

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2018 – 2019

THESE

N° :

Déterminants des cas d'abandons de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les moins de 05 ans en Commune V.

Présentée et soutenue publiquement le 15-08-2019

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

M. Hamadi Gagny BAH

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Abdoul Aziz Diakité

Membres : Dr. Mamadou Traore

Co-Directeurs : Dr. Fatoumata KONATE

Directeur : Pr. Akory AG IKNANE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017– 2018

ADMINISTRATION

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Ousmane FAYE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : Dr. Monzon TRAORE- MAITRE-ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Monsieur Harouna SIDIBE – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr. Yaya FOFANA
Mr. Mamadou L. TRAORÉ
Mr. Mamadou KOUMARÉ
Mr. Ali Nouhoum DIALLO
Mr. Aly GUINDO
Mr. Mamadou M. KEITA
Mr. Sinè BAYO
Mr. Sidi Yaya SIMAGA
Mr. Abdoulaye Ag RHALY
Mr. Boulkassoum HAIDARA
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ
Mr. Massa SANOGO
Mr. Sambou SOUMARÉ
Mr. Abdou Alassane TOURÉ
Mr. Daouda DIAL
Mr. Issa TRAORÉ
Mr. Mamadou K. TOURÉ
Mme. Sy Assitan SOW
Mr. Salif DIAKITÉ
Mr. Abdourahmane S. MAIGA
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ
Mr. Amadou DIALLO
Mr. Mamadou L. DIOMBANA
Mr. Kalilou OUATTARA
Mr. Mahamdou DOLO
Mr. Baba KOUMARÉ
Mr. Bouba DIARRA
Mr. Brehima KONARÉ
Mr. Toumani SIDIBÉ
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Bakoroba COULIBALY
Mr. Seydou DIAKITÉ
Mr. Amadou TOURÉ
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA
Mr. Filifing SISSOKO
Mr. Djibril SANGARÉ
Mr. Somita KEITA
Mr. Bougouzié SANOGO
Mr. Alhousseini AG MOHAMED
Mme. Traoré J. THOMAS
Mr. Issa DIARRA
Mme. Habibatou DIAWARA
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ
Biologie Cellulaire

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr. Mahamed TOURÉ
Mr. Alou BAH
Mr. Bocar SALL
Secouriste
Mr. Balla COULIBALY
Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP
Mr. Moussa TRAORÉ

Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacologie
Médecine Interne
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
Santé-Publique
Medicine interne
Legislation
Toxicologie
Chimie Analytique
Chirurgie Générale
Orthopedie-Traumatologie
Chimie-générale et Minérale
Radiologie
Cardiologie
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Parasitologue
Chirurgie générale
Zoologie-biologiste
Stomatologie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Psychiatrie
Bactériologie
Bactériologie-Virologie
Pédiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Cardiologie
Histo-Embryologie
Néphrologue
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Dermato-Léprologie
Gastro-entérologue
O.R.L
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Dermatologie
Entomologie-Médicale

Pédiatrie
Ophtalmologie
Orthopedie-Taumatologie-
Pédiatrie
Chirurgie générale
Neurologie



Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ
Mr. Anatole TOUNKARA
Mr. Bou DIAKITÉ
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr. Modibo SISSOKO
Mr. Ibrahim ALWATA
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO
Mr. Bouraïma MAIGA
Mr. Mady MACALOU
Mr. Tiémoko D. COULIBALY
Mr. Mahamadou TOURÉ
Mr. Gangaly DIALLLO
Mr. Ogobara DOUMBO
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ
Mr. Sanoussi KONATÉ
Mr. Abdoulaye DIALLO

Chimie Organique
Immunologie
Psychiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Orthopédie-Traumatologie
O.R.L
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie-Traumatologie
Odontologie
Radiologie
Chirurgie Viscérale
Parasitologie-Mycologie
Chirurgie-générale
Santé Publique
Ophtalmologie



**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE
D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES
PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Ibrahim TÈGUÉTÈ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr. Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie

Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L.-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougady COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie

Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale



ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama DIARRA Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE Anatomie-Pathologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Mahamadou A. THERA Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA Immunologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdoulaye KONE Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA Bactériologie-Virologie
4. Mr. Aminata MAIGA Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
12. Mr. Moussa FANE Parasitologie Entomologie
13. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
14. Mr. Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
15. Mr. Nouhoum SACKO Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE Pharmacologie

17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pédiatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALL	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale



Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE



Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
D.E.R DE SANTE PUBLIQUE	
<u>PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE</u>	
Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion

ENSEIGNANTS EN MISSION

Mr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à Dieu, ALLAH le tout puissant qui, m'a donné la santé et le courage de le finir et à :

Mon papa : Mr Gagny Bah

Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Ton souci permanent d'une meilleure éducation de tes enfants et ton amour sans borne pour les études ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Ce travail est le fruit de ta patience et de tes sacrifices, tu incarnes la rigueur et la droiture ; tes conseils, bénédictions et prières m'ont toujours servi puisse ton exemple m'inspirer tout au long de mon existence et témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Merci, Papa ! Que Dieu le tout puissant te garde aussi longtemps que possible auprès de nous

Mes Mamans : Yaye Bah, Sina Bah : Vous avez guidés mes premiers pas dans la vie, vous avez travaillées durement pour que tous vos enfants aient une base solide pour affronter le dur combat de la vie.

Vos infinies tendresses, vos sacrifices, vos bénédictions, vos encouragements, vos calens, vos longues prières ne m'ont jamais fait défaut.

Chères Mamans, merci pour le souci que vous avez toujours eu pour la réussite de vos enfants. J'ai en mémoire cette peur que vous éprouvez la veille de toutes les épreuves de fin d'année scolaire ou académique qu'un de vos enfants doit subir. Soyez heureuses en ce jour ou un de vos fils vous font connaître la joie, la paix du cœur. Je ne trouverais jamais assez de mots pour exprimer toute ma tendresse et tout mon amour.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorde longévité, plein de santé car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas.

Mon Gagny Bah, en témoignage de mon amour pour toi.

MES GRAND-PARENTS FEUE Souwi Bolly, feue Assa Bah

Le jour que vous souhaitez tous voir est arrivé mais hélas le tout puissant, le seul décideur a voulu autrement.

Vos encouragements, prières, bénédictions et conseils m'ont beaucoup servi et me serviront toujours, merci pour la bataille quotidienne qu'ont été vos différentes vies sur terre.

Trouvez ici chers grands-parents l'expression de mes meilleurs souvenirs et de ma reconnaissance.

Dormez en paix.

Mes grands-pères Mamoudou Bah, Ibrahim Ba et Dr Hamady Ba vos encouragements, prières, bénédictions, sacrifices et conseils m'ont beaucoup servi et me serviront toujours.

Trouve ici cher grands-pères l'expression de mon profond attachement et de ma reconnaissance.

Tous mes Tontons et toutes mes Tentés.

Tous mes cousins et toutes mes cousines

De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité de nom.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, je vous en serai reconnaissant et prié pour le repos de l'âme des disparus.

Mes frères : Daibou Bah, N'dahar et Mamoudou Bah.

Mes sœurs : Diandji, Mariam dite Nene Bah, Assa Bah, Oumou Bah et Youmahani Bah.

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera un lien sacré pour tous. Vous avez toujours été présent à mes côtés, m'entourant de vos affections, aides et conseils.

Vos amours, encouragements et prières ne m'ont pas manqué puisse Dieu nous donne, longue vie pleine de santé pour que nous continuions à partager ensemble ces moments de joie. Vous avez été exemplaire pour moi en partageant tous mes soucis et en ne ménageant aucun effort pour me voir réussir. Les mots me manquent pour exprimer tout ce je ressens- recevez ici l'expression, de mon amour et de mon profond attachement.

Mes amis Julien Kone, Oumar baye et Djelimodi Diabate

Vous avez fait de moi votre frère, vos simplicités, vos déterminations, vos encouragements n'ont pas de prix.

Que Dieu vous accorde de la chance car je n'ai jamais douté de vos réussites dans la vie.

Merci, puisse Dieu renforce nos liens d'amitié et revaloir vos bienfaits au centuple.

Dr Boubou cisse et Mr fousseyni Traore

Pour vous je suis un frère, vous avez tout fait pour que ce jour soit.

Merci de vos aides, ce travail est votre.

Soyez rassurés de ma gratitude.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous

REMERCIEMENTS

Je remercie le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux qui m'a permis de mener bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A mon pays, le Mali qui a fait de moi ce que je suis.

Mes remerciements vont à (aux)

Tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez dispensés tout au long de notre formation.

Hommage Respectueux

Tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V particulièrement celui de la pédiatrie.

Docteurs Djeneba Coulibaly, Diarra, Djeneba Sacko, Ichaka kone, Maimouna Kanté et Maimona Haidara

Merci pour avoir guidé mes premiers pas dans la fonction d'interne d'un abord facile, vous avez toujours été présents à mes côtés.

Vos encouragements et vos apports dans la réalisation de ce travail ne m'ont pas fait défaut.

Mes collègues internes Djakaridia Malle, Oumar Sidibe, Abdoulaye Sidibe, Salif Mariko, Cheik Samak et Kassim Ouattara

Tous les stagiaires de la pédiatrie

Ce travail témoigne ma satisfaction pour votre franche collaboration.

Mes amis médecins : Dama Diawara, Salim Sylla, Abdoulaye Bocoum, Samir Hassan, Boubou Gakou et Modibo Malle.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse

Je n'oublierai jamais le moindre soutien tant matériel que moral. Je vous remercie infiniment pour tout : ce que vous avez fait pour moi, que chacun trouve ici l'expression d'une gratitude profonde même ceux dont les noms ne figurent pas.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- ✧ **Professeur agrégée en pédiatrie et Maître de conférence à la FMOS ;**
- ✧ **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- ✧ **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;**
- ✧ **Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU-GT.**

Cher Maître, nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre. Merci de nous avoir acceptés parmi vos élèves. Soyez rassuré, cher Maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous garde encore longtemps auprès de nous et en bonne santé pour que nous puissions continuer à bénéficier de vos enseignements.

