleurs, si elles étaient menées selon une approche globale. Cette dernière, contribuerait à toucher les causes profondes des problèmes. L'obésité étant une maladie multifactorielle, sa prévention nécessite une synergie d'actions des différents acteurs. De ce fait, l'inexistence d'un cadre élargi de coordination pourrait poser le problème d'organisation des interventions nutritionnelles. En outre, l'absence de cadre réglementaire de formation en nutrition, pose aussi le problème de la disponibilité d'un personnel qualifié et compétent pour la conduite des activités essentielles de nutrition.

Aussi des inerties du côté des autorités et des parents peuvent empêcher l'avancement de la stratégie. Il est à faire ressortir que les périodes de congés peuvent également causer des régressions sur les efforts déjà fournis. Une mauvaise perception du projet par les vendeurs, les responsables des bars et des restaurants tenant compte des craintes qu'ils peuvent avoir pour leurs sources de revenus ne sera pas sans effets. Sur le plan d'infrastructure, beaucoup d'écoles fonctionnent dans des bâtiments inappropriés, avec absence de cours de récréation. Cette situation existait toujours, s'est aggravé avec le séisme de l'année 2010. Elle laisse ainsi des doutes sur la capacité de ces écoles à promouvoir l'activité physique. Sans pour autant oublier que le pays dispose peu de données normalisées sur cette problématique chez les jeunes qui y représentent le groupe majoritaire.

Toutes ces difficultés soulevées nous font croire que la route pour la mise en œuvre est complexe, mais nous ne pourrions pas les résoudre tous à la fois. Cependant ce qui est clair, c'est de ne pas s'arrêter aux moindres difficultés ou de continuer de faire des actions isolées, mais plutôt de travailler en synergie pour aborder les problèmes de manière réaliste et trouver des solutions consensuelles.

V.4 Conditions nécessaires à la réussite de la stratégie

La réussite de l'implémentation de la stratégie en Haïti, passe nécessairement par une intégration dans une politique nutritionnelle globale. Ainsi, les politiques de production agricole et vivrière doivent assurer d'amples disponibilités d'aliments sains. Les politiques des prix, de la publicité, la préparation et de la vente des aliments doivent faire en sorte que les aliments sains soient accessibles et attirent les consommateurs. Les politiques d'éducation doivent motiver les gens à acheter des aliments sains et adopter des habitudes nutritionnelles favorables à la santé. Pour y arriver, les rôles et les responsabilités des différents intervenants doivent être clairement établis en vue de l'atteinte d'un objectif commun. Dans ce sens, les deux aspects des problèmes nutritionnels, notamment la sous nutrition et la sur alimentation pourraient être abordés simultanément. A cet effet, elle doit tenir compte des autres programmes existants.

C'est ainsi que nous suggérons aux décideurs politiques de redéfinir priorités du pays en nutrition ; de mobiliser des ressources pour la nutrition ; de rendre opérationnel l'enseignement de la nutrition à l'école ; de renforcer les ressources humaines en nutrition.

Pour faire face aux obstacles, il est nécessaire de la part de l'UCPNANu à laquelle sera attachée la stratégie, de faire des plaidoyers avec tous les acteurs. Plusieurs rencontres peuvent être organisées pour les faire bien cerner tous les aspects de la stratégie. En effet, la mise en place d'un cadre de réglementation des interventions, permettrait une meilleure coordination des activités et l'atteinte de meilleurs résultats. A défaut de spécialiste en nutrition, les étudiants dans les filières de santé et de nutrition pourraient pallier le déficit, encadrés par l'équipe de mise en œuvre qui doit compter au moins un nutritionniste. Aussi les agents de santé polyvalents qui sont déjà payés par le MSPP peuvent être utilisés.

Les décisions doivent tenir compte des besoins sentis des bénéficiaires directes et elles doivent être acceptées par la population. Aussi, les directives doivent s'appuyer sur une bonne connaissance des schémas alimentaires locaux et prendre en considération les valeurs sociales et traditionnelles. On ne saurait élaborer des politiques en matière de prévention d'une maladie sans avoir évalué de façon réaliste sa prévalence et ses répercussions sur la morbidité et la mortalité ainsi que les résultats que l'on peut attendre de la mise en œuvre de certaines mesures préventives.

