



Problématique de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complications des enfants de 0 à 59 mois à Bamako, cas du centre de santé de référence de la Commune VI

Mohamed M'BAYE^{1*}, Mariam MAÏGA², Seydou TRAORE¹ et Issiaka TOGOLA¹

¹ Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako – Mali

² Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Bamako – Mali

* Auteur Correspondant : Courriel : mbayemohamed@yahoo.fr

Résumé:

Notre étude avait pour objectif la prise en charge des Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) à l'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI). Pour la mener à bien, nous avons fait le suivi (depuis leur admission jusqu'à leur sortie) de tous les MAS avec complications dépistés et hospitalisés à l'URENI du Centre de Santé de Référence de la Commune VI durant la période du 30 Avril au 31 Juillet 2016. L'étude a concerné 136 patients et les résultats ont montré que 90,44% des MAS ont été traités avec succès, 3,68% des MAS sont décédés, 3,68% des MAS ont été transférés pour raison médicale et 2,20% des MAS ont abandonnés le traitement. Les MAS admis en mode directe ont été traités avec succès à hauteur de 89,08% contre 100% des MAS admis en mode référence. Un meilleur résultat aurait pu être enregistré sûrement avec un dépistage assez prompt et une prise en charge sans rupture d'intrants avec un appui rapproché des médecins.

1. Introduction

La malnutrition est un ensemble de manifestations dues à un apport inadéquat en quantité et/ou en qualité dans l'alimentation des substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme, que cet ensemble se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques, ou physiologiques (OMS, 2000). Il existe de nombreuses raisons qui font qu'une personne devient dénutrie. Les causes varient d'un individu à l'autre, mais on note en autres, un régime alimentaire médiocre, les soins et les habitudes alimentaires inadaptés. (Burgess et Glasauer, 2005).

La malnutrition est un obstacle au développement humain. Elle réduit les capacités de développement économique des pays pour des générations. La malnutrition, aggravée par la carence en vitamines et en micronutriments, est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté car la malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie du pays. La plus importante conséquence de la malnutrition est l'accroissement de la morbidité et de la mortalité surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes (MSM, 2010).

Au Mali, comme dans la plupart des pays en voie de développement, la malnutrition en général et celle des enfants en particulier est de plus en plus un problème majeur pour la santé des populations. En effet, l'analyse des informations existantes montre qu'au Mali (MSM, 2010). Selon la même source, la malnutrition aiguë a affecté 8% des enfants de moins de 5 ans pour un seuil international fixé à 10%. Les enfants atteints de malnutrition aiguë ont un faible poids comparé aux enfants de même taille dans la population de référence. Ils sont plus exposés aux maladies et ont un risque de décès plus élevé que les autres enfants lorsqu'ils ne bénéficient pas de soins thérapeutiques.

La malnutrition est donc un problème brûlant de l'heure d'où l'existence de nombreux programmes et partenaires international en faveur de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, et surtout l'adoption et la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition. Ainsi, le choix de notre travail s'inscrit dans cette perspective de trouver des réponses effectives à la problématique de la prise en charge des questions de malnutrition.

2. Type d'étude et participants :

Il s'agissait d'une étude prospective qui a été menée sur 136 patients MAS hospitalisés à l'URENI durant la période du stage soit du 30 Avril au 29 Août 2016.

3. Analyses des données :

Les données obtenues ont été traitées avec Excel® version 2013.

4. Résultats

• Types de sortie de l'URENI

Les différents de sorties sont consignés dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Types de sortie de l'URENI

	TAS*	Décès	Abandon	Non-répondant	Transfert
Nombre	123	05	01	02	05
%	90,44	03,68	00,74	01,47	03,68

*TAS : Traités avec succès

Le tableau montre que la grande majorité des patients 123 sur 136 soit 90,44% sont sortis de l'URENI traités avec succès.

Seulement 3,68% des patients sont transférés ou décédés et le taux d'abandon est presque nul (0,74%).

• Répartition des patients TAS selon le sexe et la classe d'âge

Les données relatives à la répartition socio-démographique sont récapitulées respectivement dans les tableaux 2 et 3.

De l'analyse du tableau 2, nous notons que le taux de patients TAS féminins est plus élevé que celui des masculins soit respectivement 94,60% et 85,48%.

Tableau 2 : Répartition des patients TAS selon le sexe

Genre	Nombre	%
Masculin	53	85,48
Féminin	70	94,60

Tableau 3 : Répartition des patients TAS selon les classes d'âges

Classes d'âges	Nombre	%
----------------	--------	---

< 6 mois	04	80,00
6 – 11 mois	34	79,07
12 – 23 mois	65	98,48
24 – 59 mois	20	86,96

Le tableau 3 montre que la tranche d'âge la plus représentée est celle des [12 – 23] mois soit 98,48% suivie de celles des [24 – 59] mois soit 86,96%. Les tranches d'âges les moins représentées sont celles des moins de 6 mois avec 80% et des [6 – 11] mois avec 79,07%.

- **Les TAS selon le mode d'admission à l'URENI**

Tableau 4 : Répartitions des patients TAS selon le mode d'admission à l'URENI

Mode	Nombre	%
Directe	106	89,08
Référence	17	100

L'analyse de ce tableau nous montre que l'ensemble des patients admis en référence (17 soit 100% est TAS contre 89,08% des patients admis selon le mode direct.

Les patients admis en référence sont dépistés à temps par la communauté et/ou par les centres de santé communautaire et bénéficient d'une prise en charge plus rapide et efficace.

- **Les TAS en fonction de la durée du séjour**

Tableau 5 : Répartition des patients TAS selon la durée du séjour

Durée du séjour	Nombre	%
1 – 7 jours	34	27,64
8 – 15 jours	65	52,85
16 – 21 jours	36	29,27
22 – 28 jours	01	00,81

De l'analyse de ce tableau, nous retenons que le plus grand nombre de patients TAS 65 soit 52,85% a fait un séjour de 2 semaines (compris entre 8 et 15 jours) ensuite viennent les patients ayant fait un séjour de 3 semaines et 1 semaine soient respectivement 36 (29,27%) et 34 (27,64%). Les patients TAS ayant fait un séjour de 4 semaines sont très rares, seulement 1 sur 123 soit 0,81%.

- **Les cas d'échecs selon les causes**

Tableau 6 : Répartition des échecs de réponse au traitement selon les causes

Causes	Fréquences	%
Liées à la structure	08	61,54
Liées aux patients	02	15,38
Liées aux accompagnants	03	23,08

L'analyse de ce tableau nous montre que les causes d'échec de réponse au traitement à l'URENI liées à la structure sont les plus fréquentes 08 cas sur 13 soit 61,54% suivies de celle liées aux accompagnants 3 cas soit 23,08%. Les causes liées aux patients sont moins fréquentes 2 cas soit 15,38%.

5. Discussion

Cette étude qui a concerné 136 patients MAS, nous avons notés 123 cas de patients traités avec succès soit 90,44% ; 5 cas de décès soit 3,68% ; 5 cas de transfert médical soit 3,68% et 3 cas d'abandon soit 2,20%.

Le taux de TAS est supérieur aux valeurs de références (> 75%) (MSM, 2010) ^[3], proche de celui de (Coulibaly, 2012) ^[4] qui était de 82,6% mais supérieur à celui de (Doumbia, 2014) ^[5] (45,7%).

Le taux de décès (3,68%) est supérieur aux valeurs de référence (< 3%) indiquées dans le Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe et à celui de l'étude de (Coulibaly, 2012) ^[4] qui était de 2,5% mais inférieur à celui rapporté par l'étude de (Doumbia, 2014) (9%).

Ces décès pourraient être causés par une altération du système immunitaire qui entraîne la malnutrition d'où une grande vulnérabilité aux infections et une consultation et/ou référence tardive des malnutris qui se fait le plus souvent après l'apparition des complications à savoir la déshydratation, l'anémie sévère, l'hyperthermie, l'hypothermie, le choc septique, les Infections Respiratoires Aigües...

Le taux d'abandon (2,20%) est inférieur aux valeurs de référence (<15%) indiquées dans le PCIMA et très largement inférieur à ceux rapportés par (Doumbia, 2014) ^[5] et (Doumbia, 2011) qui ont trouvé respectivement 34,2% et 50%.

Le taux d'abandon pourrait s'expliquer principalement par le manque de moyen financier des parents pour la prise en charge des pathologies associées ou le désir de rentrer à la maison pour leurs activités génératrices de revenus et autres problèmes familiaux.

L'amélioration de nos résultats pourrait s'expliquer par une très faible fréquence de la rupture des intrants, la présence d'un thésard de médecine, notre présence (nutritionniste), un suivi rapproché du médecin responsable de l'URENI, des autres médecins de la pédiatrie y compris le chef de service.

Au cours de cette étude, nous avons recensé 70 filles et 53 garçons traités avec succès ; ce qui représente un taux de succès de 94,60% pour les filles et 85,48% pour les garçons. Cette prédominance féminine se rencontre aussi chez par (Doumbia, 2014) ^[6] et (Doumbia, 2011) et Coulibaly, 2012) qui ont rapporté respectivement 54%, 55,76% et 54,7% pour les filles et 46%, 44,24% et 45,3% pour les garçons. Elle est contraire à celle de l'étude de (Aké et al., 2005) qui était de 51,6% pour les garçons et 48,4% pour les filles.

L'écart entre les taux de TAS filles et garçons est sans doute lié à la population d'étude qui est majoritairement féminine.

Dans notre population d'étude, la tranche d'âge de 12 à 23 mois est la plus touchée avec 66 Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) sur 136 soit 48,53% avec un taux de TAS de 98,04%. Cette prédominance des 12 à 23 mois a été rapportée aussi par Doumbia, 2014), (Aké et al., 2005) et (Doumbia, 2011) avec respectivement 58,50%, 54% et 43%. Cela pourrait être dû au fait que cette période est souvent choisie pour l'ablactation des enfants, et les aliments de sevrage ne sont pas suffisants (quantitativement et qualitativement) pour couvrir les besoins de croissance, ce qui provoque des carences et une plus grande fragilité face aux infections qui à son tour aggrave le déficit immunitaire de la malnutrition.

La plupart du temps, l'ablactation n'est pas réalisée dans des conditions idéales, décidée brutalement sans diversification au préalable, au cours d'une maladie, ou en raison d'une nouvelle grossesse ; ce qui rend le cap difficile à franchir pour l'enfant entraînant ainsi la rupture de l'équilibre nutritionnel.

Dans cette étude, la majorité des patients (80,49%) ont une durée de séjour de moins de 2 semaines. Ce temps est inférieur à la valeur de référence (< 4 semaines) indiquée dans la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe mais supérieur aux normes OMS ^[1] qui indique une durée de séjour de 7 – 10 jours à l'URENI.

6. Références

1. OMS, 2000, « La prise en charge de la malnutrition sévère. Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de Santé à des postes d'encadrement », 72p.
2. Burgess Ann, Glasauer Peter, 2005, « Causes de la malnutrition », in « Guide de Nutrition Familiale », Rome, 121p 12 – 14.
3. Ministère de la santé du Mali / Secrétariat Général, 2010, « Contexte et Justification », in « Politique Nationale de Nutrition », Imp. NIB, Bamako, 38p.
4. Coulibaly Kassim 2012, « Commentaires et Discussions », in « Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe Chez les Enfants de 6 à 59 mois dans les Districts Sanitaires de Kidal et Tessalit en 2010 », Thèse de Médecine, Bamako, 92p 78 – 80.
5. Doumbia Fatoumata, 2014, « Généralités », « Commentaires et Discussions » in « Aspects Epidémiocliniques de la Malnutrition Aigüe Sévère des Enfants de Moins de 5 ans au CHU Gabriel TOURE », Thèse de Médecine, Bamako, 85p.
6. DOUMBIA Adama, 2011, « Commentaires et Discussions », in « Evaluation de la Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe dans le District Sanitaire de Baroueli », Thèse de Médecine, Bamako, 133p.
7. Aké O, Koffi M, Dagan S, Touré B, Adamou B, Angbo O, Koffi K, Diarra Nama A.J, 2005, Etude de la durée de suivi des malnutris réhabilités à l'INSP d'Adjamé (Abidjan), Médecine d'Afrique Noire 5202, p 307-311.