A notre Maître et Juge

Docteur Mamadou Traore

- ✧ **Spécialiste en pédiatrie ;**
- ✧ **Chef de service de pédiatrie de CS réf cv du district de Bamako ;**
- ✧ **Chargé de cours de pédiatrie à l'INFSS de Bamako ;**
- ✧ **Chargé de Recherche FMOS ;**
- ✧ **Membre de l'AMAPED**

Cher maître, vous nous avez toujours manifesté un attachement et une sympathie auxquels nous n'avons jamais su répondre en totalité. Votre simplicité, votre modestie, votre passion pour le travail bien fait, votre dynamisme, votre esprit d'équipe, votre attachement à la recherche scientifique font de vous un modèle à suivre pour la jeune génération. Nous ne pourrons jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour nous. Qu'Allah vous accorde une longue vie pleine de santé. Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directrice de thèse

Docteur Fatoumata Konate

- ✧ Médecin de santé publique chargée du programme de prise en charge de la malnutrition à la division nutrition à la direction nationale de la santé (DNS).

Grande a été votre spontanéité malgré vos multiples occupation en acceptant de codiriger ce travail.

Nous vous en sommes reconnaissants. Veuillez accepter nos remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Akory AG IKNANE

- ✧ **Professeur titulaire de santé publique-nutrition**
- ✧ **Responsable du Master Nutrition au DERSP de la FMOS**
- ✧ **Directeur général de l'institut National de santé Publique**
- ✧ **Premier médecin Directeur de l'ASACOBA**
- ✧ **Ancien conseiller technique en nutrition a la division de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle à la CPS a Koulouba (DSSAN)**
- ✧ **Présidant du réseau malien de nutrition (REMANUT)**
- ✧ **Ancien directeur Général de l'ANSSA**
- ✧ **Ancien directeur Général de l'ANICT**

Cher Maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse, malgré vos multiples occupations.

Votre grande culture scientifique, vos qualités pédagogiques, votre amour du travail bien fait, expliquent l'estime que Vous portent tous les étudiants de la faculté.

Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACF-E : Action contre la faim-Espagne

AS : Aide-soignant

ASACOSABI : Association santé communautaire sabalibougou I

ASACOKAL : Association santé communautaire kalaban coura

ATPE : Aliment thérapeutique prêt à l'emploi

CS Réf : Centre de santé de référence

CV : commune V

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

FAO : Food and Agriculture Organization (Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture).

INSTAT : Institut nationale de la statistique

IRA : infections respiratoires aiguës

MAS : Malnutrition aigüe sévère

OMD : objectif millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PB : Périmètre brachial

PCIMA : Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PEC : Prise en charge

PVD : Pays en voie de développement

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

UNICEF : Fond des nations unies pour l'enfance

URENI : Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification de la malnutrition aigüe selon le Z-Score et le PB....	12
Tableau II : Critères d'admission à l'URENI	13
Tableau III : Critère complémentaire d'admission à l'URENI	14
Tableau IV : critères d'admission à l'URENAS	15
Tableau V quantité d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients soignés à l'URENAS	20
Tableau VI : Répartition des enfants en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	28
Tableau VII : répartition en fonction des caractéristiques sociodémographiques des parents	29
Tableau VIII : répartition des enfants en fonction des antécédents gynécologiques de la mère	30
Tableau IX : répartition des enfants en fonction du motif d'admission.....	30
Tableau X : répartition des enfants en fonction du mode d'alimentation	31
Tableau XI : répartition des enfants en fonction des caractéristiques de sevrage	32
Tableau XII : répartition des enfants en fonction des signes.....	32
Tableau XIII : répartition des enfants en fonction du diagnostic	33
Tableau XIV : répartition des enfants en fonction des traitements.....	33
Tableau XV : répartition des enfants en fonction de la durée du séjour	34
Tableau XVI : répartition des enfants en fonction du motif d'abandon	34
Tableau XVII : répartition des enfants selon la profession des mères et le motif d'abandon	35
Tableau XVIII : répartition des enfants selon le niveau d'instruction des mères et le motif d'abandon	35
Tableau XIX : répartition des enfants selon la profession des pères et le motif d'abandon	36
Tableau XX : répartition des enfants selon le nombre de personnes dans le foyer et motif d'abandon.....	36
Tableau XXI : répartition des enfants selon le type de sevrage et le motif d'abandon	37
Tableau XXII : répartition des enfants selon la durée du séjour aux URENAS et motif d'abandon.....	37

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Photo 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition (UNICEF/SCN.90)	8
Photo 2 : centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako	22
Photo 3 : service d'URENI	23
Photo 4 : stimulation cognitive à l'URENI.....	24

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général	4
2.2. Objectifs spécifiques.....	4
3. GENERALITES	5
3.1. Définition des concepts.....	5
3.2. Causes de la malnutrition	7
3.3. Critère d'admission à l'URENI.....	13
3.4. Vaccination.....	18
3.5. Traitement spécifique des complications	19
4. METHODOLOGIE	22
4.1. Cadre et lieu d'étude	22
4.2. Type d'étude	25
4.3. Population d'étude	25
4.4. Echantillonnage	25
4.5. Méthode de sondage	26
4.6. Les variables socio démographiques	26
4.7. Considération éthiques	27
5. RESULTATS	28
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	39
Caractéristiques sociodémographiques.....	39
Etat nutritionnel.....	40
Facteurs associés à l'état nutritionnel.....	40
Pathologies fréquemment associées	41
Evolution.....	41
7. CONCLUSION	44
8. RECOMMANDATIONS	46
9. REFERENCES	47

1. INTRODUCTION

La malnutrition est un ensemble de manifestations dues à un apport inadéquat en quantité et ou en qualité dans l'alimentation de substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme. Elle peut se manifester cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques, ou physiologiques [1].

On distingue deux grandes formes de malnutrition : la malnutrition aiguë et celle chronique. Ces différentes formes de malnutritions sont plus ressenties dans la population des enfants de moins de cinq (5) ans. Dans le monde, près de 55 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë dont 19 millions de cas sévères. La grande majorité des cas sont concentrés dans 36 pays en Afrique Sub-saharienne dont le Mali et au sud de l'Asie centrale. Parmi les 10 millions de décès observés chaque année à travers le monde chez les enfants de moins de cinq ans, la malnutrition est associée à plus de 50% de ces décès [2]. Au Mali, selon les résultats de l'enquête SMART 2018, la prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale observée sur l'ensemble des régions et le District de Bamako est de 10% et celle de la malnutrition aiguë sévère 2,0% [3].

L'analyse des résultats par région et pour le District de Bamako, montre que la prévalence de la malnutrition aiguë globale varie entre 4,4% pour la région de Kidal et 14,2% pour la région de Gao. Selon l'échelle de classification de l'OMS, quatre (4) régions sur les dix (10) enquêtées en plus du District de Bamako se trouvent encore dans une situation de crise nutritionnelle avec des prévalences de la malnutrition aiguë globale supérieure à 10%. IL s'agit des régions de Gao, Tombouctou, Ménaka, Ségou, et le District de Bamako. Parmi ces quatre régions, deux présentent des prévalences proches de 15% (Gao et Ménaka). Ces deux derniers se trouvent presque à la limite du seuil critique de malnutrition de par leurs prévalences [3].

Par ailleurs, en considérant la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS), quatre régions (Ségou, Gao, Ménaka, et Taoudéni) présentent des taux supérieurs à 2,0%, seuil d'urgence selon les critères définis par l'OMS. IL en est de même pour l'ensemble des régions ou le taux de MAS est à 2,0% [3].

On parle de malnutrition aiguë quand elle se développe rapidement, le plus souvent en rapport avec une situation ponctuelle de manque ou de manque répétés pendant les périodes à risque et de chronique quand celle-ci s'installe lentement en lien avec une situation de pauvreté structurelle.

La malnutrition aiguë est une entité à plusieurs variantes à savoir : la malnutrition aiguë modérée et la malnutrition aiguë sévère. D'après l'OMS la malnutrition est dite aiguë sévère quand elle se caractérise par une perte de poids très importante et une circonférence du bras inférieure à 115 mm (mesurée grâce au bracelet brachial) et ou un œdème bilatéral prenant le godet [4]. La malnutrition aiguë sévère constitue un réel problème de santé publique pour les pays surtout pour les plus pauvres. Dans le monde 143 millions d'enfants de moins de cinq (5) ans souffrent de malnutrition, dont 20 millions de malnutrition aiguë sévère [5]. Ce qui dénote que les enfants sont les plus à risque à faire une malnutrition aiguë sévère.

Pour une lutte contre la malnutrition aiguë sévère, les pratiques ont évolué dans le temps. Au départ avant les années 2000, toute la prise en charge se faisait dans les hôpitaux et uniquement par les professionnels de santé. Mais à cause de l'abandon des services par les accompagnants des enfants, une nouvelle stratégie a été mise en place au début des années 2000. À cette période, grâce à une nouvelle génération de produit thérapeutique près à l'emploi, le nutritionniste Steve Collins propose « d'améliorer l'approche hospitalière par l'approche communautaire » [6]. [7]. Cela a permis à plus de 80 % des enfants atteints d'une malnutrition aiguë sans complication médicale de bénéficier d'un traitement au sein même de la communauté. Cette approche a permis de

décongestionner le circuit de soin, d'augmenter la couverture et la guérison des malnutris aboutissant à moins d'abandon [8], [9]. Du fait de son succès l'approche a été conseillée par l'OMS (10). Depuis ces recommandations ont été appliquées au Mali, le suivi et le traitement des cas de malnutrition aigüe sévères dans les unités de récupération et d'éducation nutritionnelle, qui sont des structures de soins pour les enfants malnutris au sein des centres de santé de références. Malgré ces efforts, l'abandon du traitement demeure une embuche à l'atteinte des objectifs de la prise en charge de ces cas de la malnutrition aigüe sévère. De ce fait, il s'avère utile de faire une étude en vue de déterminer les causes probables de ces abandons de traitements.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Analyser les déterminants d'abandon de la prise en charge du traitement de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois suivis à l'URENI et aux URENAS du CS réf commune V, ASACOSABI et ASACOKAL.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accompagnants des enfants abandonnant le traitement ;
- Identifier les facteurs influençant l'abandon du traitement ;
- Déterminer le délai moyen de traitement au bout duquel les patients abandonnent la prise en charge ;

3. GENERALITES

3.1. Définition des concepts

- Primigeste : 1 grossesse ;
- Paucigeste : 2 à 3 grossesses ;
- Multigeste : supérieur ou égale à 4 grossesses ;
- Grande multigeste : supérieur ou égale à 6 grossesses.
- Primipare : 1 accouchement ;
- Paucipare : 2 à 3 accouchement ;
- Multipare : supérieur ou égale à 4 grossesses ;
- Grande multipare : supérieur ou égale à 6 grossesses.