Ainsi, avant tout, une évaluation de l'état des lieux s'impose pour obtenir des données probantes sur l'obésité chez les jeunes d'âge scolaires puisqu'ils représentent le pilier d'un développement durable. Elles seront d'une grande utilité pour la justification du temps à consacrer à la promotion nutritionnelle dans les écoles et l'attribution des ressources nécessaires pour favoriser à la fois un apprentissage rentable et une bonne santé. Elles sont aussi indispensables pour le suivi et l'évaluation de la stratégie.

V.5 Limites de l'étude

Quelques limites ont été relevées dans cette étude, dont la prise en compte permettrait d'améliorer la qualité de celle-ci et ses conclusions.

Une des limites de notre étude est que la stratégie proposée est inspirée d'un autre pays aux caractéristiques socioéconomiques différentes d'Haïti. Pour en faire face, les conditions de réussite de la stratégie élaborée sont identifiées.

Une autre limite concerne l'inexistence de données probantes sur les habitudes nutritionnelles et la prévalence de l'obésité chez les jeunes. Pour y pallier, les données de l'EMMUS V et de l'enquête SMART 2012 ont été utilisées.

Compte tenu du nombre important d'écoles, le sondage a été limité au choix de deux (2) écoles par commune dans l'AMP. Cette limite a été prise en compte. Dans l'échantillon, une attention a été accordée à la représentativité des différents secteurs et les couches sociales de l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince.

Conclusion

La surcharge pondérale y compris l'obésité constitue une menace grandissante pour Haïti. Ce problème interpelle tout un chacun. Il est temps que le pays à travers l'engagement de l'Etat, inscrive cette lutte dans son plan d'action. A l'heure de la transition nutritionnelle, si la lutte contre la dénutrition est toujours nécessaire dans le pays, il ne faut pas négliger l'obésité, connaissant ses conséquences. De ce fait, des actions concrètes doivent être posées pour sa prévention.

Il est bien possible de prévenir l'obésité en Haïti. Dans les solutions envisageables, la mise en place des stratégies de promotion nutritionnelles est indispensable. La stratégie proposée, aborde des activités d'éducation nutritionnelle y compris la formation, de surveillance de la croissance, d'intégration de toute la communauté dans la lutte préventive de l'obésité.

Tout cela ne sera possible sans l'établissement d'une politique nutritionnelle adaptée au profil pathologique du pays. L'élaboration de cette politique doit nécessairement passer par une coordination multisectorielle, ne doit pas dépendre seulement du champ du ministère de la santé publique. Aussi, il apparait important de la part de l'Etat haïtien d'investir dans l'agriculture. A cet effet, des conditions doivent être définies pour la mise en place et la viabilité de la production alimentaire locale. S'il est vrai que le manque d'éducation et la pauvreté constituent quelques un des facteurs favorisant l'essor de ce problème de santé, on peut également reconnaître que des avancées peuvent être obtenues par la prise de conscience et la volonté politique malgré les moyens modestes et ainsi voir s'arrêter la progression de l'obésité dans le pays. L'application des législations à propos de la production et disponibilité alimentaires aux établissements scolaires est une nécessité. Des enquêtes épidémiologiques doivent être également menées particulièrement chez les jeunes pour pouvoir mieux apprécier l'ampleur de l'obésité dans le pays.

La réalisation de la stratégie tout en tenant compte des conditions de mise en œuvre sera une étape importante dans la lutte contre l'obésité en Haïti.