➤ Aliment

L'aliment est un produit du règne animal ou végétal pouvant être utilisé pour nourrir l'organisme. Comme exemple nous avons : le lait, la viande, le poisson, les légumes, les céréales etc. Les aliments peuvent être classés en 3 types selon leur mode d'action au niveau de l'organisme. Il existe les aliments de construction riches en protéines, les aliments énergétiques riches en glucides et en lipides et les aliments de protection riches en vitamines et sels minéraux [11].

➤ Nutriment

Le nutriment est une substance constitutive des aliments dont l'organisme a besoin pour son développement et son bon fonctionnement. C'est tout corps simple ou composé organique ou minéral pouvant être absorbé par les cellules intestinales [11].

➤ Alimentation

L'alimentation est le mécanisme par lequel les aliments sont introduits dans l'organisme. C'est aussi nourrir, « entretenir, faire vivre en donnant à manger ». C'est donc la production, la préparation, la distribution des denrées alimentaires [11].

➤ Nutrition

La nutrition est la science qui explique le rôle joué par les aliments et les nutriments dans le corps humain, pendant la croissance, le développement et le maintien de la vie. Définie dans un contexte plus large, la nutrition appréhende « comment les aliments sont produits, transformés, manipulés, vendus, préparés, partagés et consommés et quel est leur sort dans l'organisme : comment ils sont digérés, absorbés, utilisés » [11].

➤ Malnutrition

L'OMS propose comme définition de la malnutrition un "état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques" [13].

➤ Malnutrition aigüe.

La malnutrition aigüe est l'ensemble des manifestations cliniques dues à un apport quantitatif et/ou qualitatif insuffisant, dans l'alimentation, de substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme. Son évolution est très variable selon la gravité, la durée et l'âge auxquels elle survient: plus l'enfant est jeune, plus sa vitesse de croissance est rapide et plus il est vulnérable [12].

Elle est mesurée par le rapport Poids / Taille.

➤ La sécurité alimentaire

Elle existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active [13].

➤ La sécurité nutritionnelle

La sécurité nutritionnelle est « une situation dans laquelle tous les membres des ménages ont un accès garanti à une alimentation suffisamment nutritive et, en même temps, à un environnement salubre et à des services de santé et des soins propres à leur assurer une vie saine et active » [14].

- URENAS : unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère
- URENI : unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

3.2. Causes de la malnutrition [15]

Selon le cadre conceptuel de l'UNICEF : l'UNICEF décrit trois grandes causes de la malnutrition :

- Immédiates : ce sont les problèmes d'apport alimentaires inadéquats, les problèmes de santé.
- Sous-jacentes : telles que la famine, le niveau d'éducation inadéquat, l'insalubrité, les services de santé insuffisants ou indisponibles, qui lorsqu'elles ne sont pas prises en compte, induiront les effets immédiats de la malnutrition.
- Profonde : c'est la volonté politique qui détermine les plans et politiques de santé.

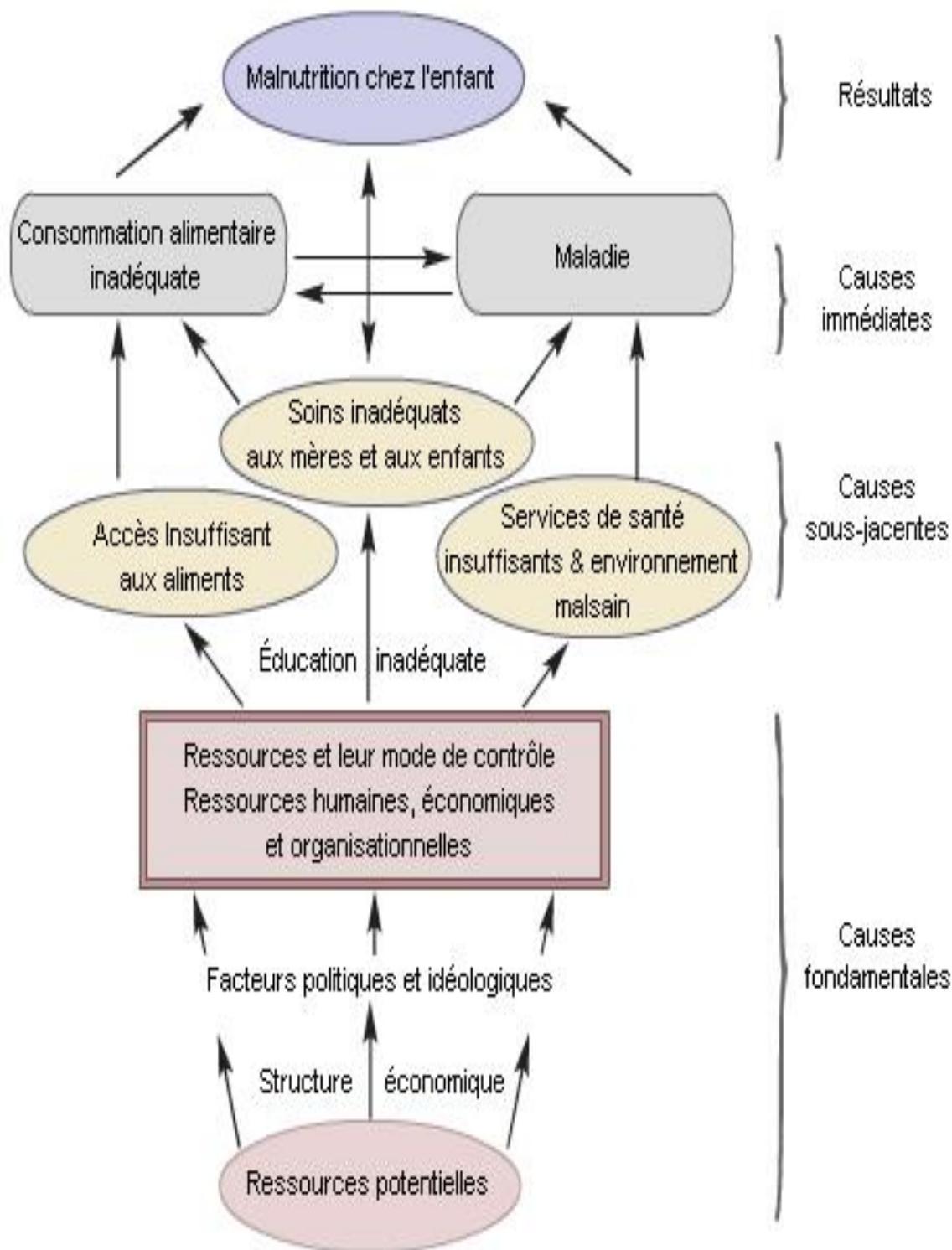


Photo 1 : Cadre conceptuel de la malnutrition (UNICEF/SCN.90) [16]

3.2.1. Classification de la malnutrition :

Les différents types de malnutrition ne sont pas nécessairement exclusifs et coexistent souvent chez un même enfant [17].

Les trois formes qui peuvent être définies grâce à des données anthropométriques (mesures corporelles) sont détaillées ci-dessous [17].

➤ Retard de croissance ou Malnutrition chronique

Taille pour âge (T/A) reflète la croissance linéaire : le retard de croissance (ou malnutrition chronique) provient généralement de longues périodes d'apport alimentaire insuffisant et d'épisodes d'infections, surtout pendant les années de croissance maximum des enfants. Un retard de croissance augmente de façon significative la probabilité d'un décès prématuré. Les enfants ayant un retard de croissance sont plus vulnérables aux infections, ont une altération de leur développement cognitif et une faible capacité au travail à l'âge adulte [17].

➤ Sous-poids ou Insuffisance pondérale ou malnutrition globale

Poids pour âge (P/A) : c'est une forme composite de malnutrition comprenant des éléments de retard de croissance et d'émaciation. Mais, cet indice ne permet pas de savoir si l'enfant a un faible poids / âge à cause d'un petit poids ou à cause d'une petite taille pour son âge [17].

Cette mesure bien que non spécifique est souvent la seule mesure collectée dans nos pays par les programmes nationaux en nutrition [17].

➤ Emaciation ou Malnutrition aigüe

Poids pour taille (P/T) : la malnutrition aigüe reflète une perte de poids récente mise en évidence par un faible poids pour une taille donnée. La malnutrition aigüe fait suite à des chocs récents qui ont des conséquences sur le statut nutritionnel de l'enfant comme le manque de nourriture, une

maladie récente, des pratiques de soins inappropriées, ou une combinaison de plusieurs de ces facteurs [17].

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère sont très vulnérables aux infections et sont en danger de mort.

Le marasme (apport quantitatif insuffisant) et le kwashiorkor (malnutrition protéique) sont les deux principales manifestations graves de la malnutrition aiguë chez le jeune enfant. Les deux types de malnutrition peuvent souvent être associés. Cependant, il existe également des formes frustes de malnutrition aiguë [11].

- Le marasme:

C'est une insuffisance calorique globale de la ration alimentaire. Le tableau clinique présenté par l'enfant marasmique est tout à fait différent de celui de kwashiorkor [18]. L'enfant, dans la plupart des cas, continue de s'intéresser à ce qui se passe au tour de lui, il n'a pas perdu l'appétit mais il est nerveux et anxieux [18].

Le signe le plus frappant reste l'amaigrissement de la couche graisseuse et la fonte musculaire, la peau semble trop vaste pour le corps de l'enfant, le visage est émacié, les yeux enfoncés dans les orbites. L'enfant a une diarrhée importante par atrophie de la muqueuse intestinale. Il existe des formes modérées et des formes aiguës [18]. Biologiquement la protidémie est diminuée. Même si des complications peuvent apparaître, le pronostic est meilleur que celui du kwashiorkor.

- Le kwashiorkor :

Il correspond à une insuffisance d'apport protéinique dans la ration alimentaire. Les signes les plus marquants sont l'apathie, l'anorexie, la présence d'œdème en particulier aux chevilles, sur le dos des mains, des pieds et parfois au visage (visage bouffi). L'amaigrissement est constant mais souvent masqué par les œdèmes. La peau peut être terne et l'on

trouve souvent des lésions à type de dépigmentation. Dans la phase la plus avancée, il peut y avoir hyperpigmentation avec craquelures, voire ulcérations de la peau. Les cheveux sont parfois dépigmentés (roux et même blancs), défrisés, cassants et ils se laissent facilement arracher. Il y a souvent une diarrhée par atrophie de la muqueuse intestinale. Biologiquement, on note une chute importante de la protidémie, portant essentiellement sur l'albumine. L'ionogramme sanguin montre des troubles hydro électrolytiques, notamment une hyponatrémie, une hypocalcémie, et une hypokaliémie. Des complications peuvent survenir telles que la déshydratation, les troubles métaboliques et les infections bactériennes, celles-ci expliquent la mortalité très élevée au cours du kwashiorkor [19].

- La forme mixte :

C'est une forme associant à des degrés variables, les signes de kwashiorkor et du marasme. La malnutrition au Mali comme dans de nombreux pays en voie de développement (PVD) est un problème de santé publique. Notez l'abdomen ballonné et des pieds caractéristiques [18].

3.2.2. Conséquences de la malnutrition [20]

Les effets de la malnutrition sont multiples.

Ils se répercutent sur l'ensemble du développement de l'enfant. Les manifestations suivantes peuvent être citées:

- Diminution de la capacité de lutter contre l'infection ;
- Destruction du système immunitaire ;
- Retard de croissance ;
- Augmentation de risque de mortalité infantile ;
- Augmentation de la fatigue et de l'apathie ;
- Perturbation du développement cognitif et mental ;
- Réduction de la capacité à apprendre.

A cet effet, il en résulte un lourd handicap pour les investissements sociaux (santé, éducation) et économique (agriculture, pêche).

3.2.3. Complications [21]

- Déshydratation (marasme, kwashiorkor, hypernatrémique, diarrhée)
- Choc septique
- Dilatation gastrique
- Défaillance cardiaque
- Hypothermie
- Anémie sévère
- Hypoglycémie
- Syndrome de renutrition
- Fièvre

3.2.4. La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère [21]

Elle se fait soit à :

L'URENAS, cibles d'âge : 6-59 mois, supérieur à 59 mois ;

L'URENI, cibles d'âge: inférieur 6 mois, 6-59 mois, supérieur à 59 mois.

Tableau I : classification de la malnutrition aigüe selon le Z-Score et le PB

P/T < -3 ZS	Malnutrition Aigüe Sévère
P/T >ou = -3 et < -2 ZS	Malnutrition Aigüe Modérée
P/T > ou = -2 ZS	Bon état nutritionnel

ROUGE PB < 115mm	Malnutrition Aigüe Sévère
JAUNE PB > ou = 115 et < 125mm	Malnutrition Aigüe Modérée
VERT PB > ou = 125 mm	Bon état nutritionnel

3.3. Critère d'admission à l'URENI

Les tableaux II et III résument les différents critères d'admission à l'URENI

Tableau II : Critères d'admission à l'URENI

Critères	URENI
Nourrissons de moins de 6 mois ou de moins de 3 kg étant allaité	Le nourrisson est trop faible pour téter de façon efficace (quel que soit son P/T, Poids/Age (P/A) ou autre mesure anthropométrique) ou Le nourrisson ne prend pas de poids à domicile (après une série de prise de poids lors du suivi de la croissance, par ex. changement d'indice P/A) ou P/T < -3 Z-score ou Présence d'œdèmes bilatéraux
6 mois à 59 mois	P/T < -3 z-score (table unisexe OMS20065) ou PB < 115 mm ou Présence d'œdèmes bilatéraux (+, ++ ou +++ admission à l'URENI)

Tableau III : Critère complémentaire d'admission à l'URENI

Critères	URENI
Choix de l'accompagnant (à n'importe quel stade de la PEC) doit-être respecté	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou transférer le patient en URENI. Les souhaits de l'accompagnant doivent être respectés.
Appétit	Test de l'appétit négatif (appétit faible/ ou non concluant)
Œdèmes	Présence d'œdèmes bilatéraux (Degré +; ++ ; +++) Marasme-kwashiorkor (P/T < - 3 Z-score et présence d'œdèmes bilatéraux)
Peau	Lésions cutanées ouvertes
Complications Médicales	Toute maladie grave, en utilisant les critères de PCIME : infection respiratoire aiguë, anémie sévère, déshydratation, fièvre, léthargie, etc.
Candidose	Présence de candidoses ou autres signes sévères d'immunodépression.
Accompagnant	Circonstances familiales non appropriées pour une prise en charge à la maison.

Tableau IV : critères d'admission à l'URENAS

NOUVELLES ADMISSIONS	
Enfants de 6 à 59 mois	P/T < -3Zscore ou
	PB < 115mm
	Œdèmes à une croix sans autres complications et un bon appétit (au niveau du centre de santé)
Supérieur à 59 mois	Adolescents : P/T < 70% de la médiane de référence NCHS
	PB < 180mm
	Adultes : IMC < 16 avec perte de poids récente
	PB < 180mm

3.3.1. Les étapes de la prise en charge à URENI

Les principes de prise en charge (PEC) de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) à l'URENI, comprennent trois phases (Phase Aiguë ou Phase 1, Phase de Transition, Phase de réhabilitation ou phase 2) :

➤ La Phase aiguë ou phase 1

Les patients anorexiques avec ou sans complications médicales majeures sont admis en structure hospitalière (URENI) durant la Phase Aiguë du traitement. Le produit thérapeutique utilisé durant cette phase est le lait F75. Le F75 permet d'amorcer le rétablissement des fonctions métaboliques et rétablir l'équilibre nutritionnel électrolytique. Un gain de poids rapide à ce stade est dangereux, c'est pourquoi le F75 est formulé de façon à ce que les patients ne prennent pas de poids durant cette période.

➤ La phase de transition

La Phase de Transition est introduite pour éviter au patient de prendre une trop grande quantité de nourriture brutalement, avant que ses fonctions

physiologiques ne soient restaurées : en effet ceci peut être dangereux et conduire à un déséquilibre électrolytique et au « syndrome de rénutrition ». Durant cette phase, les patients commencent à prendre du poids avec l'introduction du F100 ou d'ATPE. Ceci augmente de 30 % l'apport énergétique du patient et son gain de poids doit atteindre environ 6 g/kg/jour. La quantité énergétique et le gain de poids attendu sont moins élevés qu'en phase de réhabilitation.

➤ La phase de réhabilitation ou phase 2 à URENAS (exceptionnellement à URENI)

Dès que les patients ont un bon appétit et ne présentent plus de complications médicales majeures, ils reçoivent des ATPE et sont transférés vers l'URENAS. Ces produits sont faits pour favoriser un gain de poids rapide (à raison de 8 g/kg/jour et plus). Les tables par classe de poids peuvent être utilisées quel que soit le poids et l'âge des patients.

3.3.1 Traitement médical

3.3.2. Antibiothérapie systématique

Les antibiotiques doivent être donnés aux patients souffrants de MAS systématiquement, même si le patient ne présente pas de signes cliniques d'infections généralisées. Ceci n'est pas un traitement prophylactique. En fait, même si les signes cliniques d'infection sont absents, elles doivent toujours être traitées à l'aveugle.

Le traitement de première intention selon l'état clinique de l'enfant consiste en : Amoxicilline orale (si l'amoxicilline n'est pas disponible, utiliser l'ampicilline orale) ou ceftriaxone en une injection journalière Intra - Musculaire (IM) pendant trois jours (50 mg/kg). Le traitement de seconde intention pour tout signe apparent d'infection systémique.

Ajouter la gentamicine (sans arrêter l'amoxicilline ou ceftriaxone) ou changer pour la ciprofloxacine (perfusion ou orale (20 mg/kg/ jour en deux prises par jour) associé au métronidazole (perfusion ou orale à raison de 10mg/kg/jour).

Cette option n'est recommandée qu'en cas de septicémie ou de choc septique. Si l'on suspecte une infection à staphylocoques, ajouter la cloxacilline (100-200 mg/kg/jour, 3 fois par jour).

Durée de l'antibiothérapie : donner soit de façon continue du début du traitement (Phase Aiguë/Phase1) jusqu'au transfert du patient vers l'URENAS, soit chaque jour durant la phase aiguë + 4 jours.

Le traitement de troisième intention : selon la décision médicale.

Très souvent un traitement antifongique est prescrit :

Nystatine : 100,000 UI par voie orale 4 fois par jour dans les cas de candidoses orales et de façon routinière dans les endroits à forte prévalence de candidoses (> 20 %) ou VIH.

Fluconazole (3 mg / kg / 1 fois par jour) : tout enfant avec des signes de septicémies sévères ou de candidoses systémiques doit être traité avec du fluconazole selon les doses indiquées, bien qu'il y ait des risques hépatiques légers.

REMARQUE : Le Co-trimoxazole est inactif sur la prolifération bactérienne de l'intestin grêle: il est inadéquat pour les patients souffrant de MAS. S'il est donné aux patients porteurs du VIH/SIDA comme traitement prophylactique de la pneumonie à pneumocystis, les autres antibiotiques doivent être donnés en addition aux doses de Co-trimoxazole, considéré comme un traitement prophylactique (et non curatif).

3.3.3. Traitement antipaludéen

Pour tout patient admis à l'URENI

- Donner du coartem artéméther-luméfantrine40.

En cas de Paludisme grave, donner :

- Artéméther injectable en IM et prendre le relais/volontaire avec le coartem, dès que le patient est capable d'avaler.

Remarque : Les combinaisons contenant de l'amodiaquine sont supposées toxiques pour le patient souffrant de la MAS et doivent être évitées jusqu'à ce que leur innocuité soit confirmée pour ce groupe spécifique.

- Ne jamais donner de quinine par voie orale ou en perfusion à un patient souffrant de MAS dans les 2 premières semaines de traitement : la quinine induit souvent des hypotensions prolongées et dangereuses, des hypoglycémies, arythmies et arrêts cardiaques. Il y a peu de différence entre la dose thérapeutique et toxique.

Les moustiquaires imprégnées doivent toujours être utilisées dans les régions endémiques.

3.4. Vaccination

- **Vaccination rougeole :**

Vacciner tous les enfants à partir de 9 mois sans carte de vaccination rougeole à l'admission (une seconde dose de vaccin doit être faite à la 4^{ème} semaine en URENAS uniquement pour ces enfants qui ont été vaccinés à l'URENI).