Références bibliographiques

1. Basdevant. A, Guy Grand. B. Obesity epidemic: origins and consequences. C R Biol aout 2006; 329(8): 562–9. Discussion 653–5.
2. Tim J Cole et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000 (7244) 124 .
3. OMS 2013. Maladies non transmissibles. Disp sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>
4. OMS 2003. Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale de l'obésité. Genève Suisse; p. 300. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf
5. Center for Disease Control and Prevention (CDC) 2009 . Aux US Obesity trends by state Atlanta. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.htm>.
6. Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual Medical spending attributable to obesity: Payer and service specific estimates. Heal Aff (Millwood). Sep 2009; (28): 822–31.
7. Agence de la santé Publique au Canada. 20- 06- 2011. Obésité au Canada. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-fra.php>.
8. OMS, statistiques mondiales 2013. Disponible sur: http://search.who.int/search?q=obesite+en+amerique+latine&ie=utf8&site=who&client=_fr_r&proxystylesheet=_fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8.
9. DELPEUCH f. MAIRE B. Obésité et développement des pays du Sud Médecine tropicale 1997; 57(4):380-8.
10. Frabcis Delpuch, Bernard Maire, Emmanuel Monnier. Tous Obeses. Dunod. Paris; 2006.146-148.
11. Cardaci Dora. Child obesity in America a challenge for health promotion. Proquest 2013; 20 (3): 3-4
12. OMS 2014, Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales. Disponible sur: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/fr/.
13. OMS 2014, Profil des pays pour les maladies non transmissibles (MNT). Disponible sur: http://www.who.int/nmh/countries/hti_fr.pdf.

14. The lancet. Putting adolescent at the center of health and development. Avril 2012 ; Editorial, vol 379 ,28 avril 2012.
15. OMS 2011, Rapport du directeur général de l' OMS sur l'état des MNT dans le monde. Disponible sur:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_profiles_20110914/fr/.
16. Wga G, Moodie M, Schultz J, Swinburn B. Process evaluation of a community-based intervention program: Healthy Youth Healthy Communities, an adolescent obesity prevention project in Fiji - Glob health promot 2013; 20 (4):23-34. Doi 10,1177/1757975913501909.
17. Gortmaker SL, Dietz WH, Sobol AM, Wehler CA. Increasing Peadiatric Obesity in the United states. AM J Dis Child. 1987;41:535–40.
18. Rennes. Haut comite de la Sante publique.Pour une politiques nutritionnelles de Sante publique en France: enjeux et propositions. ENSO 2000.
19. Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS) Haiti 2012. Rapport de synthèse. Disponible sur: http://unfpahaiti.org/pdf/JMP2013_Rapport_de_synthEse_Haiti.pdf.
20. MSPP Haiti , Bulletin d'information (Avril-Juin) 2012. Disponible sur: indd - BulletinMSPP.pdf.
21. Radio Metropole HAITI SANTÉ 2008. La Fhadimac entend intensifier la lutte contre le diabète.Disponible sur:http://www.metropolehaiti.com/metropole/full_sant_fr.php?id=14361.
22. Fondation Haitienne de Diabète et de Maladies Cardiovasculaires (FHADIMAC) au sommet des Nations Unies, octobre 2011. Le Nouveliste. Disponible sur : <http://www.fhadimac.org>.
23. Direction des Statistiques Démographiques et Sociales (DSDS), IHSI: 2000-2015.Tendances et perspectives de la population d'Haïti au niveau des départements et communes.
24. Coordination nationale de la securité alimentaire (CNSA) Haiti 2012, Enquête nationale de la sécurité alimentaire (ENSA) 2012.http://www.cnsa509.org/Web/Bilan%20Degat/Rapport_EFSA_Sandy.pdf
25. Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire (ENSA) Haiti 2012. Disponible sur:http://www.cnsa509.org/Web/Bilan%20Degat/Rapport_EFSA_Sandy.pdf
26. Ministère de la Santé Publique et de la PopulationHaiti2012. Politique Nationale de Nutrition.
27. Haïti - Économie : Quelques chiffres clés sur le Projet de Loi des Finances 2014-2015. Toutes les Nouv d'Haïti 7/7. Disponible sur: HaitiLibre.com