- **Vitamine A :**

Il y a suffisamment de vitamine A dans le F75, F100 et ATPE pour corriger les carences légères en vitamine A ; des doses élevées de vitamine A ne doivent pas être données chez les enfants ne présentant pas de signes de déficiences et peuvent être dangereuses.

Donner des hautes doses de vitamine A uniquement selon les circonstances suivantes :

- Lorsque l'enfant souffre de n'importe quel signe de carences en vitamine A : ceci inclut toute infection oculaire ; comme par exemple : les conjonctivites.
- Les enfants de plus de 9 mois, dans les cas d'épidémie de rougeole si l'enfant n'a pas été vacciné contre la rougeole.

- **Acide folique :**

Il y a suffisamment d'acide folique dans le F75, F100 et l'ATPE pour le traitement de carences légères en acide folique.

S'il y a une anémie clinique, donner une dose unique d'acide folique (5 mg) le jour de l'admission.

- **Anti-helminthes :**

Donner le traitement déparasitant à la phase 2 ou à l'URENAS.

3.5. Traitement spécifique des complications

Au cours de la PEC, les enfants peuvent présenter des complications. Le traitement se fera en fonction de leur complication.

3.5.1.1. Critères de transfert de la Phase de Transition à l'URENAS (guérison)

Le critère principal pour passer de la Phase de Transition (URENI) à la Phase de Réhabilitation en ambulatoire (URENAS) est :

- Un bon appétit (soit une consommation d'au moins 90 % d'ATPE) et la bonne acceptabilité de l'ATPE.
- Pour les patients avec présence d'œdèmes (kwashiorkor), une fonte totale des œdèmes

Les autres conditions sont les suivantes :

- Un accompagnant capable de s'occuper du patient à domicile et qui est d'accord pour le traitement à l'URENAS ;
- Des quantités d'ATPE suffisantes.

Tableau V : quantité d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients soignés à l'URENAS

Classe de Poids (kg)	APTE-Pate		ATPE-sachets (92g)		BP100	
	Grammes par jour	Grammes par semaine	Sachet par jour	Sachet par semaine	Barres par jour	Barres par semaine
3.0-3.4	105	750	1½	8	2	14
3.5-4.9	130	900	1½	10	2½	17½
5.0-6.9	200	1400	2	15	4	28
7.0-9.9	260	1800	3	20	5	35
10.0-14.9	400	2800	4	30	7	49
15.0-19.9	450	3200	5	35	9	63
20.0-29.9	500	3500	6	40	10	70
30.0-39.9	650	4500	7	50	12	84
40-60	700	5000	8	55	14	98

3.5.1.1.1. Stimulation émotionnelle et physique :

Lorsque l'enfant est vraiment sévèrement malnutri, il ne joue plus, ne pleure plus, ne sourit plus, ne se plaint plus et ne réagit plus. Il devient léthargique et s'affaiblit. Par ce qu'il ne pleure pas quand il a faim ou soif ou quand il est stressé, la mère pense que son enfant n'a plus besoin d'attention. Les infirmiers négligent également ces enfants à l'hôpital pour la même raison. Les adultes répondent à leur demande, mais s'ils ne demandent rien, ils sont ignorés. Ceci est une des raisons principales pour laquelle ces enfants doivent être traités ensembles de préférence et séparés des autres enfants présentant d'autres conditions.

Par ce que l'enfant ne joue pas, il n'a pas l'occasion d'apprendre. A la longue, ceci peut retarder le développement mental et comportemental. La stimulation émotionnelle et physique à travers le jeu doit commencer durant la réhabilitation

et continuer après la sortie, elle peut de cette façon réduire les risques de séquelles mentales et émotionnelles.

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de l'URNI du CSRef de la commune V du district de Bamako et des URNAS dans l'ASACOSAB I et ASACOKAL

4.1.3 CS Réf CV :



Photo 2 : centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

La commune V comptait une population de 545 .294 habitants en 2016 dont 85 .066 enfants de 06 à 59 mois. Cette population est en nette augmentation année par année.

Chaque commune du district abrite un Centre de Santé de Référence communément appelé CSRef aujourd'hui qui est une structure de 2^{ème} référence dans la pyramide sanitaire du Mali.

Celui de la commune V, créé en 1982 et situé à l'extrême nord-est du Quartier Mali .C'est l'une des structures de santé la plus fréquentée sur la rive droite.

Le CS Ref-CV comprend plusieurs unités de prise en charge dont :

- Un service de gynéco-obstétrique.
- Un service de chirurgie
- Une unité d'odontostomatologie

- Une unité ORL
- Un laboratoire d`analyse biomédicale
- Une pharmacie
- Un service d`imagerie médicale
- Un service de médecine qui comprend :
 - une unité de médecine générale
 - une brigade d`hygiène
 - une unité de prise en charge des patients lépreux
 - une unité de soins et d`accompagnement au PV/VIH
 - une unité de recherche
 - un système d`information sanitaire (salle informatique)
- Le service de Pédiatrie est situé à l`est de l`entrée principale du centre de santé, il est constitué de :
 - URENI

Une unité de Néonatalogie

4.1.3.1 URENI

L`unité de récupération et d`éducation nutritionnelle intensive (URENI) au sein duquel notre étude s`est déroulée, depuis Février 2018, est logée dans un nouveau bâtiment.



Photo 3 : service d`URENI

4.1.3.2 Description de l'URENI

➤ Le personnel à l'URENI

- Un pédiatre responsable de l'URENI ;
- Un major ;
- Quatre infirmières ;
- Une aide-soignante.

➤ Les activités de l'URENI

- Visite quotidienne des enfants hospitalisés ;
- Dépistage passif chaque jour ;
- Préparation et distribution de lait aux enfants malnutris chaque 3h soit 8 repas par 24h ;
- Séances de stimulation cognitive deux fois par semaine.



Photo 4 : stimulation cognitive à l'URENI

➤ Infrastructures de l'URENI

Elle est composée de :

- Une salle d'évaluation ;
- Une salle de préparation du lait thérapeutique ;
- Une salle pour les intrants ;

- Deux salles d'hospitalisations ;
- Dix lits d'hospitalisations ;
- Un hangar pour les séances de stimulations cognitives ;
- Une toilette pour le personnel ;
- Deux toilettes pour les patients.
- Equipements de l'URENI :
 - Kit de mesure anthropométrique ;
 - Ustensiles de cuisine pour la préparation et la distribution de lait.
- Intrants de l'URENI :
 - Les aliments thérapeutiques (lait F75 et F100, plumpy-nut) ;
 - Le RESOMAL ;
 - Les médicaments systématiques sont fournis par l'UNICEF ;
- Supports de gestion :
 - Fiche individuelle ;
 - Les registres ;
 - Les fiches de transfert URENI-URENAS.

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale prospective, qui s'étendait sur une période de 8 mois allant de février 2018 à septembre 2018.

4.3. Population d'étude :

Tout enfant malnutri sévère admis à l'URENI et aux URENAS du CSREF commune v et des URENAS : asacosaba1 et ASACOKAL.

4.4. Echantillonnage :

Il s'agit de tous les enfants ayant abandonnés le traitement au cours de la période d'étude

4.4.1. Critères d'inclusion :

- Tous les enfants malnutris aigüe sévères suivis à l'URENI et aux URENAS de la pédiatrie du CSREF commune v, ASACOSABI et ASACOKAL ayant abandonné le traitement :

4.4.2. Critères de non inclusion :

- Il s'agissait de tous les enfants malnutris aigüe sévères chez qui le consentement éclairé des parents n'a pas été obtenu

4.5. Méthode de sondage :

Pour le recrutement des unités de sondage (enfants malnutris) nous avons effectué une sélection exhaustive de tous les cas d'enfants malnutris sévères répondant à nos critères d'inclusion.

Nous avons administré un questionnaire aux populations cibles en rapport avec ces enfants à savoir : les parents ou accompagnants des enfants malnutris sévères. Ceci dans le but de connaître les motifs d'abandons. Nous avons aussi recueilli des données sociodémographiques des personnes enquêtées afin de recueillir les caractéristiques des populations faisant recours à ces unités de soin.

4.5.1. Saisie et analyse des données :

Nous avons utilisé différents logiciels pour la saisie, le traitement et l'analyse des données. Ces logiciels sont : Microsoft Word, Excel et PowerPoint, SPSS 22. Nous avons élaboré un plan d'analyse des résultats et avons dépouillé les fiches d'enquêtes qui étaient correctement et totalement remplies.

4.6. Les variables socio démographiques :

L'identification du malade :(nom et prénom ; âge ; sexe ; ethnie ; quartier ; numéro de téléphone etc.)

Motifs d'hospitalisation,

Antécédents familiaux et personnels,

Histoire de la maladie,

Examen clinique : les mesures anthropométriques

Hypothèses diagnostiques,

Examens complémentaires.

Traitement

Devenir du malade

4.7. Considération éthiques :

Une lettre a été adressée aux autorités sanitaires pour les informer et obtenir leur accord avant le démarrage de l'étude. Afin d'assurer la confidentialité des résultats, l'anonymat des participants a été strictement respecté. Les différents entretiens ont été menés avec le consentement éclairé des participants et ont eu le droit de répondre ou non aux questions. Les recommandations qui ont été formulées au décours de cette étude, seront mises à la disposition des autorités sanitaires du CS Réf CV.

5. RESULTATS

Tableau VI : Répartition des enfants en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Fréquence (n=101)	Pourcentage
Tranche d'âge		
6-12mois	70	69
13-24mois	27	27
25-36mois	2	2
37-48mois	2	2
Sexe		
Masculin	35	35
Féminin	65	65
Niveau d'instruction de la mère		
Primaire	41	40,6
Secondaire	29	28,8
Non scolarisée	24	23,8
Medersa	6	5,9
Supérieur	1	0,9
Provenance		
Commune V	88	87,1
Hors commune V	13	12,9

La tranche d'âge 6 – 12 mois a été la plus représentée avec 69,3%.

Le sexe féminin était majoritaire avec 65%, un sexe ratio à 1,8.

Les Bambaras étaient les plus représentés avec 40,6%.

Près de la moitié des mères était instruite au niveau primaire soit 40,6%.

Les enfants résidaient en commune V dans 87,1% des cas ou en dehors de la commune V dans 12,9% des cas.

Tableau VII : répartition en fonction des caractéristiques sociodémographiques des parents

Profession principale des parents	Fréquence (n=101)	Pourcentage
Profession principale du Père		
Ouvrier	46	45,6
Commerçant	45	44,6
Fonctionnaire	8	7,9
Salarié Du Privé	2	2,0
Profession principale de la Mère		
Ménagère	95	94,1
Fonctionnaire	4	4,0
Salariée privé	1	1,0
Autres	1	1,0
Niveau d'instruction du père		
Primaire	44	43,6
Secondaire	30	29,7
Supérieur	6	5,9
Medersa	6	5,9
Non scolarisée	15	14,9
Régime matrimonial		
Monogame	66	65,3
Polygame	35	34,7
Nombre de personnes vivant dans le foyer		
1 – 10	62	61,4
11 – 20	39	38,6
> 20	0	0,0

La plupart des mères d'enfants malnutris étaient des ménagères avec 94,1%

La profession ouvrière représentait 45,6%.

Les pères avaient un niveau d'instruction primaire soit 43,6%.

La monogamie était pratiquée chez environ 65,3% des pères.

Plus de la moitié des pères avaient dans leur foyer moins de 10 personnes, soit un taux de 61,4% soit une moyenne de 10 personnes par ménage.

Tableau VIII : répartition des enfants en fonction des antécédents gynécologiques de la mère

ATCD	Fréquence (n=101)	Pourcentage
Gestité		
Primigeste	18	17,8
Paucigeste	38	37,6
Multigeste	35	34,7
Grande multigeste	10	9,9
Parité		
Primipare	20	19,8
Pauci pare	40	39,6
Multi pare	34	33,7
Grande multi pare	7	6,9
Nombre d'enfants vivants		
0 – 3 enfants	85	84,2
4 – 7 enfants	16	15,8
> 7 enfants	0	0,0

Les pauci gestes ont représentés 37,6%.

Les pauci pares ont représentés 39,6%.

La grande majorité des mères avaient un nombre d'enfants vivants entre 0 et 3 soit 82,2% soit une moyenne de 3 enfants par femme.

Tableau IX : répartition des enfants en fonction du motif d'admission

Motif d'admission	Fréquence	Pourcentage
URENAS	95	94,1
URENI	6	5,9
Total	101	100

La majorité de nos enfants étaient suivi en URENAS soit 94,1%.

Tableau X : répartition des enfants en fonction du mode d'alimentation

	Fréquence(n=101)	Pourcentage
Statut vaccinal		
Correct	74	73,3
Incorrecte	10	9,9
Non vacciné	17	16,8
Durée d'allaitement		
< 6 mois	7	6,9
6 – 12 mois	68	67,3
13 – 18 mois	8	7,9
Non précisée	18	17,8
Sevrage		
Oui	23	22,8
Non	69	68,3
Non précisée	9	8,9
Diversification		
Oui	52	51,5
Non	22	21,8
Non précisée	27	26,7
Age de diversification		
< 6 mois	7	13,4
6 – 12 mois	42	80,8
13 – 18 mois	3	5,8

73,3% des enfants étaient vaccinés correctement.

Les enfants étaient allaités au sein maternel pour la grande majorité entre 6 et 12 mois soit un taux de 67,3%.

22,8% des enfants était sevré.

52 (51,5%) enfants avaient une alimentation diversifiée.

94,2% des enfants ont été diversifiés entre 6 et 12 mois.

Tableau XI : répartition des enfants en fonction des caractéristiques de sevrage

Caractéristiques de sevrage	Fréquence (n=23)	Pourcentage
Age du sevrage		
< 6 mois	2	8,7
6 -12 mois	6	26,1
> 12 mois	15	65,2
Type de sevrage		
Brutal	1	4,3
Progressif	22	95,7
Causes du sevrage		
Age de sevrage	8	34,8
Maladie	8	34,8
Grossesse	7	30,4

Parmi les enfants sevrés, 65,2% l'avaient été après 12 mois.

Les enfants avaient été sevrés de façon progressive dans 95,7% des cas.

L'âge et la maladie étaient les causes de sevrage les plus citées avec 34,8% chacune.

Tableau XII : répartition des enfants en fonction des signes

Signes	Fréquence (n=101)	Pourcentage
Plis de dénutrition	99	98,0
Amaigrissement	98	97,0
Cheveux roux	82	81,2
Cheveux fins et secs	16	15,8
Diarrhée	8	7,9
Vomissement	4	4,0
Anorexie	3	3,0
Cheveux clairsemés	3	3,0
Œdèmes	2	2,0
Autre*	4	4,0

* : Toux Pâleur Lésions cutanées Yeux enfoncés

98,0% des enfants avaient des plis de dénutritons à l'admission.

Tableau XIII : répartition des enfants en fonction du diagnostic

Diagnostic retenu	Fréquence(101)	Pourcentage
Marasme	100	99,0
Kwashiorkor	1	1,0

Diagnostic associé	Fréquence(6)	Pourcentage
Gastroentérite	4	66,7
Paludisme	2	33,3
HIV	0	0,0
Pneumopathie	0	0,0

Le marasme était retenu comme diagnostic chez 99% des enfants.

66,7% a été la gastroentérite à l'admission.

Tableau XIV : répartition des enfants en fonction des traitements

Traitements	Utilisé	Non utilisé
Antibiotiques	100	1
Plympy-nut	94	7
Anti parasitaires	91	10
Vitamine A	81	20
Anti paludiques	75	26
Lait	7	94
Resomal	4	97
Antifongiques	1	100
Fer	0	101
Farine enrichie	0	101

Tous les enfants ont reçu une antibiothérapie.

Tableau XV : répartition des enfants en fonction de la durée du séjour

Durée du séjour	Fréquence	Pourcentage
URENI		
8 – 12 jours	3	50.00
13 – 17 jours	2	33.33
18 – 22 jours	1	16.67
> 22 jours	0	0,0
URENAS		
< 4 semaines	76	80.0
4 – 6 semaines	19	20.0
> 6 semaines	0	0,0

La majorité des enfants avait séjourné entre 8 et 12 jours à l'URENI soit une moyenne de 10,50 jours.

La quasi-totalité des enfants ayant séjourné à l'URENAS avait fait moins de 4 semaines soit une moyenne de 2,13 semaines.

Tableau XVI : répartition des enfants en fonction du motif d'abandon

Motif d'abandon	Fréquence	Pourcentage
Occupations ménagères	55	54,5
Insuffisance de communication	34	33,7
Distance	5	5,0
Problèmes financiers	4	4,0
Perception de guérison	2	2,0
Non amélioration de l'état clinique	1	1,0
Total	101	100

Les occupations ménagères étaient les plus évoqués comme motif d'abandon chez 54,5% des enfants.

Tableau XVII : répartition des enfants selon la profession des mères et le motif d'abandon

Motif d'abandon	Profession de la mère				Total
	Fonctionnaire	Salariée du privé	Ménagère	Autres	
Occupations ménagères	1	0	58	0	59
Perception de guérison	0	1	1	0	2
Insuffisance de communication	2	0	32	0	34
Non amélioration de l'état clinique	0	0	0	1	1
Distance	1	0	4	0	5
Total	4	1	95	1	101

Test exact de Fischer = 35,46 ; **p-valeur =0,001**

Tableau XVIII : répartition des enfants selon le niveau d'instruction des mères et le motif d'abandon

Motif d'abandon	Niveau d'instruction de la mère					Total
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Mederssa	Non scolarisée	
Occupations ménagères	23	16	0	3	17	59
Perception de guérison	1	1	0	0	0	2
Insuffisance de communication	16	10	0	3	5	34
Non amélioration de l'état clinique	0	1	0	0	0	1
Distance	1	1	1	0	2	5
Total	41	29	1	6	24	101

Test exact de Fischer = 20,98 ; **p-valeur =0,31**

Tableau XIX : répartition des enfants selon la profession des pères et le motif d'abandon

Motif d'abandon	Profession du père						Total
	Fonctionnaire	Salarié du privé	Commerçant	Libérale	Ouvrier	Autres	
Occupations ménagères	3	0	29	1	22	4	59
Perception de guérison	1	0	1	0	0	0	2
Insuffisance de communication	4	1	12	0	10	7	34
Non amélioration de l'état clinique	0	0	1	0	0	0	1
Distance	0	1	2	0	2	0	5
Total	8	2	45	1	34	11	101

Test exact de Fischer = 29,80 ; **p-valeur = 0,15**

Tableau XX : répartition des enfants selon le nombre de personnes dans le foyer et motif d'abandon

Motif d'abandon	Nombre de personnes dans le foyer		Total
	<= 10	11 – 20	
Occupations ménagères	33	26	59
Perception de guérison	2	0	2
Insuffisance de communication	24	10	34
Non amélioration de l'état clinique	1	0	1
Distance	2	3	5
Total	62	39	101

Test exact de Fischer = 4,40 ; **p-valeur = 0,34**

Tableau XXI : répartition des enfants selon le type de sevrage et le motif d'abandon

Motif d'abandon	Type de sevrage		Total
	Brutal	Progressif	
Occupations ménagères	0	14	14
Perception de guérison	0	1	1
Insuffisance de communication	1	4	5
Distance	0	2	2
Total	1	21	22

Test exact de Fischer = 5,01 ; **p-valeur =0,37**

Tableau XXII : répartition des enfants selon la durée du séjour aux URENAS et motif d'abandon

Motif d'abandon	Durée du séjour URENAS		Total
	< 4 semaines	4 - 6 semaines	
Occupations ménagères	45	8	53
Insuffisance de communication	34	0	34
Distance	5	0	5
Perception de guérison	2	0	2
Non amélioration de l'état clinique	0	1	1
Total	86	9	95

Test exact de Fischer = 11,60 ; **p-valeur =0,01**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Limites et difficultés

Durant notre étude, nous nous sommes heurtés à des limite et/ou difficultés qui étaient principalement :

- Le faible niveau socioéconomique de la population.
- Le contact des patients après l'abandon.

Prévalences

Entre Février 2018 à Septembre 2018, sur 602 enfants de moins cinq ans reçus pour malnutrition aigüe sévère, dans les services de nutrition à l'URENI et aux URENAS dans le service de pédiatrie au CSREF Commune V, ASACOSAB I et ASACOKAL ont enregistrés 101(dont 6 cas à l'URENI et 95 cas à l'URENAS) cas d'abandons soit 16,77%.