28. MSPP Haiti, Bulletin d'information du juillet 2013. Port-au-Prince Haiti.
29. HAITI - statistiques-mondiales.com - Statistiques et cartes. Disponible sur:<http://www.statistiques-mondiales.com/haiti.htm>
30. Pellerin. S , Saucet.M. La publicité destinée aux enfants: un enjeux de santé publique. Canadian Journal of diabète 2011;35 (2) 198 .
31. Delpeuch F, Maire B,. Obésité et développement dans les pays du Sud. Inst médecine Trop du Serv santé des armées, Marseille, Fr . 1997;vol. 57(no4);pp. 380–388 (56 ref.).
31. Browing, H Frances, BA; Laxer, Rachel E; MSC; Janssen, Ian. Food and Eating Environments In Canadian School. Canadian and journal, dietetic practice and research 2013; 74 (4) 160-6.
32. Jean-Pascal De Bandt. Nutrition et obésité. Nutr Clin Metab 2004; (18) 147–55.
33. Jacobi D, Buzelé R, Couet C. Peut-on parler de pandémie d'obésité? Presse Médicale Paris France Sep 2010; 39(9):902–6.
34. Didier. A, Mailhol. C. Asthme, alimentation et obesite. Rev Fr Allergol. 2011; (51)126–9.
35. M.duclos, P. duche, C.Y. Guezenney, R. Richard, D. Riviere, H. Vidalin. Position de consensus: activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. Sci Sport. 2010;(25):207–25.
36. Cohen, E; Ndao, A; Gueye, L; Boetsch, G; Pasquet et al. La construction sociale du corps chez les senegalais dans un contexte de transition des modes de vie. Antropo 2012; (27)81-86.
37. Dr Emile Herald Charles, Dr Henri-Claude Voltaire. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) en Haiti. Alerte Sanitaire, Information sur la Cyprohéptadine. Disponible sur: <http://www.mspphaiti.org/msppinfos.html>.
38. Dr Philippe DESMANGLES. Recettes de nos femmes pour grossir 2007. Disponible sur: <file:///C:/Users/LILINE/Desktop/Recettes de nos femme haitiennes pour grossir.html>.
39. Food an Agriculture Organization 2004. Globalization of food system in developing countries : impact on food security and nutrition.Food and Nutrition paper. United Nations :Food and agriculture Organization of the United Nations.
40. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome a new world wide definition. Lancet. 2005;366:1059–62.

41. Park YW, Zhu S, Palaniappan L, Heshka S, Carnethon MR, et al. The metabolic syndrome :Prevalence and associated risk factor finding in the US population from the Third National Health and Nutrition examination survey. *Arch Intern Med.* 2003;163:427–36.
42. Paquin, Sophie. Le zonage et la classification des usages de restauration et de commerces d'alimentation : une mesure d'urbanisme pour diminuer l'épidémie d'obésité? *Canadian of journal, urban research suppl* 2008, 17(1) : 48-62.
43. James O. Hill, Holly R. Wyatt, George W. Reed, John C. Peters. Obesity and the Environment: Where Do We Go from Here? *Science Magazine* 2003; 299(5608): 853-855.
44. May C Wang, Soowon Kim, Alma A Gonzalez, Kara E MacLeod, Marilyn A Winkleby. Socioeconomic and food-related physical characteristics of the neighbourhood environment are associated with body mass index. *Journal of epidemiologie* 2006, 61 (6): 491.
45. Duffey, K.J, Gordon-Larsen, P. Steffen, L.M, Jacobs Jr, D.R, Popkin, B.M. Regular consumption from fast food establishments relative to other restaurants is differentially associated with metabolic outcomes in young adults. *J Nutr* 2009;139(11):2113–8.
46. sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick (maternelle-5e année) Fiche de renseignement provinciale 2010-2011 Poids Santé.
47. Ledikwe, J.H, Blanck, H.M, Khan, L.K, Serdula, M.K, Seymour, J.D, Tohill, B.C, Rolls, B.J. et al. Reductions in dietary energy density are associated with weight loss in overweight and obese participants. *PREMIER trial.* 2007 May;85(5):1212–21.
48. Bowman, S.A, Gortmaker, S.L, Ebbeling, C.B, Periera, M.A, Ludwig, D.S. Effects of Fast-Food consumption on Energy intake and diet Quality among Children in a National Household survey. *journal of pediatric* 2004,113(11) 112-118.
49. Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'Agriculture (FAO) 2013. Transition Nutritionnelle et obésité 2013; Disponible sur: <http://www.fao.org/FOCUS/ff/obesity/obes2.htm>.
50. Jean Michel CADET. Le comportement alimentaire des haïtiens inquiète. *Le Matin* 2012. Disponible sur: <http://www.lematinhaiti.com/contenu.php?idtexte=30287>.
51. Asma El Mabchour, Hélène Deslile. Les aliments non-traditionnels source de maladies cardiovasculaires. *Haiti sante* 2012 Disponible sur: <http://www.alterpresse.org/spip.php?article16617#.VGFjp8IWjy1>