L'organisation au sein de l'URENI et aux URENAS répondait aux critères demandés par le protocole (PCIMA). L'organisation des salles était conforme selon le protocole, les matériels étaient en bon état, les supports bien remplis avec un personnel qualifié à chaque niveau d'organisation.

Caractéristiques sociodémographiques

Une prédominance féminine avec un sexe ratio de 1,8 avait été observée dans notre étude.

Ce résultat est comparable à celui de Diarra N au CS Réf de la commune I du district de Bamako en 2014 [22] et de Dembélé J à Ouagadougou en 2012 [23] qui trouvent une prédominance féminine.

Notre étude a révélé que la tranche d'âge de 6-23 mois était la plus atteinte par la malnutrition aigüe sévère soit 96% ; Diarra I trouve le même résultat au CS Réf de Koutiala soit 51,4% des enfants qui se trouvent entre 6 à 23 mois en 2014 [24].

Ceci pourrait être dû au fait que cette tranche d'âge est la plus touchée par le sevrage du fait de la méconnaissance des mères des avantages de l'allaitement maternel, des pratiques alimentaires adéquates telles que l'introduction d'aliment de complément, le non-respect des mesures d'hygiène et alimentaire.

Dans notre étude 94,1 % de nos mères étaient des ménagères. Ceci pourrait trouver son explication par le fait que l'activité principale de ces femmes est les travaux des ménages ce qui leurs empêchent le plus souvent de bien suivre le traitement ou d'abandonner les programmes.

Etat nutritionnel

Au cours de notre étude nous avons constaté que le marasme était la forme clinique la plus observée soit 99% contre 1% de kwashiorkor, ce résultat est comparable à celui de SISSOKO F au CHU GABRIEL TOURE en 2010 qui trouve également le marasme comme la forme la plus représentée 80.3% contre 19.7% de kwashiorkor [25]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le marasme survient le plus souvent dans les 1ères années de vie, la majorité de nos enfants se trouvait dans cette tranche d'âge, mais aussi par le fait que la plus part de nos cas d'abandons ont été observés aux URENAS qui recouvre le plus généralement la prise en charge des malnutritions aigües sévères de forme marasmique sans complication.

Facteurs associés à l'état nutritionnel

Les enfants étaient allaités au sein maternel pour la grande majorité entre 6 et 12 mois soit un taux de 67,3%.

Un peu plus de la moitié des enfants bénéficiaient d'une diversification alimentaire.

65,2% avaient été sevrés après 12 mois Ce résultat est proche de celui de Savadogo AS qui trouve son plus grand taux entre 18-23 mois [26].

Le sevrage la plupart du temps n'est pas réalisé dans les conditions idéales. Décidé brutalement, il intervient le plus souvent lorsque l'enfant atteint l'âge d'être sevré ou, au cours d'une maladie de l'enfant ou en raison d'une nouvelle grossesse ; ce qui rend ce cap difficile à franchir par l'enfant entraînant ainsi la rupture de l'équilibre nutritionnel. Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge de sevrage, le niveau d'instruction des mères, la profession des pères, le nombre de personnes dans le foyer, la durée de séjour à L'URENI et le motif d'abandon. Par contre nous avons trouvé une relation statistiquement significative avec la profession des mères, la durée du traitement à L'URENAS et le motif d'abandon avec respectivement $p=0.001$ et $p=0.01$.

Pathologies fréquemment associées

06 diagnostics associés étaient retrouvés dont 4 cas de gastroentérite et 02 cas de paludisme ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos enfants ont été observés aux URENAS. La prévalence de la diarrhée et de vomissement chez la plupart de nos patients à L'URENI est due à une défaillance de leur système immunitaire. Diarra N trouve également la gastroentérite comme la plus représentée avec un taux à 69,2% en 2014 au CS Réf CI du district de Bamako [22].

La gastroentérite a un effet négatif sur l'état nutritionnel pour plusieurs raisons : en réduisant l'appétit et l'absorption intestinale et en augmentant le catabolisme et la séquestration des micronutriments nécessaires à la synthèse des tissus.

Evolution

Au cours de notre étude nous avons retrouvé une durée moyenne de séjour à L'URENI à 10,50 jours avec un écart type à 7,007 et une durée moyenne à L'URENAS de 02.13 semaines avec un écart type de 1,132. Cette valeur était acceptable selon le protocole de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe (PCIMA) qui demande une durée de séjour inférieure à 4 semaines [21]. Cette

moyenne était proche de celle trouvée par SISSOKO F au CHU GABRIEL TOURE en 2010 qui trouve une moyenne de $7,9 \pm 5,7$ jours [30]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les enfants gravement malades prenaient du temps à se rétablir.

Les raisons qui motivent les accompagnants à abandonner la PCN des enfants qu'ils suivaient dans les centres de santé sont d'abord les occupations ménagères (54,5%) et les insuffisances de communications (33,7%). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le plus souvent à cause des travaux ménagers ces femmes sont débordées pour suivre correctement le traitement, mais aussi par la négligence des personnels soignants. D'autres motifs d'abandon ont été également retrouvés : la distance (5%), le problème financier (4%), perception de guérison de l'enfant (2%) et la non amélioration de l'état clinique (1%).

CONCLUSION

7. CONCLUSION

La malnutrition est un problème majeur de santé publique. La prise en charge correcte permettra de réduire le taux d'abandon lié à cette affection. L'abandon du traitement nutritionnel dans notre étude était essentiellement dû aux occupations ménagères (54,5%), à l'insuffisance de communication (33,7%) et la distance (5%), notre taux d'abandon était (16,77%) supérieur à la valeur acceptable mais non alarmant selon le protocole national de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe (PCIMA). La tranche d'âge la plus retrouvée était les enfants de 6- 23 mois. D'autres études plus exhaustives permettront d'apprécier mieux les raisons d'abandon du traitement de la prise en charge nutritionnelle des enfants. Ce qui permettra de proposer des projets de lutte contre l'abandon de la prise en charge de la malnutrition sur la base d'évidences et de faits scientifiquement avérés.

SUGGESTIONS

8. SUGGESTIONS

Aux termes de cette étude sur les déterminants des raisons de l'abandon des enfants malnutris admis à l'URENI et aux URENAS du CS Réf CV et ASACOSAB1 et ASACOKAL nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités sanitaires**

- Rapprocher d'avantage les unités de récupérations d'éducatrices nutritionnelles ambulatoires sévères en prévoyant certaines aires les plus touché en matière de nutrition.
- Renforcer la supervision des agents de santé pour une bonne application des politiques des normes et procédures pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère.

➤ **Au personnel soignant**

- Appliquer rigoureusement les normes et procédure en matière de communication vis-à-vis des parents des enfants admis dans le programme. **A la communauté**
- Respecter strictement le calendrier de suivi des enfants inclus à l'URENI ou à l'URENAS

9. REFERENCES

1. **OMS.** La prise en charge de la malnutrition sévère. Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de Santé à des postes d'encadrement. Genève 2000. ISBN 92 4 254511 2. 72p.
2. **Djiré A.** Prise en charge des enfants de 6 à 59 mois en matière de nutrition dans les CS com De la commune v du district de Bamako (Mali), thèse de médecine, 2013 ; 15p.
3. **INSTAT.** Enquête nationale nutritionnelle anthropométrique et de Mortalité rétrospective suivant la méthodologie de smart, Mali 2017 <https://Fscluster.org/sites/default/Files/document/rapport-final-smart-septembre-2018-Mali.pdf>. Consulté le 10 novembre 2018 à 19h41. 131p.
4. **UNICEFS.** Les différentes formes de malnutrition. [https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/Les différentes formes de malnutrition Unicef France juillet 2011%281%29.pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/Les%20diff%C3%A9rentes%20formes%20de%20malnutrition%20Unicef%20France%20juillet%202011%281%29.pdf). Consulté le 10 novembre 2018 à 19h49.
5. **Lecap.** Malnutrition dans monde. Un drame ignoré. Novembre 2018. Lewebpedagogique.com/cap/2008 /11/23/malnutrition. Consulté le 10 novembre 2018 à 19h49. 3p.
6. **OMS.** Une méthode originale pour combattre la malnutrition dans la communauté. Disponible sur : <http://www.who.ml/mediacentre/news/releases/2007/pr27/fr/index.htm>. Consulté le 21 Décembre 2018 à 14h12.
7. **Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A.** Management of sever acute malnutrition in children. The Lancet.2, 368(9551):1992-2000.
8. **Sadler K, Bahwer P, Guerrero S, Collins S.** Community-Based therapeutic. Care in Hiv. affected populations. Transaction of the Royal society of tropical medicine and hygiene. Janv 2006;100(1):6-9.
9. **Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M et al.** Keys issues in the succes of community-Based management of sever malnutrition.Food Nutr Bull. Sep 2006; 27(3suppl) S 49-82
10. **Collins Sadler SK.** outatient care for severely malnourished children in... Lancet .2002. disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12480359>. Consulté le 21 Décembre 2018 à 17h31.
11. **Iknane AA.** Eléments de base en nutrition-Mali. 2002 ;(1):59-77.