52. Claude Gilles. Port-au-Prince en "Burger."Le nouveliste 2014 Disponible sur: <http://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/134360/Port-au-Prince-en-Burger.html>.
53. CRS, Mai 2013. Programme d'Education MYAP.
54. Bhardwaj S, Misra A, Khurana L, Gulati S, Shah P, Vikram NK. Childhood obesity in Asian Indians : a burgeoning cause of insuline resistance, diabetes and subclinical inflammation. *Asia Pacific journal of Clin Nutr* 2008; 17(1):172–5.
55. P D. Activité physique et obésité infantile : dépistage, prévention et prise en charge. *Sci Sports*. 2008; 23:278–82.
56. N.B Oldridge. Economic burden of physical inactivity : health care costs associated with cardio-vasculaire disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;115(2):130–9.
57. A.M.Euser, M.J.J. Finken, M.G. Keijzer-Veen, E.T.M. Hille, J.M.Wit, F.W.Dekker. Association between prenatal and infancy weight gain and BMI, fat mass and fat distribution in young adulthood : a prospective cohort study in mmales and females born very pretem. *Am J Clin Nutr*. 2005;81:480–7.
58. J. Baird, D. Fisher, P. Lucas, J. Kleijnen, H. Roberts, C. Law. Being big or growing fast : systematic review onf size and growth in infancy and later obesity. *BMJ*. 2005;331:929–34.
59. Jose Flecher. Le Matin 2012 - Le sport scolaire, pour développer le sport en Haïti. Disponible sur: <http://www.lematinhaiti.com/contenu.php?idtexte=30730>.
60. MSPP Haiti. Bulletin special juillet 2013. ASPC le premier maillon de la chaine. Disponible sur: [http://mspp.gouv.ht/site/download/Bulletin % 20 special](http://mspp.gouv.ht/site/download/Bulletin%20special).
61. Day M, Strange K, Mc Kay H, Naylor Pj. Action School! BC-healthy eating: Effects of a whole-school model to modifying eatin behaviours of elemen-tary school children. *Can J Public Heal*. 2008;99(4):328–31.
62. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maitrise des maladies non transmissibles (A/66/L.1). New York, Nations Unies, Assemblée générale 2011.
63. Helene Delisle, Victoire Agueh, Olivier Receveur, Chizuru Nishida. Pilot project of the Nutrition-Friendly School Initiative (NFSI) in Ouagadougou, Burkina Faso and Cotonou, Benin, in West Africa. *Global health promot* 2013; 20(1): 39-49.Doi: 10,1177/1757975913476907.

64. Agence Santé Publique Canada, septembre 2011. Le Canada signe la déclaration des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies chroniques. Disponible sur: http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0919-fra.php.
65. Statistique Canada 2009 : Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires. CANSIM. Disponible sur: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>.
66. Service Nouveau-Brunswick, "Rapports sur les Statistiques de l'état civil : Statistiques annuelles" Fredericton 2010. Disponible sur: <http://www.snb.ca/ff/1000/1000-01/f/annual-f.asp>.
67. Santé Canada numéro 5, juin 2012. Indicateur de santé du Nouveau Brunswick. Disponible sur: http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Indicateurs_sante5.pdf.
68. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Culture, du Tourisme et de la vie saine Fredericton 2012. Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick (maternelle-5e année)-Fiche de renseignements provinciale 2010-2011: Poids santé et modes de vie.
69. Freiner l'obésité juvénile : un cadre d'action FPT visant à promouvoir les poids santé - Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php>.

Annexes

1 Classification de l'obésité chez l'adulte

Classification	IMC	Risque de morbidité associé
Insuffisance pondérale	<18,50	Faible
Eventail normal	18,50-24,99	Moindre
Excès de poids	25,00-29,99	Accru
Obésité classe I	30-34,99	Elevé
Obésité classe II	35-39,99	Très élevé
Obésité classe II	>=40	Extrêmement élevé

Source : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Ministre des travaux publics et services gouvernementaux du Canada, 2003

1 Liste des personnes ressources consultées

Nom et Prénom	Fonction
Etienne DAKO	Ph.D microbiologiste, professeur titulaire à l'U de Moncton Canada
Slimane BELBRAOUE	Ph.D nutritionniste, professeur titulaire à l'U de Moncton Canada
Helene DESLILE	Directrice TRANSNUT OMS. Professeur à l'U de Montréal Canada
Philippe LARCO	Vice-Président FHADIMAC Haïti
Madame Nancy LARCO	Médecin, Administratrice de la FHADIMAC
Dr. Joseline MARHONNE	Directrice nationale nutrition Haïti
Dr. Eroid JOSEPH	Directeur sante scolaire Haïti
Bertho LENESCAR	Directeur PNCS Haïti
Dr. Anne-Marie Désormaux	Directrice sante scolaire Haïti
Dr. Murielle BONOSTRO	Chef projet nutrition PAM Haïti
Staff clinique MOTIVACTION	Programme lutte / obésité Canada/N-B
Guérin DELPHIN	Assistant Directeur PNCS Haïti
Mme Johanne	Gestionnaire sante publique N-B Canada
Roseline POMPILUS	Assistante Directrice nationale nutrition Haïti
Mme Nathalie Lemaire	Directrice école Sainte Rose de Lima AMP
Mr Frantzi CLERMONT	Directeur Lycée ami et collège adventiste AMP
Mme Caroline BARETO	Responsable sante scolaire AMP

2 Répartition des écoles du 3eme cycle fondamentales dans l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince

Commune	Nombre d'écoles	Secteur public	Nombre d'élèves	Secteur privé
Carrefour	258	2	60140	749
Cite Soleil	71	1	8174	-
Delmas	259	5	23825	351
Pétion Ville	171	5	24912	4315
Port-au-Prince	279	14	66099	17423

3 Cartographie de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince



4 Guide d'entrevue pour le personnel institutionnel

Caractéristiques sociodémographiques

Nom : Prénom : Sexe : M F
Commune : Date :
Nom de la structure : Catégories : Responsabilités :

Questions

1. Quelles sont les différentes interventions que vous menez dans le cadre de la promotion de la nutrition ?
R.....
.....
2. Quelle est votre population cible
R.....
3. Comment est votre collaboration avec les autres Ministères ?
R.....
4. Quels sont vos sources de financement ?
R.....
5. Comment évaluez-vous les résultats de vos interventions ?
R.....
6. C'est quoi pour vous la malnutrition/obésité ?
R.....
7. Est-ce que les jeunes haïtiens sont concernés par les problèmes de nutrition ?
R.....
8. Comment d'après-vous le milieu scolaire peut-il favoriser l'obésité ?
R.....
9. Quelles sont selon vous les mesures qui permettraient de lutter contre ce problème?
R.....
10. Qui devrait être le responsable pour que votre ou vos mesures soient mises en œuvre?
R.....
11. Quels indicateurs nous permettraient de faire le suivi et de rendre compte des progrès?
.....
(Responsables d'écoles spécifiquement)
12. Est-ce que la communauté/des parents participent dans les activités ? si oui comment ?
R.....
13. Existe-t-il un comité santé dans les écoles

5 Guide d'entrevue pour les élèves

Caractéristiques des répondants : Elèves 7^{ème} à 9^{ème} année fondamentale

Objectif : obtenir l'avis es élèves sur la question de nutrition dans les écoles secondaire de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince pour les porter à proposer des actions de renforcement ou d'amélioration.

Durée : 5 à 10 mn Date :

Classe _____ Age : _____

Questions

1- Selon vous, c'est quoi la nutrition ?

Rep : On collecte les idées, puis on donne cette définition : La nutrition désigne les processus par lesquels nous transformons et utilisons les aliments pour assurer notre santé.

2- Comment trouvez-vous la situation nutritionnelle en Haïti et en milieu scolaire de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince? Bonne _____ Mauvaise _____

R- Si mauvaise, pourquoi ?.....
.....

3- Quels sont les produits alimentaires disponibles dans les restaurants ou bars de votre école ?

R :

4- Quelles sont les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la santé de nos jeunes ?

R : Réponse en complément à leurs idées : Ils peuvent causer la malnutrition/obésité car ces aliments sont très riches en sucre, en sel et en graisse. Ils peuvent entraîner des maladies comme diabète, hypertension, maladies cardiaques, hypercholestérolémie, troubles de la circulation, cancer, etc. Ces maladies peuvent ainsi rendre les gens très peu productifs et augmenter les dépenses pour les soins de santé, jusqu'à causer leur mort. Puisque les jeunes passent la majeure partie de leur temps à l'école, ils sont exposés à cette alimentation, de nos jours, ils font peu d'exercices physiques, ce qui augmente leurs risques d'avoir ces problèmes.

5- Quels sont vos propositions pour améliorer la nutrition en milieu scolaire des jeunes de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince ?

R : En complément à leurs réponses, on présente les axes stratégiques. Chercher leur adhésion par rapport à chaque axe stratégique. Demander : quelles sont selon eux, les mesures qui permettront d'atteindre ces objectifs ?

- a) Education nutritionnelle pour favoriser le changement de comportement nutritionnel des jeunes ()
- b) Formation des responsables des bars, restaurant et les vendeurs de rue sur les aliments à vendre et leurs préparations ()
- c) Formation des responsables d'écoles, professeurs, parents sur l'éducation nutritionnelle des enfants ()
- d) Utilisation des produits locaux dans les cafeterias scolaires ()
- e) Intégrer l'activité physique dans les écoles et encourager les jeunes à en pratiquer ()

Autres propositions :

Etes-vous prêt à contribuer à la réalisation de vos propositions ?

6 Guide d'entretien pour la collection des informations relatives aux activités nutritionnelles dans les écoles secondaires dans l'AMP

Objectif: Collecter des informations l'organisation des activités de promotion nutritionnelles dans les écoles du troisième cycle fondamental dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.

Nom de l'institution :

Date:

Catégorie: Publique..... Privée :..... Laïque..... Mixte.....

Commune :

Questions

- 6- L'institution donne-t-elle un cours sur la nutrition ? R : oui..... Non.....
Si oui, combien de fois ? R : _____ Quand le fait-on ? R : _____
- 7- L'institution organise-t-elle des activités sportives? R : Oui..... Non.....
Si oui, quelle activité? R : _____ Combien de fois par semaine ? _____
Quelle est la durée ? _____ Avez-vous un professeur de sport ? _____
1. L'institution scolaire offre-t-il un repas chaud ? Oui..... Non.....
Si oui : quel est le menu ? _____
Combien de fois par jour? _____, Avez-vous payé pour cela? _____
- 8- Y-a-t-il un restaurant ou un bar à l'école ? R: oui..... Non.....
Si oui, quels sont les produits alimentaires disponibles? R: _____
- 9- Y-a-t-il des vendeurs de rues devant l'institution? R : Oui..... Non.....
Si oui, quels sont les aliments vendus ? _____

- 10- Les élèves apportent-ils un goûter Durant la journée : Oui..... Non.....

Quel type d'eau vous buvez à l'école? R : Eau traité _____ Eau non traité _____
- 11- Que proposeriez-vous pour l'amélioration de l'alimentation et l'activité physique dans votre école ?

7 Liste des écoles visitées dans l'Aire Métropolitaine Port-au-Prince Haïti

Ecole	Catégorie	Commune
Sainte Rose de Lima	Congréganiste	Delmas
Spring Hill Collège	Communale	Delmas
Collège Indigène	Protestante	Carrefour
Collège Catherine Flon	Episcopale	Carrefour
Lycée P-v	Communautaire	Pétion-ville
Frères de P-V	Congréganiste	Pétion-ville
Bon Berger	Presbytérale	Ta barre
André Marie Ampère	Protestante indépendante	Ta barre
Community school cite soleil	Communautaire	Cite-soleil
Foyer culturel St Vincent de Paul	Congréganiste	Cite-soleil
Lycée Anténor Firmin	Publique	Port-au-P
Collège Bird	Congréganiste	Port-a-P