12. **Garenne M, Maire B, Fontaine O, Dienc K, Briend A.** Un critère de prévalence de la malnutrition : la survie de l'enfant. Paris 1991. Disponible sur : http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_5/bfdi23-25/31340.pdf. Consulté le 21 Décembre 2018 à 18h04.
13. **Diallo FS.** Suivi notionnel des enfants malnutris admis à l'URENI du CS Réf de la commune V du district de Bamako. [Thèse med], FMOS 2018. 79p.
14. **COOPI (Cooperazione Internazionale).** Lignes directrices sur la sécurité nutritionnelle. 2017 [Internet]. Disponible sur : www.coopi.org/wp-content/uploads/2017/03/Low-lignes-directrices-sécurité-nutritionnelle. Consulté le 21 Décembre 2018 à 22h41
15. **Waissoun A.** Pratiques alimentaires et statut nutritionnel au niveau des ménages du cercle de Bafoulabe (région de Kayes). [Thèse med], FMOS 2013. 92p. 13M263.
16. **FAO, FIDA, UNICEF, PAM et OMS.** Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2007. Renforcer la résilience pour favoriser la paix et la sécurité alimentaire, Rome FAO 2017. ISBN 978-92-5-209888-1. 144p.
17. **Action Contre la Faim-international.** L'essentiel nutrition et santé. Fév2011 Disponible sur : www.actioncontrelafaim.org/fr/content/essentiel-en-nutrition-santé-essentiel-nutrition-and-health. Consulté le 14 Décembre 2018 à 16h10.
18. **Karabenta F.** Evolution des activités nutritionnelles chez les enfants de 6 - 59 mois dans la région de Tombouctou. [Thèse med], FMOS 2010. 93p
19. **Kuate DFA.** Evaluation des activités conjointes de dépistage nutritionnel et de chimio- prévention du paludisme saisonnier dans le district sanitaire de Koutiala. [Thèse Méd] FMOS 2013,
20. **OMS.** Plan national d'action pour la nutrition 2012-2015 (MAD PNAN2012). Antananarivo 2012. Disponible sur : https://Scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/02/Madagascar.PNAN2012_2015.pdf. Consulté le 09 Décembre 2018 à 10h20. 92p.
21. **Ministère de la santé (Division nutrition).** Protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe au Mali. Mali 2011. 205p.
22. **Diarra N.** Les infections courantes dans le cas de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CS Réf de la commune I du district de Bamako. [Thèse Méd] FMOS 2015. 108p. 15M10.
23. **Dembelé J.** Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère au CREN du CSPS-Juvenat-Filles de Saint Camille à Ouagadougou. [Thèse med], Université de Ouagadougou 2012. 61p.

- 24. Diarra I.** Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 06 à 59 mois à l'URENI du centre de sante de référence de Koutiala. [Thèse Méd] FMOS 2015. 104p. 15M232
- 25. Sissoko AS.** prise en charge des enfants malnutris sévères de 0 à 59 mois hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure de Bamako. [Thèse Méd] FMOS 2010. 100p. 10M326
- 26. Savadogo AS.** La malnutrition chez les enfants de 0-5ans à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou. [Thèse Méd] FMOS 2008. 82p. 08M01

FICHE D'ENQUETE

Fiche N° :Date d'hospitalisation :/...../201....

Données sociodémographiques

Identité de l'enfant :

Nom et prénom :

Age en mois : Sexe : /___/ 1. Masculin 2. Féminin

Ethnie : /___/ 1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Soninké 5. Dogon 6. Sonrhaï
7. Sénoufo / Mianka 8. Bozo 9. Touareg 10. Autres

Adresse :

Provenance : /___/ 1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III 4. Commune IV
5. Commune V 6. Commune VI 7. Hors Bamako

Tel :

Identité de la mère :

Nom et Prénom :

Age :ans

Ethnie : /___/ 1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Soninké 5. Dogon 6. Sonrhaï
7. Sénoufo / Mianka 8. Bozo 9. Touareg 10. Autres

Niveau d'instruction : /___/ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Ecole
coranique 5. Nom scolarisé

Profession : /___/ 1. Fonctionnaire 2. Salarié du privé 3. Commerçante 4. Libérale
5. Ménagère 6. Autres

Statut matrimonial : /___/ 1. Marié 2. Divorcé 3. Célibataire 4. Veuf
5. Décédée

Antécédents obstétricaux :

Gestité : /___/ 1. Primigeste 2. Pauci geste 3. Multi geste 4. Grande multi geste

Parité : /___/ 1. Primipare 2. Pauci pare 3. Multipare 4. Grande multipare

Vivant : /___/ 1. 0 – 3 enfants 2. 4 – 7 enfants 3. 8 – 10 enfants 4. > 10 enfants

Avortement : /___/ 1. 0 – 2 2. 3 – 5 3. > 5

Décédé : /___/ 1. 0 – 2 2. 3 – 5 3. > 5 St

Identité du père :

Nom et Prénom :

Age :ans

Niveau d'instruction : /___/ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Ecole
coranique 5. Nom scolarisé

Profession : /___/ 1. Fonctionnaire 2. Salarié du privé 3. Commerçant 4. Libérale 5. Ouvrier 6. Autres

Statut matrimonial : /___/ 1. Marié 2. Divorcé 3. Célibataire 4. Veuf 5. Décédé

Régime : /___/ 1. Monogame 2. Polygame

Nombre de personnes vivants dans le ménage : /___/ 1. ≤ 10 2. 11 – 20 3. 21 – 30 4. 31 – 40 5. 41 – 50 6. > 50

Critère à l'admission : URENI URENAS

Motif d'admission :

Antécédent personnel de l'enfant :

Prématuré : /___/ 1. Oui 2. Terme 3. Post terme

Poids de naissance :kg

Autre :

Statut vaccinal : /___/ 1. Correcte 2. Incorrecte 3. Jamais

Carnet vu : /___/ 1. Oui 2. Non

Alimentation :

Allaitement maternel : /___/ 1. Exclusif 2. Artificiel 3. Mixte

Durée de l'allaitement exclusif :mois

Diversification : /___/ 1. Oui 2. Non

Age de diversification : /___/ 1. < 6 mois 2. 6 – 12 mois 3. 13 – 18 mois 4. > 18 mois

Type d'aliment utilisé :

Sevré : /___/ 1. Oui 2. Non

Age de sevrage :Mois

Type sevrage : /___/ 1. Brutal 2. Progressif

Causes de sevrage : /___/ 1. Age de sevrage 2. Maladie 3. Grossesse 4. Décès maternel 5. Autres

Signes fonctionnels :

Diarrhées : /___/ 1. Aigües 2. Chroniques 3. Absentes

Vomissements : /___/ 1. Oui 2. Non

Toux : /___/ 1. Oui 2. Non

Dyspnée : /___/ 1. Oui 2. Non

Autres :

Signes généraux :

Etat général : /___/ 1. Bon 2. Passable 3. Altéré

Température :°C

Anorexie : /___/ 1. Oui 2. Non

Amaigrissement : /___/ 1. Oui 2. Non

Mensuration :

Poids :kg Taille :cm PB :mm P/T :Z score

Signes physiques :

Peau et phanères :

Pâleur : /___/ 1. Oui 2. Non

Cheveux : /___/ 1. Fins et secs 2. Roux 3. Clairsemés

Lésions cutanées : /___/ 1. Oui 2. Non

Plis de dénutrition : /___/ 1. Oui 2. Non

Œdèmes : /___/ 1. Oui 2. Non

Cyanose : /___/ 1. Oui 2. Non

Ictère : /___/ 1. Oui 2. Non

Plis de déshydratation : /___/ 1. Oui 2. Non

Autres :

Appareil digestif et l'abdomen :

Ballonnement : /___/ 1. Oui 2. Non

Hépatomégalie : /___/ 1. Oui 2. Non

Splénomégalie : /___/ 1. Oui 2. Non

Ascite : /___/ 1. Oui 2. Non

Pathologies associées :

Pathologie cardio-vasculaire : /___/ 1. Oui 2. Non

Pathologie respiratoire : /___/ 1. Oui 2. Non

Pathologie neurologique : /___/ 1. Oui 2. Non

Pathologie ORL : /___/ 1. Oui 2. Non

OPL :

Conjonctivite : /___/ 1. Oui 2. Non

Yeux enfoncées : /___/ 1. Oui 2. Non

Autres :

Complications :

Diarrhée et déshydratation : /___/ 1. Oui 2. Non

Anémie sévère : /___/ 1. Oui 2. Non

Défaillance cardiaque : /___/ 1. Oui 2. Non

Hypoglycémie : /___/ 1. Oui 2. Non

Hypothermie : /___/ 1. Oui 2. Non

Hypocalcémie : /___/ 1. Oui 2. Non

Choc septique : /___/ 1. Oui 2. Non

Autres :

Diagnostic :

Diagnostic retenu : /___/ 1. Malnutrition aigüe sévère 2. Marasme
3. Kwashiorkor 4. Mixte

Diagnostic associé : /___/ 1. Paludisme 2. Pneumopathie 3. Gastroentérite 4.
Rougeole 5. Méningite 6. Infection urinaire 7. VIH /Sida 8. Autres :
.....

Traitement :

Antipaludiques : /___/ 1. Oui 2. Non

Antiparasitaire : /___/ 1. Oui 2. Non

Antibiotique : /___/ 1. Oui 2. Non

Antifongique : /___/ 1. Oui 2. Non

Fer : /___/ 1. Oui 2. Non

RésoMale : /___/ 1. Oui 2. Non

Vitamine A : /___/ 1. Oui 2. Non

Lait : /___/ 1. Oui 2. Non

Plumpy-nut : /___/ 1. Oui 2. Non

Farine enrichie : /___/ 1. Oui 2. Non

Autres :

Issue de l'hospitalisation :

Date de sortie : .../...../...../ Durée totale de séjour :

Statut a la sortie : /___/ 1. Traité avec succès 2. Décès 3. Abandon 4. Non
répondant

Causes du décès :

Motif de l'abandon : /___/ 1. Occupations ménagères 2. Problèmes financiers 3. Long
séjour 4. Perception de guérisons de l'enfant 5. Mauvais accueil 6. Insuffisance de
communication 7. Non amélioration de l'état clinique 8. Manque de confiance au
traitement 9. Distance 10. Rupture de vivre 11. Autres :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom : HAMADI GAGNY

Nom : BAH

Ville : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année : 2017 – 2018

Titre de la thèse : Déterminants des cas d'abandons de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévères chez les moins de 05 ans en commune V.

Lieu de dépôt : Bibliothèque : / Faculté de Médecine et D'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, Santé Publique, Nutrition

Résumé :

Notre étude portait sur les déterminants des cas d'abandon de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les moins de cinq (5 ans).

L'étude a concerné 101 enfants malnutris sévères dont 6 enfants suivis à L'URENI et 95 enfants à l'URENAS. Le suivi nutritionnel URENI et aux URENAS a été fait selon le protocole national de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe (PCIMA). Le sexe féminin était le plus dominant.

La tranche d'âge la plus retrouvée était les enfants de 6- 23 mois. La plupart des enfants avaient été sevrés après 12 mois. La majorité des mères était instruite avec un niveau d'instruction faible, par ailleurs les occupations ménagères, l'insuffisance de communication et la distance étaient les plus évoquées comme motif d'abandon. Les pathologies les plus fréquemment associées à la malnutrition à l'URENI ont été la gastroentérite et le paludisme.

Mots clés : **Malnutrition ; Raison d'abandon ; Traitement ; Commune V.**

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !