



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire : 2021-2022

N°

TITRE

**CARACTERISTIQUES DES ENFANTS NON RÉPONDANTS AU
TRAITEMENT NUTRITIONNEL À URENI DU CHU GABRIEL
TOURE.**

MÉMOIRE

Présentée et soutenue publiquement le 12 /04/ 2022 à la faculté de Médecine et
d'odontostomatologie (FMOS)

Par Docteur Yacouba KONATE

Pour obtenir le Diplôme d'Études Spécialisées de Pédiatrie

JURY

Présidente :Pr Mariam SYLLA
Membre :Pr Boubacar TOGO
:Pr Abdoul Aziz DIAKITE
Directrice de mémoire :Pr Fatoumata DICKO TRAORE
Co-directrice de mémoire : Dr Hawa DIALL

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail, en mémoire de :

Je voudrai avoir une pensée pieuse pour mon regretté père, **Tidiane KONATE** rappelé à Dieu en janvier 2022. Bâ, j'aurai tant voulu que tu sois parmi nous lors de la présentation de cet travail, hélas, l'éternel en a décidé autrement et nous nous en remettons à sa volonté; que la terre te soit légère et que ton âme repose en paix. Amin

Ma grande sœur Aminata KONATE.

Puisse Dieu vous accorde le paradis. Amin. Pensée éternelle.

Ma mère Wassa TRAORE

Trouvez dans ce travail le fruit de vos efforts et vos prières.

A tous mes frères, sœurs, cousins, cousines, tantes et oncles

Tendresse fraternelle et filiale

A ma famille ainsi qu'à tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin

Ce travail est le fruit de vos conseils et encouragements, trouvez ici toute ma reconnaissance.

MES REMERCIEMENTS A :

A ALLAH

Le Clément, le Miséricordieux louange à Dieu de m'avoir donné la force, le courage et la santé de venir à bout de ce travail.

Au Prophète Mohammed (Paix et Salut sur Lui), le messie.

..... *Mon père Tidiane KONATE*

Bâ, les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Ton souci premier a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as fait des sacrifices sans limite. L'amour, l'esprit familial et le respect dans lequel tu nous as élevé font et feront de nous d'honnêtes citoyens.

Puisse ce travail te faire plaisir Bâ. Repose en paix. Amin!

..... *Ma mère Wassa TRAORE*

Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu as été pour nous, un support sans faille, une mère qui a été toujours présente aux côtés de ses enfants. Tu nous as enseigné les règles de la morale, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Ton souci pour notre réussite n'a point d'égal.

Chère mère, recevez à travers ce modeste travail, l'expression de toute mon affection.

Je prie le tout puissant de te donner longue vie et que nous fassions ta fierté. Amin !

..... *Ma tante Sitan DIARRA*

Vous n'avez ménagé aucun effort pour nous prouver votre amour maternel.

Merci chère tante pour vos conseils.

..... *Mes frères et sœurs*

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années d'études.

Trouvez ici toute l'expression de mon attachement fraternel.

..... **Mes collègues DES**, merci pour les bons moments que nous avons passé ensemble.

..... **Tous le personnel du centre d'excellence pédiatrique et de l'URENI.**

..... **Tous les internes, infirmiers et infirmières** de la pédiatrie, merci pour votre collaboration.

.....Pr Fatoumata DICKO TRAORE

Vous nous avez donné l'amour de la pédiatrie, grâce à vos multiples qualités qui nous ont séduites.

Merci pour tout, que Dieu vous bénisse et vous donne longue vie. Amen !

.....Dr Hawa DIALL

Vous avez dirigé ce travail et m'a aussi fait découvrir ce que peut être la recherche hors des murs de l'université.

Merci cher maître, j'espère que vos efforts ne seront pas vains.

Que Dieu vous récompense, Qu'il vous protège et votre famille. Amen !

.....**A ceux qui m'ont transmis leurs connaissances :**

Pr SYLLA Mariam, Pr Fatoumata **DICKO TRAORE**, Pr **TOGO** Boubacar, Pr **DIAKITE** Abdoul Aziz, Dr Hawa **DIALL**, Pr Toumani **SIDIBE**, Dr Amadou **TOURE**, Dr Fousseyni **TRAORE**, Dr Djénèba **KONATE**, Dr Pierre **TOGO**, Pr Abdoul Karim **DOUMBIA**, Dr Karamoko **SACKO**, Dr Adama **DEMBELE**, Dr Aba **COULIBALY**, Dr Cheick **COULIBALY**, Dr Fatoumata Leonie **DIAKITE**, Dr Lala N **SIDIBE**, Dr Belco **MAIGA**, Dr Leyla **MAIGA**, Dr Bourama **KANE**, Dr Aminata **DOUMBIA**, Dr Hawa **KONARE**, **Dr Ibrahim Hamadou** ainsi nos encadreurs des autres services partenaires.

Trouvez ici l'expression de mes respects les plus sincères.

Mes remerciements à tous dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

Liste des abréviations

ATPE	:	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CHU GT	:	Centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE
CPS	:	Cellule planification et de statistique
CS réf	:	Centre de santé de référence
ECBU	:	Examen cyto bactériologique des urines
EDSM	:	Enquête démographique de santé du Mali
FMOS	:	Faculté de médecine odonto – stomatologie
HIV	:	Virus de l'immunodéficience humaine
IRA	:	Infection respiratoire aiguë
MAS	:	Malnutrition aiguë sévère
MSF	:	Médecin sans frontière
NFS	:	Numération de la formule sanguine
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PB	:	Périmètre brachial
P/T	:	Indice Poids/ Taille
PEC	:	Prise en charge
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PCIMA	:	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PPN	:	Plumpy-nut
SMART	:	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini.
UNHCR	:	Haut commissariat des nations unies pour les réfugiés
UNICEF	:	Fond des nations unies pour l'enfance
URENAS	:	Unité de récupération, d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère
URENI	:	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

Table des matières.....	Page
I. INTRODUCTION	1
II.OBJECTIFS	3
1.Objectif général	3
2.Objectifs spécifiques.....	3
III. MÉTHODOLOGIE.....	4
1. Cadre d'étude	4
2. Lieu d'étude.....	4
3. Type d'étude	5
4. Période d'étude	5
5. Population d'étude	5
6. Échantillonnage.....	6
7. Définitions opérationnelles	6
8. Déroulement de l'enquête.....	7
9. Ethique.....	8
IV. RÉSULTATS.....	9
4. Résultats descriptifs.....	9
4.1. Caractéristiques socio-démographiques et économiques.....	9
4.2. Aspects cliniques et nutritionnels.....	13
4.3. Aspects pris en charge et performance du service.....	16
V. COMMENTAIRES et DISCUSSION	20
1. Limites de l'étude.....	20
2. Fréquence.....	20
3. Aspects socio-démographiques et économiques.....	21
4. Aspects cliniques et nutritionnels.....	23
5. Aspects pris en charge et performance du service.....	25
VI. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS.....	29
6.1. Conclusion.....	29
6.2. Recommandations.....	30
VII. RÉFÉRENCES.....	31
Annexes	38

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des enfants en fonction de l'ethnie.....	10
Tableau II : Répartition des pères en fonction les données socio-démographiques et économiques	11
Tableaux III : Répartition des mères en fonction les données socio-démographiques et économiques.....	12
Tableau IV : Répartition des enfants en fonction des pathologies associées.....	15
Tableau V : Répartition des enfants en fonction des complications.....	15
Tableau VI : Répartition des enfants en fonction du traitement systématique reçu ..	16
Tableau VII : Répartition des enfants selon le traitement diététique reçu.....	16
Tableau VIII : Répartition des mères en fonction de la satisfaction suivant les services reçus.....	19

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition des enfants en fonction du sexe.....	9
Figure 2 : Répartition des enfants en fonction de la tranche d'âge.	10
Figure 3 : Répartition des enfants en fonction de leur résidence.....	10
Figure 4 : Répartition des enfants en fonction du mode d'alimentation	13
Figure 5 : Répartition des enfants en fonction des vaccins reçus dans le PEV.....	13
Figure 6 : Répartition des enfants en fonction du type d'admission.....	14
Figure 7 : Répartition des enfants selon la forme de la MAS.	14
Figure 9 : Répartition des enfants en fonction du devenir.....	17
Figure 10 : Répartition des enfants en fonction de la période de non réponse.....	17
Figure 11 : Répartition des enfants selon la durée du séjour.....	17
Figure 12 : Répartition des enfants en fonction de la surveillance.....	18

I. Introduction

La malnutrition constitue un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays du monde et figure comme une priorité dans les Objectifs du Développement Durable (ODD2) [1]. Elle est à la fois un trouble médical et social souvent ancré dans la pauvreté, définie par l'OMS comme un état pathologique résultant de la carence ou l'excès relatif ou absolu d'un ou plusieurs nutriments essentiels [2]. Dans le monde, 7,3% soit 52 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'émaciation [2]. Selon L'UNICEF, la moitié soit 23 millions de ces enfants ont moins de 2 ans. Cette situation pourrait « fortement empirer » avec la COVID-19 [3].

Au Mali la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 9,4% et celle de la malnutrition aiguë sévère est de 2,0%. Le Mali est un pays enclavé couvert par les 2/3 des zones désertiques, caractérisé par une très faible pluviométrie où l'insécurité alimentaire est constante [4]. A ceci s'ajoute l'insécurité qui règne au nord et au centre du pays depuis 2012, obligeant les populations à se réfugier. En Janvier 2021, UNHCR comptabilisait plus 400000 déplacés entraînant parmi eux des victimes de la malnutrition [5]. Malgré des efforts importants entrepris pour faciliter l'accès aux services sociaux de base, les indicateurs restent bas, avec un taux de mortalité infanto-juvénile très élevé. Selon l'EDS-M V (2013) et l'EDS-M VI (2018), 1 enfant sur 10 décède avant leur cinquième anniversaire. La malnutrition contribue à près de 45% dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde en augmentant le risque de décès à travers plusieurs autres maladies [2, 4]. La MAS avec complication représente 5 à 20% de dépistage actif des MAS. Les complications observées sont la perte de l'appétit, la diarrhée, les lésions cutanées, hypoglycémie, hypo ou hyperthermie, le paludisme, la rougeole, IRA. La prise en charge de la MAS avec complication se déroule en trois phases: une phase aiguë, une phase de transition et une phase de réhabilitation à l'URENAS [6].

A l'instar des pays du sahel, au Mali la prise en charge de la MAS avec complication demeure un véritable problème de santé par ses conséquences sur la mortalité, les abandons dus à un échec au traitement nutritionnel.

En 2015 le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde était estimé à 5,9 millions dont 45% sont imputable à la malnutrition. En 2001, au Sénégal la MAS avait représentée 20% des hospitalisations en pédiatrie dont 20% sont décédés [7]. En 2013, au Mali, selon Doumbia AK et al, la MAS était la principale cause de décès des enfants hospitalisés au CHU GT avec un taux de 47% [8]. La prise en charge de la malnutrition pose un grand problème dans nos hôpitaux car ces enfants hospitalisés paient un lourd tribut avec des taux de mortalité souvent très élevés dus à la non réponse au traitement nutritionnel. L'impact des complications sur la durée de la phase aiguë étant moins bien documentée, le rapport entre la malnutrition et la mortalité liée aux complications apparaissent comme des causes confondues et bien établies. La malnutrition et l'infection forment un cercle vicieux souvent mortel [9]. Elle affaiblit le système immunitaire, aggravant la susceptibilité à l'infection. L'infection, à son tour, épuise le stock de nutriments et d'énergie, compromettant le traitement et aggravant les dégâts causés par les maladies infectieuses, compliquant le tableau clinique. Ce qui peut expliquer en partie la non réponse au traitement nutritionnel [10].

Il s'avère donc important de revoir les activités de prise en charge au regard du nombre croissant de « non répondants ». Ce constat nous a amené à nous demander pourquoi ces enfants ne répondaient pas au traitement?

C'est ainsi que, nous avons jugé nécessaire de faire une étude pour déterminer les causes de l'inefficacité de ce traitement, qui pourtant a eu un taux de guérison de 94,3% [11].

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Déterminer les causes de non réponse au traitement nutritionnel à URENI.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence des non répondants à l'URENI du CHU GT.
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques des malnutris non répondants au traitement nutritionnel.
- Décrire les causes de la non réponse au traitement nutritionnel.
- Déterminer le devenir des malnutris non répondants au traitement.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée dans les services des urgences et la pédiatrie générale du département de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURÉ de BKO/Mali.

2. Lieu d'étude: le département de la pédiatrie

Situé au nord-est, à l'intérieur de l'hôpital, il est constitué de deux bâtiments principaux contigus à un niveau et comprend:

a. Un service de pédiatrie générale :

- Trois unités d'hospitalisation (pédiatrie I, II, IV);
- L'unité d'oncologie pédiatrique;
- L'unité de prise en charge de la drépanocytose;
- Le centre d'excellence pour la prise en charge des patients infectés par le VIH.
- Une unité de consultation externe

b. Un service des urgences pédiatriques

c. Un service de néonatalogie :

- Une unité de kangourou
- Une Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI)

2.1. L'unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

2.1.1. L'infrastructure de l'URENI est constituée de :

- Une salle unique avec toilette incorporée où se déroulent toutes les activités nutritionnelles (prises des paramètres, d'enregistrement, de consultation, de préparation et de distribution des laits thérapeutiques, la réalisation du test d'appétit).

- Deux magasins pour le matériel de cuisine et les intrants.
- Les patients sont hospitalisés en pédiatrie générale et aux urgences pédiatriques.

2.1.2. Le personnel de l'URENI est constitué de :

- Un médecin pédiatre superviseur des activités
- Deux infirmières
- Une sage femme
- Une aide-soignante.

2.1.3. Matériels, supports et intrants de l'URENI

Mémoire de Pédiatrie

L'URENI a un Kit de mesure anthropométrique (toise, balance mère enfant, bande de Shakir), du matériel de cuisine pour la préparation du lait et des supports de gestion qui sont: les registres et dossiers (URENI, URENAS, URENAM), les fiches de transfert, les tables de mesures anthropométriques, les fiches de rapports mensuels. Les aliments thérapeutiques, le RéSoMal, les médicaments pour le traitement systématique sont fournis par l'UNICEF à travers la direction générale de la santé. La farine de soja et de maïs (CSB), l'huile et le sucre ne sont plus fournis par le PAM à travers le service social de l'hôpital.

Tous ces intrants sont disponibles mais connaissent des périodes de rupture intermittente sauf le plumpy nut.

2.1.4. Activités de l'URENI :

L'URENI assure la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications conformément aux recommandations du protocole national. Les principales activités menées à l'URENI sont :

- L'évaluation clinique de la malnutrition;
- L'état nutritionnel de chaque malade est évalué par la prise des paramètres anthropométriques, les différents indices (P/T, P/A, T/A, PB), la recherche des œdèmes nutritionnels;
- L'examen physique des patients.
- La prise en charge et le suivi des malnutris;

3 . Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude rétro-prospective, transversale descriptive menée auprès des enfants malnutris non répondants à l'URENI.

4. Période d'étude:

Notre étude s'est déroulée du 01^{er} Janvier 2020 au 30 Septembre 2021 soit une durée de 21 mois.

5. Population d'étude:

La population cible de l'étude était composée de:

- **Cible primaire:** Tous les enfants de 0 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère non répondants au traitement;

- **Cible secondaire:** Mères/ accompagnants d'enfants de 0 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère non répondants au traitement; ont été interrogés sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques et leurs satisfactions sur la prise en charge.

- **Cible tertiaire:** Personnel médical de l'URENI et de la pédiatrie qui était sur place.

6 . Échantillonnage:

6.1. Technique d'échantillonnage

IL a été exhaustif, comprenant tous les malnutris non répondants au traitement nutritionnel répertoriés à l'URENI pendant la période d'étude répondant à nos critères d'inclusion.

6.2. Critères d'inclusion

Les enfants de 0 à 59 mois ayant été pris en charge à l'URENI pendant au moins 10 jours, qui n'ont pas rempli les critères de transfert à la Phase 2.

6.3. Critères de non inclusion

Tous les enfants malnutris aiguë sévère ayant moins de 10 jours hospitalisations;

Tous les malnutris aiguë sévère hospitalisés âgé de plus de 59 mois;

Le refus de participer à l'enquête;

Les enfants n'ayant pas eu de suivi médical à l'URENI.

7. Définitions opérationnelles :

7.1. Critères « d'échec de réponse au traitement » à l'URENI :

- Absence d'amélioration ou de retour de l'appétit après 4 jours d'admission.

- Absence totale de l'amorce de la fonte des œdèmes après 4 jours d'admission.

- Œdèmes encore présents après 10 jours d'admission.

- Ne remplit pas les critères de transfert à la Phase 2 après 10 jours d'admission.

7.2. Critères « d'échec de réponse au traitement » à l'URENAS :

- Échec à prendre du poids (enfant non- œdémateux) 14 jours après admission.

- Perte de poids (enfant non- œdémateux) 7 jours après admission.

- Perte de poids de 5% du poids corporel.

- Échec au test de l'appétit à n'importe quelle visite.

- Perte de poids pendant deux visites consécutives.

- Œdèmes encore présents plus 21 jours.
- Pas d'amorce de la fonte des œdèmes après 14 jours d'admission.
- Non prise de poids après la fonte des œdèmes ou après 14 jours pour les marasmes.

7.3. Traité avec succès: les patients qui ont fini le traitement de la phase aiguë et sont transférés vers l'URENAS pour continuer leur traitement. Pour les nourrissons de moins de 6 mois, déchargés en prenant du poids tout en étant exclusivement allaité.

7.4. Décès: est défini comme un patient qui meurt durant son séjour dans le programme après son enregistrement.

7.5. Abandon: est défini à URENI comme un patient absent pendant deux pesées consécutives (2 jours).

7.6. Durée de séjour: Elle est définie à URENI comme le temps qui s'écoule de la date d'admission à la date où le patient atteint avec succès son statut de patient « traité avec succès ».

7.7. Gain de poids moyen à la phase de transition: 6 à 10g/kg/jour sous le lait F100.

8. Déroulement de l'enquête :

8.1 Matériels: Un dossier médical était ouvert pour chaque patient à partir duquel une fiche d'enquête individuelle était établie. Les données étaient consignées au moyen de trois fiches (voir annexes).

1^{ère} fiche: pour la revue des dossiers les malnutris non répondants au traitement durant la période de janvier 2020 à septembre 2021.

2^{ème} fiche: une entrevue guidée avec les mères des malnutris non répondants ou les personnes en charge de ces enfants de février 2021 à septembre 2021.

3^{ème} fiche: un questionnaire adressé au personnel de URENI/pédiatrie sélectionné au moment de l'enquête pour identifier les problèmes organisationnels qui peuvent entraîner la survenue de non répondant.

8.2. Méthode diagnostique: Le diagnostic était basé sur le rapport P/T < -3 z score, le périmètre brachial rouge (PB < 115mm), la présence d'œdèmes nutritionnels.

8.3. Les paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, le poids, la taille, la date de l'admission et de sortie, le ménage, la résidence, les antécédents de l'enfant (l'état nutritionnel et de santé), les pathologies associées, les complications médicales, le

traitement médical et nutritionnel reçu, la disponibilité des intrants, le devenir des patients, la satisfaction des mères, les conditions socio-économiques des parents, les caractéristiques socio professionnelles de personnel de l'URENI.

8.4. Collecte et analyse des données: La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel Sphinx version 4.5. Le logiciel Microsoft Word, exel 2020 a été utilisé pour la rédaction.

9. Ethique :

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement des enquêtés a été obtenu avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des informations recueillies leur a été garantie. La dignité et la liberté des enquêtés ont été respectées. La diffusion des résultats a été garantie.

IV. RESULTATS

Durant la période du 1^{er} janvier 2020 au 30 septembre 2021, 10 096 malades ont été admis en pédiatrie, 474 cas de malnutrition aiguë sévère soit 4,69% des admissions ont été prise en charge par l'URENI. Nous avons recruté 79 non répondants soit un taux de non réponse au traitement nutritionnel de 16,67%. Ainsi nous avons successivement analysé les résultats descriptifs à savoir les données socio-démographiques et économiques des enfants, des pères, des mères, les aspects cliniques et nutritionnels, la qualité de la prise en charge et la performance du centre.

4. Résultats descriptifs

4.1. Caractéristiques socio-démographiques et économiques.

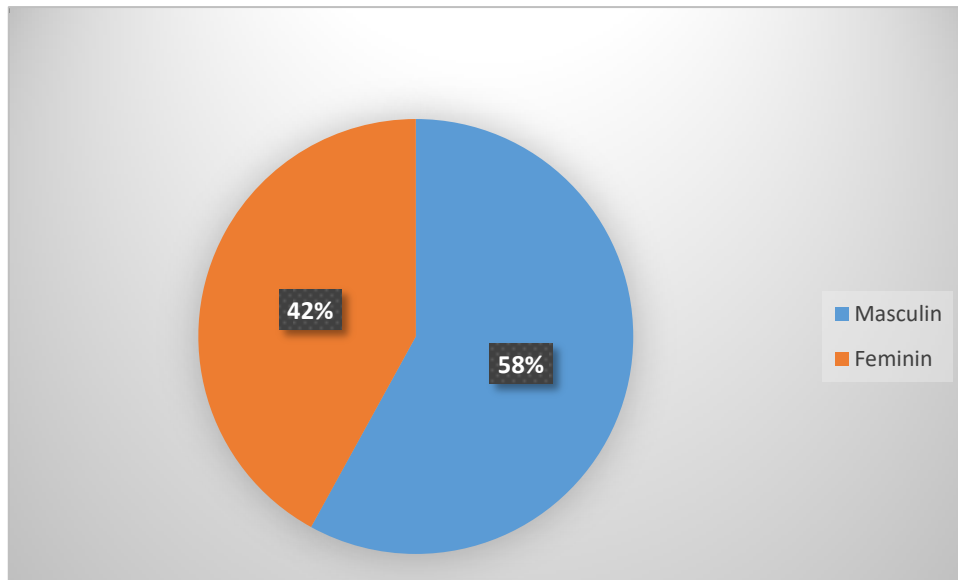


Figure 1: Répartition des enfants en fonction du sexe.

Le sexe masculin représentait 58% avec un sex-ratio de 1,39.

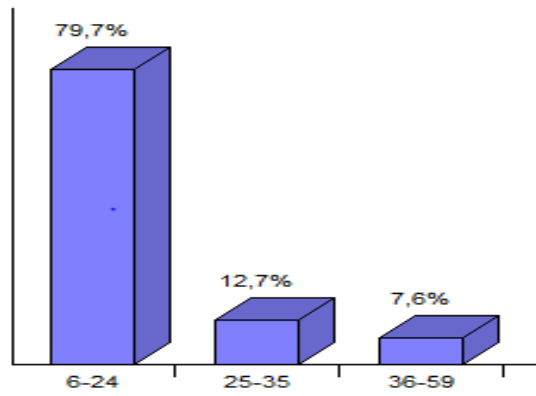


Figure 2: Répartition des enfants en fonction de la tranche d'âge.

La tranche d'âge 6 – 24 mois était la plus représentée avec 79,7%.

L'âge moyen était de 19 mois avec des extrêmes de 6 mois et 59 mois.

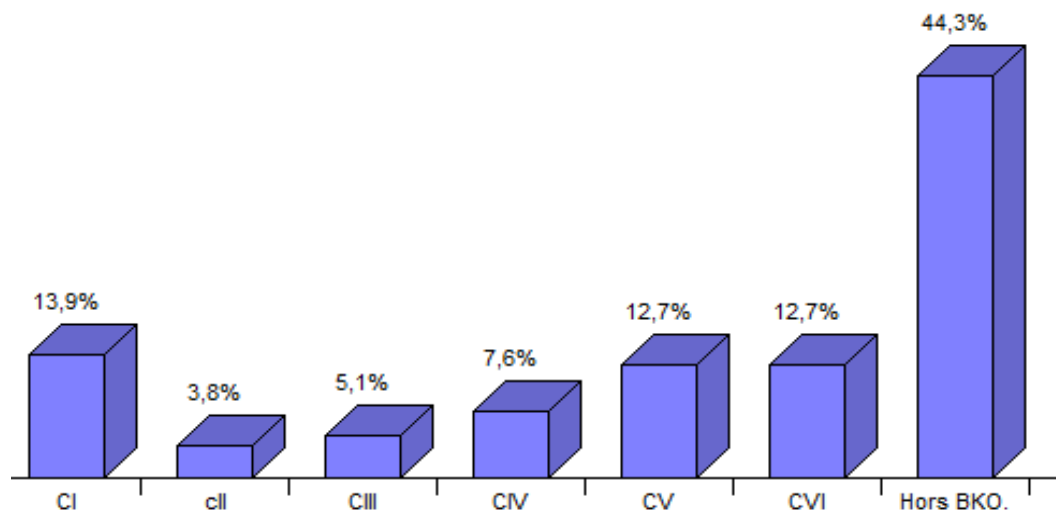


Figure 3: Répartition des enfants en fonction de leur résidence.

La moitié des enfants résidait à Bamako soit 55,7%.

Tableau II : Répartition des pères en fonction les données socio-démographiques et économiques.

Variabes	Effectif n=79	Pourcentage
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	39	49,4
Primaire	20	25,3
Secondaire	12	15,2
Alphabetisé	8	10,1
Profession		
Ouvrier	35	44,3
Cultivateur	19	24,1
Commerçant	15	19,0
Fonctionnaire	10	12,6
Régime matrimonial		
Monogame	66	83,5
Polygame	13	16,5

Les pères n'étaient pas instruits dans 49,4% des cas, la majorité travaillait dans le secteur informel (44,3%) et était monogame dans 83,5% des cas.

Tableau III: Répartition des mères en fonction les données socio-démographiques.

Variables	Effectif n =79	Pourcentage
Age		
15-29ans	39	49,4
30-39ans	35	44,3
40 et plus	5	6,3
Parité		
Pauci pare (1-3)	47	59,5
Multipare (4-6)	22	27,8
Grande multipare (plus de 7)	10	12,7
Nombre de décès dans la fratrie		
0	51	64,5
1	17	21,5
2	8	10,1
3	3	3,8
Statut matrimonial		
Mariée	77	97,5
Veuve	1	1,3
Divorcée	1	1,3
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	51	64,6
Primaire	15	19,0
Secondaire	9	11,4
École Coranique	4	5,1
Profession		
Ménagère	62	78,5
Commerçante	11	13,5
Fonctionnaire	2	2,5
Élève	2	2,5
Aide ménagère	2	2,5
État de la mère		
Non enceinte	63	79,7
Enceinte	16	20,3

La majorité des mères soit 49,4% avait un âge compris entre 15 et 29 ans.

La quasi-totalité des mères soit 97,5% était mariée, monogame dans 83,5% des cas.

Les mères multipares représentaient 40%. Les grossesses rapprochées font partis des facteurs favorisants; 20% des mères avaient déjà une grossesse en cours.

Le tiers 39,4% des mères ont eu un ou plusieurs décès dans la fratrie.

Plus de la moitié soit 64,6% des mères n'était pas scolarisée. 78,5% s'occupaient des tâches ménagères.

4.2. Aspects cliniques et nutritionnels

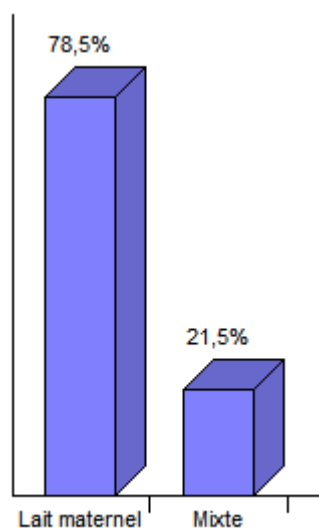


Figure 4: Répartition des enfants en fonction du mode d'alimentation au cours des six premiers mois.

La majorité (78,5%) a reçu le lait maternel au cours des six premiers mois.

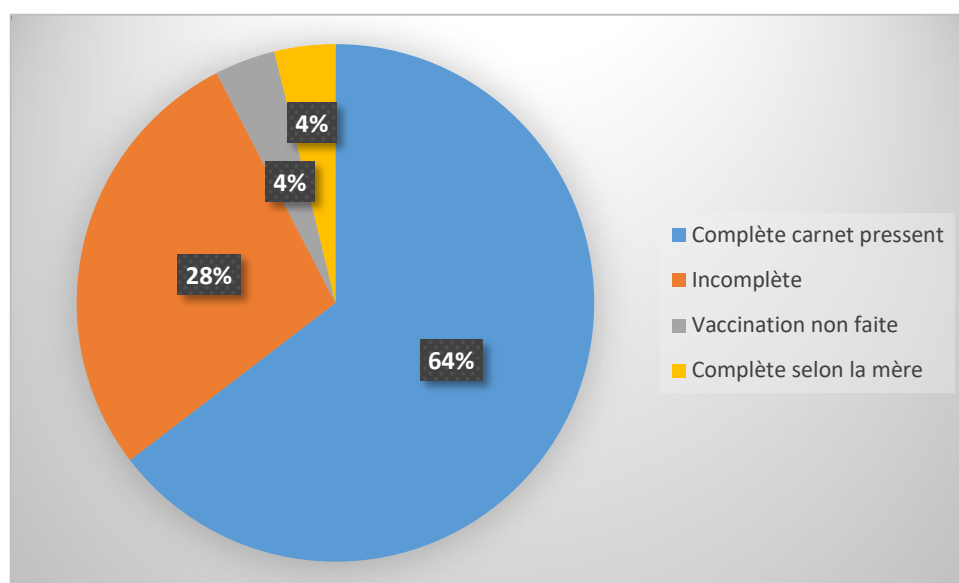


Figure 5: Répartition des enfants en fonction des vaccins reçus dans le PEV.

Plus de la moitié (64,6%) des enfants ont reçu la totalité des vaccinations prévues par le PEV.

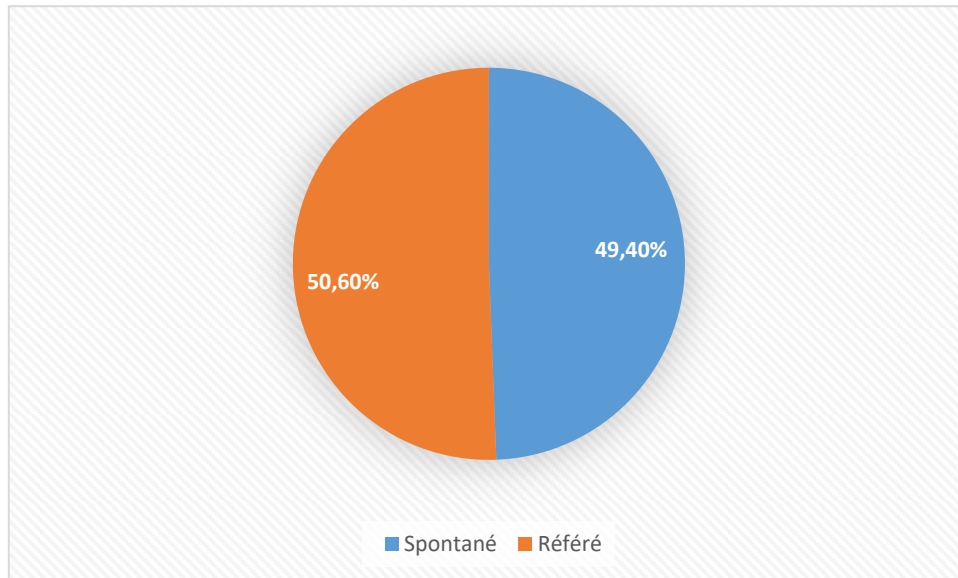


Figure 6: Répartition des enfants en fonction du type d'admission.

La moitié des patients ont été référés soit 49,4%.

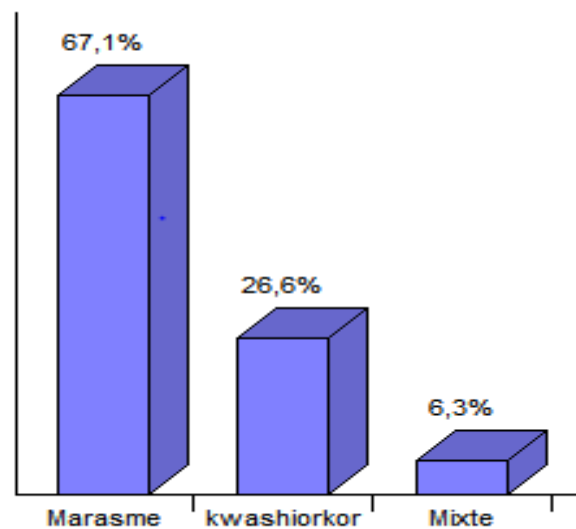


Figure 7: Répartition des enfants selon la forme de la MAS.

Plus de la moitié 53 enfants soit 67,1% de notre échantillon d'étude souffraient de marasme dont 44% avait un périmètre brachial inférieur à 115 mm; les 32,9% restant présentaient la forme kwashiorkor.

Tableau IV: Répartition des enfants en fonction des pathologies associées.

Pathologies associées	Effectif 54	Pourcentage
Paludisme grave	17	31,5
Infirmité motrice cérébrale	12	22,2
VIH	8	14,8
Cardiopathie congénitale	5	9,3
Rougeole	4	7,4
Tuberculose	3	5,6
Pyélonéphrite aiguë	2	3,7
Lymphome	1	1,8
Rétinoblastome	1	1,8
Hypothyroïdie	1	1,8

Le paludisme grave était la pathologie associée la plus représentée avec 31,5%.

Tableau V: Répartition des enfants en fonction des complications.

Complications médicales	Fréquence N=79	Pourcentages
Candidose buccale sévère	21	26,6
Déshydratation	19	24,0
Infection respiratoire aiguë	17	21,5
Anémie sévère	9	11,3
Choc septique	8	10,1
Hyperthermie	4	5,1
Hypoglycémie	1	1,2

La candidose buccale sévère et la déshydratation étaient les complications les plus représentées respectivement 26% et 24% des cas.

4.3. Aspects pris en charge et la performance du service.

Tableau VI: Répartition des enfants en fonction du traitement systématique reçu.

Traitement systématique	Oui		Non		Totale
	N	%	N	%	
Antibiotique	76	96,2	3	3,8	79
Test du paludisme réalisé	59	74,7	20	25,3	79
Vaccination rougeole (à partir de 9 mois sans carte)	0	0	79	0	79

Les enfants ont reçu leurs antibiotiques dans 96,2%.

Plus de la moitié (74,7%) a bénéficié le test du paludisme.

Aucun enfant éligible n'a reçu le vaccin contre la rougeole à l'admission.

Tableau VII: Répartition des enfants selon le traitement diététique reçu.

Traitement diététique	Oui		Non		Totale
	N	%	N	%	
Lait F 75	76	96,2	3	3,8	79
LHS	3	3,8	76	96,2	79
F100	60	75,9	19	24,1	79
PPN	35	44,3%	44	55,7	79

En début de récupération nutritionnel, 96,2% ont reçu le lait F 75.

Près de la moitié 46,8% des enfants ont reçu le lait F75 durant plus 10 de jours

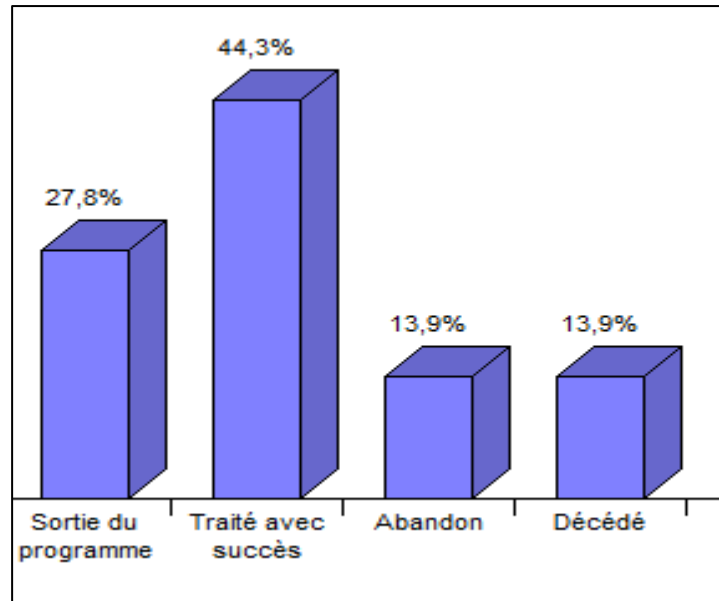


Figure 9 : Répartition des enfants en fonction du devenir.
Près de la moitié (44,3%) des enfants a été traité avec succès.

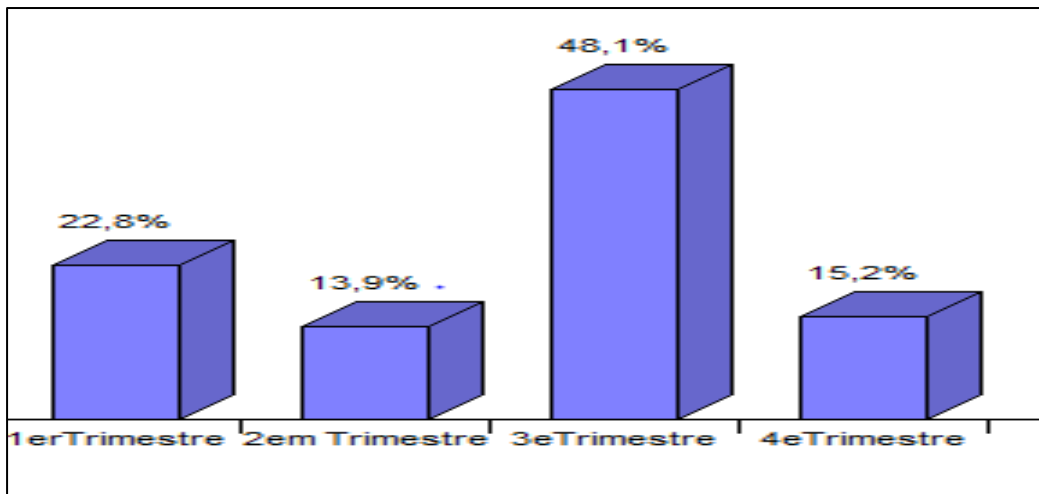


Figure 10 : Répartition des enfants en fonction de la période de non réponse.
La moitié (48%) de non réponse était enregistrée au 3^e trimestre.

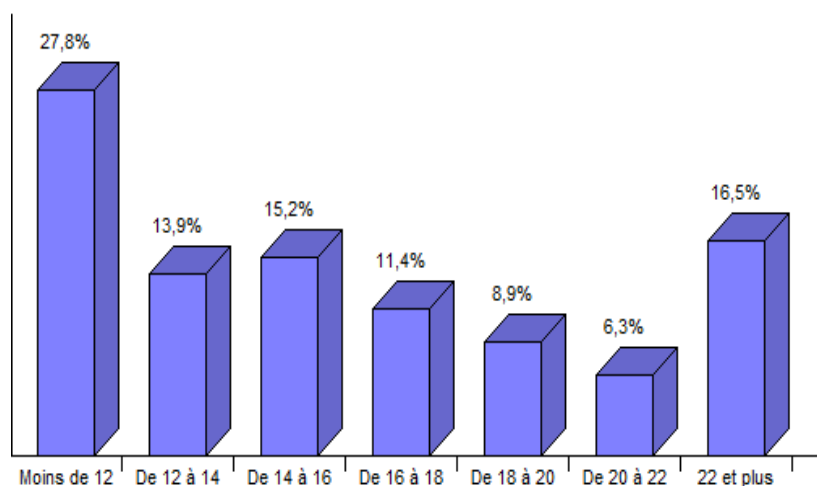


Figure 11: Répartition des enfants selon la durée du séjour.

Vingt sept pourcent (27%) des enfants ont séjourné durant 10 à 12 jours.

La durée moyenne était de 16 jours avec les extrêmes de 10 à 35 jours.

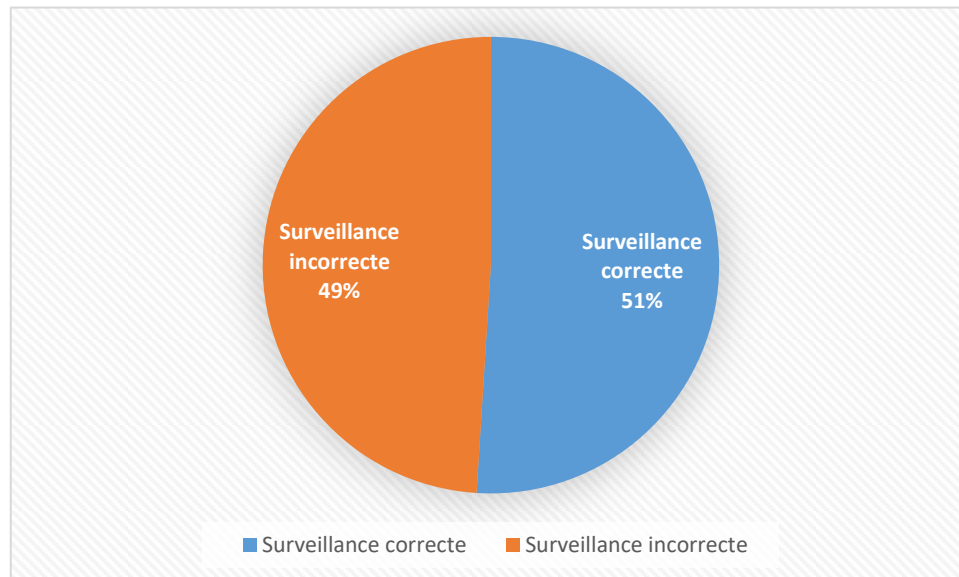


Figure 12 : Répartition des enfants en fonction de la surveillance.

Nous constatons ici qu'avec la revue des dossiers, seulement 51% des enfants ont bénéficié d'une surveillance correcte.

Tableau VIII: Répartition des mères en fonction de la satisfaction suivant les services reçus.

Services reçus	Très satisfaites		Satisfaites		Insatisfaites		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATPE	7	17,5	28	70,0	5	12,5	40	100
Conseils	7	17,5	32	80,0	1	2,5	40	100
Délais d'attente	2	5	33	82,5	5	12,5	40	100

A l'accueil 12,5% des mères n'étaient pas satisfaites quand aux délais d'attente. Par ailleurs 32 femmes soit 80% disent être satisfaites quant aux conseils reçus. 5 femmes soit 12,5% n'était pas satisfaisantes de l'ATPE reçu; La majorité (80%) disent avoir donner autres aliments que l'ATPE durant la phase aiguë.

V . COMMENTAIRES et DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Peu d'études ont été mené sur les causes de non réponse au traitement nutritionnel de la malnutrition aiguë sévère, surtout sur les patients hospitalisés. Néanmoins les données que nous avons pu collecter nous ont permis de faire des analyses et aboutir à des résultats qui peuvent être commentés et discutés au regard de nos objectifs et comparés aux données de la littérature.

2. Fréquence

Notre étude rétro prospective transversale descriptive qui s'est déroulée à l'URENI du département de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré de janvier 2020 à septembre 2021, concernait 474 enfants malnutris aiguë sévères hospitalisés, soit 4,69% de tous les enfants hospitalisés durant la période de collecte des données (474/10 096). Sur un total de 474 MAS, 79 cas de non-réponse au traitement nutritionnel ont été notés, soit une fréquence de 16,67%.

Les causes de non réponse au traitement nutritionnel ne sont pas spécifiques par ce qu'elles sont liées à des différents facteurs:

- Elles sont liées en premier lieu à la structure de prise en charge par mauvaise application du protocole; un environnement non propice; un personnel insuffisant, une rotation excessive du personnel inexpérimenté, la fiche de suivi mal remplie, le lait F75 mal préparé ou donné de façon incorrecte, une insuffisance de suivi; une insuffisance de motivation du personnel.
- Secondairement les causes sont liées aux patients en rapport avec une complication médicale et des pathologies associées, le volume du lait F75 pris insuffisant, le partage de la nourriture avec l'accompagnant.
- Les causes sont également liées aux mères en rapport avec un problème social/psychologique.

3. Aspects socio-démographiques et économiques

3.1. Les variables liées aux mères et aux pères :

- Age

L'âge moyen des mères était de 37 ans avec les extrêmes (17 et 43 ans). Ce résultat est similaire à celui de Maiga BD [12] qui avait trouvé 74,6% des mères âgées de moins de 40 ans. Notre résultat est inférieur à celui de Kainoune Ould S [13] qui avait trouvé un taux de 83,9% des mères âgées de moins 30 ans. Certaines études, Akoto EM et Hill AG [14] ont prouvé la corrélation du risque élevé de la malnutrition des enfants nés de mères âgées de moins 25 ans ou de plus de 35 ans. Cette situation est due aux raisons tant physiologiques que comportementales. Les mères de moins de 20 ans, outre la non maturité biologique n'ont pas encore acquis les bons réflexes en matière de santé et de nutrition des enfants. La précocité de la maternité aboutit souvent à la naissance des enfants de faible poids exigeant des soins particuliers. Quant aux mères de plus de 35 ans, elles accusent une fatigue physiologique due au nombre élevé de maternités. Ces facteurs peuvent avoir des répercussions sur la ponctualité aux visites médicales et même sur l'observance thérapeutique.

- Niveau d'instruction

On constate que 64,6% des mères n'ont reçu aucune instruction, Parmi celles qui étaient scolarisées, 11,4% avaient le niveau secondaire. Au Mali comme un peu partout en Afrique les filles sont moins scolarisées que les garçons [4, 15, 16]. En effet au Sénégal et au Burkina Faso les proportions des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction sont respectivement 47% et 70%. La scolarisation des femmes est un facteur important des conditions de vie des ménages; elle influence le comportement procréateur, le recours à la contraception moderne, l'adoption de la bonne pratiques en matière de la santé, de l'hygiène de nutrition. Elle est un élément essentiel de leur accès à l'autonomie économique et un enjeu majeur de développement.

- Profession

Environ 80% des mères de notre échantillon s'occupaient exclusivement des travaux ménagers, Ce taux est similaire à celui de Sawadogo S et al [17] qui avait trouvé 88%.

Seulement 7,5% des mères avaient des revenus, les activités génératrices de revenus des femmes jouent un rôle capital dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition surtout que 44,3% de leurs maris étaient des ouvriers et n'avaient pas d'emploi stable, d'autant plus que la prise en charge de nos patients n'était gratuite.

- Statut matrimonial

Presque toutes les femmes 97,5% des femmes sont mariées, monogames dans 83,5% des cas. C'est donc dire que le fait que la mère vive avec un conjoint ne constitue pas nécessairement pour l'enfant une sécurité nutritionnelle. Ce résultat est similaire à celui de Diarra MZ [18] qui avait trouvé 57,9% de régime monogamique. L'avantage du foyer polygamique pourrait être du fait que la maman d'un enfant hospitalisé, aurait la possibilité de se faire remplacer dans les occupations ménagères par sa coépouse et s'occuper aux autres enfants.

- Parité et décès dans la fratrie

Près du tiers, 27,8% des mères était multipare; ce résultat est similaire à celui de Coulibaly MB du même centre [19] qui avait trouvé 23,9% de femmes multipares mais inférieur à celui de Guindo M à Ségou [20] qui avait trouvé 63,2% des femmes multipares. Cette différence peut s'expliquer par le lieu de résidence mais aussi par le régime matrimonial car 64,9% des pères de l'échantillon de Guindo M [20] était polygame. Le tiers soit 39,4% des mères de notre échantillon ont eu à perdre au moins un enfant à bas âge. Cette situation est fréquente, elle pourrait être due aux conditions socio-économiques défavorables des parents et pourrait s'expliquer par un manque d'optimisme quant à la guérison de leurs enfants.

Les grossesses rapprochées font partie des facteurs favorisants les plus fréquents de la malnutrition; 20% des mères avaient déjà une grossesse en cours. Cet état peut les empêcher de s'occuper normalement de leurs enfants. En effet, il n'est pas évident pour une femme enceinte de se réveiller à des heures tardives pour récupérer le lait F75, respecter l'hygiène nutritionnelle, encourager l'enfant de terminer son repas et lui apporter des soins de soutien.

3.2. Variable liée aux enfants :

- Sexe

Au cours de notre étude, nous avons recruté 41,8% de fille et 58,2% de garçons avec un sex -ratio de 1,39. Ce résultat est similaire à celui de Milcent K et al [21] au Bénin qui avait trouvé un sex-ratio de 1,6. Cette prédominance s'explique par le fait qu'à la naissance, les garçons sont plus nombreux, Cependant sur le plan biologique, les filles sont plus résistantes que les garçons. Ces derniers sont plus disposés à être frappés par la malnutrition compte tenu de la fragilité de leur organisme. Les garçons ont en effet un taux plus élevé de mortalité infanto juvénile, causée le plus souvent accidentellement [22].

4. Aspects cliniques et nutritionnels :

- L'âge et la forme de la malnutrition

L'âge de l'enfant est susceptible d'expliquer les variations de la malnutrition par le fait qu'à moins de six mois, les enfants bénéficient de la protection des anticorps de leur mère. Souvent, ils ne sont pas encore en contact avec les agressions extérieures car ils sont nourris au lait maternel [23]. Au delà si les aliments de la diversification ne sont pas suffisants pour couvrir les besoins de la croissance, le sujet pourrait avoir des carences et une fragilité face à l'infection. Ce qui aggrave le déficit immunitaire de la malnutrition de l'enfant. A cela s'ajoute la problématique du sevrage, lorsqu'il n'est pas réalisé dans les conditions idéales. Le plus souvent en raison d'une nouvelle grossesse, on assiste à la rupture de l'équilibre nutritionnel avec une carence plus marquée en protéine aboutissant au kwashiorkor. Notre étude a trouvé que les enfants de 6-24 mois étaient les plus touchés avec 79,7% des cas. D'autres auteurs avaient trouvé le même résultat, au Sénégal et au Congo [24, 25, 26] par contre Ubesie AC et al [27] au Nigeria en 2012 avait trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 13-24 mois.

Les 2/3 des patients étaient atteints de marasme soient 67,1% dont 44,3% avait un PB inférieur à 115 mm. Le PB moyen de notre étude était de 90 mm, cela témoigne la sévérité de la malnutrition et un indicateur du risque de non réponse du traitement nutritionnel. Le même constat a été fait par Guesdon B et al en Inde [28]. Concernant

les œdèmes, nous les avons enregistrés dans 32,9% de cas. Le même constat a été fait par Ouédraogo O et al au Burkina en 2012 [29], ils ont noté une fréquence plus élevée des MAS sans œdèmes 77,9% de cas comparativement aux MAS avec œdèmes 22%. La plupart des études retrouvent cette prépondérance de la MAS sans œdèmes mais à des proportions différentes. DE Lange en Afrique du Sud, Bichet en Somalie et Sedgho au Burkina Faso, ont trouvé respectivement la malnutrition sans œdèmes dans 66%, 71% et 80 % de cas [30, 31, 32]. Par contre Rytter J et al 2015 [33] ont trouvé une fréquence plus élevée de la MAS avec œdèmes dans 64% des cas; les enfants malnutris œdémateux étaient légèrement plus âgés, 17 mois en moyenne.

- Provenance

Seulement 5,1% des enfants venaient de la CIII où se trouve l'hôpital. Le reste résidait dans les autres communes et hors de Bamako. La moitié soit 50,6% des patients ont été référés provenant pour la plus part des quartiers périphériques et des villages environnants, cela s'explique par le fait que le taux de pauvreté est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain 51% contre 49% [34].

- Allaitement

Toutes les femmes qu'on a pu interroger, ont avoué de pratiquer l'allaitement pendant les 6 premiers mois avec 21,5% d'allaitement mixte. Les enfants ont été sevrés précocement avant 24 mois, soit à cause des grossesses rapprochées, soit à cause d'un état pathologique.

- État vaccinal

Dans notre étude 64,6% des enfants ont eu leurs vaccins du PEV; mais seulement 3,8% avaient leur carnet de vaccination. Ce résultat est supérieur à celui de l'EDS M VI (2018) qui affirme que 45% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins du PEV [4]. La vaccination est l'un des meilleurs investissements dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses, surtout en cas de déficit immunitaire. Pourtant malgré d'énormes progrès, près de 20 millions de nourrissons dans le monde n'ont pas accès aux vaccins. La couverture vaccinale mondiale est restée inchangée ces dernières années [35].

- Les complications médicales et les pathologies associées à la malnutrition

Selon notre étude, la malnutrition était associée à la candidose digestive dans 26,6% de cas, la gastro-entérite 24,0% suivi de l'infection respiratoire aiguë 21,5% de cas. Ce résultat est similaire à d'autres études réalisées au Mali, Yattara M [36] et Diawara F et al [37] qui avaient trouvé respectivement un taux de 48,1% et 47,8% de candidose digestive. D'autres études confirment cette prédominance d'infection cutanée, en effet Sall MG et al [24] au Sénégal et Musimwa AM et al en 2016 [38] en république démocratique du Congo avaient trouvé respectivement un taux de 22,7% et 22,9% de lésion cutanée. La candidose digestive est responsable d'une dysphagie empêchant ainsi le retour de l'appétit aboutissant à un échec de traitement diététique. Elle peut être associée à une lésion de la muqueuse intestinale limitant ainsi l'absorption. En effet la diarrhée entraîne une malnutrition aiguë chez les enfants et induire une atrophie villositaire intestinale, une baisse de la mobilité de l'intestin grêle, une altération des fonctions enzymatiques intestinales et une diminution des réactions immunitaires intestinales responsables de gastro-entérite [39]. En 2019 Diall H et al [40] ont analysé les facteurs de performance de l'URENI. Il s'est avéré que l'échec du traitement est en parti lié aux pathologies associées. Dans leur série en plus de l'échec au test de l'appétit, d'autres complications redoutables témoignant le retard de recours aux soins étaient associées à un taux élevé de décès suite au non réponse du traitement.

5. Aspects pris en charge et la performance du service :

- L'antibiothérapie systématique

Presque tous les enfants, 96,2% ont reçu des antibiotiques suivant les directives de l'OMS et du PCIMA [41, 6]; Cependant une antibiothérapie spécifique a été administrée en fonction du diagnostic et de la gravité. La ceftriaxone était prescrite dans 54,4% des cas et la gentamicine dans 21,5%. Ce résultat est similaire à celui de Sidibe M au Csréf de kalaban coro [42] où la ceftriaxone était la plus prescrite avec 50,8% et la gentamicine à 29,2%. Par contre notre résultat est différent à celui de Diarra I au Csréf de Koutiala [11] où la majorité soit 48,9% des patients ont reçu l'amoxicilline. Cette différence pourrait s'expliquer par la gravité de la comorbidité

car plus de 35% de notre échantillon avaient au moins deux pathologies associées à la malnutrition.

Antifongique: Dans notre étude 26% des patients ont reçu l'antifongique. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que l'antifongique n'était pas prescrit systématiquement à tous les enfants présentant des signes de septicémie comme dictée par la PCIMA [6].

- Le test du paludisme

La réalisation du test paludisme est systématique à l'admission chez les patients à partir de 6 mois de vie [6]. Au terme de notre étude, le test de paludisme a été réalisé chez 74,7% dont 31,5% étaient positifs. Ce taux est inférieur à celui Diarra I à Koutiala [11], tous les enfants soit 100% de son échantillon ont fait le test. Cette différence s'explique par le fait que l'ONG Médecin sans frontière appuie le Csréf de Koutiala. Dans notre étude, le paludisme grave était associé à la malnutrition dans 31,5% des cas. Ce taux est supérieur de ceux Thiam L et al [43] et Ngirabega JD et al [44] qui ont observé respectivement 10,5% et 11,9% des cas de paludisme grave. L'association paludisme et la malnutrition pourrait s'expliquer par le fait que la période de haute transmission de paludisme correspond à la période de soudure.

- La prise en charge diététique

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère comporte une phase initiale de stabilisation et une phase de réhabilitation nutritionnelle. Dans la première phase, les complications étaient traitées et on apportait à chaque lait F75, 75 kcal/100 ml. Puis une phase de transition durant laquelle le lait F100 était utilisé (100 kcal/100 ml) avec un gain de poids moyen de 6 à 10 g/kg/J. Suivi du test de l'appétit avec le PPN, Le PPN apporte 150 à 220 kcal/Kg/J. La deuxième phase débutait lorsque le patient remplissait les critères requis après une transition conditionnée par un retour de l'appétit. Ceci n'était pas toujours possible en peu de temps dans un contexte comme le notre où certains patients avaient des comorbidités graves. La phase aiguë ne doit pas dépasser 7 jours [6, 41]. Le lait F75 permet en 3 à 4 jours le retour de l'appétit en restaurant les fonctions immunologique, chimique et physiologique [6]. Au contraire 46% de notre échantillon n'avaient pas de l'appétit à 10 jours d'hospitalisation. Cela

serait dû à l'absence de supervision et d'évaluation objective de la prise du lait, la mise en place d'une sonde orogastrique lorsque la prise du lait est inférieure à 75%. Des auteurs ont démontré que la vitesse de récupération dépendait du degré de déficit nutritionnel initial [45]. Plus de la moitié des enfants avaient une malnutrition très profonde à l'admission. Cette situation n'aurait pas été en faveur d'une récupération nutritionnelle appréciable. Par ailleurs, l'infection candidosique contribuerait à la retarder également, elle était associée à un gain de poids faible et une mortalité élevée [44, 45]. Nous avons observé chez certains sujets une perte de poids pendant les 48 premières heures au 7^{ème} jour, cette chute dans la première semaine a été observée par Golden MH [46] en Inde. La phase de stabilisation était très longue, avec une stagnation ou une baisse du poids. Les patients qui souffraient d'une candidose digestive associée à la gastro-entérite n'étaient stables cliniquement qu'entre 10 et 15 jours voire plus contrairement aux autres.

- La durée de l'hospitalisation et le devenir des patients

La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours avec des extrêmes de 10 à 35 jours. L'évolution était favorable chez 57 patients (72,1%) contre onze décédés soit une mortalité spécifique de 13,9%. Tous les décès étaient enregistrés dans la deuxième semaine d'hospitalisation, la majorité des décès 81, 8% survenaient chez les patients qui avaient le marasme. Près de 2/3 (67,0%) des patients décédés avaient un sepsis sévère ou une pneumonie massive. Ce taux élevé de décès rejoint celui Schofield C et al, Breind A au Cameroun [47, 48] qui ont trouvé respectivement 23,1% et 21,9%. Onze enfants soit 13,9% ont abandonné le traitement. Au total, 72,1% des patient ont été déchargé du programme URENI dont 44,3% ont été traités avec succès et transférés à l'URENAS.

- Surveillance

Nous avons constaté que la plus part des dossiers soit (49%) n'étaient pas correctement remplis; les éléments de surveillance ne sont pas notés régulièrement: la quantité du lait donnée et la quantité prise, la réalisation du test d'appétit. Ceux-ci jouent un rôle prépondérant sur les causes de la non réponse du traitement.

- La qualité de la prise en charge

Il apparaît au terme de notre enquête que 12,5% des mères ont trouvé le délai d'attente long au niveau de l'aiguillage. Pour palier à cela le tri des cas doit être effectif à l'accueil des urgences pédiatriques. L'accueil par contre au centre de récupération était satisfaisant, pourtant 05 femmes soit 12,5% des femmes ont déclarées être insatisfaites quant aux aliments reçus parce qu'ils n'amélioraient pas l'état de santé de leur enfant et elles ne savaient quand et où récupérer le lait thérapeutique durant les premiers jours d'hospitalisations surtout lors de la garde. Sur les 40 mères enquêtées aucune n'a reçu les médicaments gratuits alors que la prise en charge est gratuite depuis 2007. En effet la gratuité des médicaments a connu des bris importants en raison des ruptures fréquentes et prolongées des médicaments du traitement systématique, le point focal nutrition du district et du DRS doivent fournir des efforts pour assurer les coûts de manière soutenue avec l'appui de l'ONG partenaire. La barrière financière entraîne encore un grand nombre de la non réponse et de l'abandon lorsque le séjour est long, Près du tiers soit 28,1% des mères de l'échantillon de Diarra MZ [18] ont abandonné le traitement pour problème financier.

- Le personnel

Parmi les agents impliqués dans la prise en charge, 8 étaient formés selon le protocole national de la prise en charge. Mais le manuscrit était à la portée de tout le personnel, ce qui leur permet une formation théorique. Les tâches étaient inégalement réparties et les infirmières étaient souvent débordées, cela s'explique par le fait que la prise du lait thérapeutique n'était pas supervisée. Les malnutris partagent les mêmes salles d'hospitalisation que les autres malades même s'ils sont contagieux alors qu'ils doivent être séparés [6, 41]. Le staff n'est pas quotidien et concerne surtout les plus gradés. Karaolin N et al au Cameroun avaient trouvé comme cause de la non réponse au traitement diététique, la méconnaissance des médecins, l'inattention des infirmières, une mauvaise communication entre le personnel et les accompagnants, un taux de rotation élevé du personnel inexpérimentés [49]. En somme pour notre étude, le problème le plus crucial est l'insuffisance de personnel et aussi le fait qu'il n'y a pas de compensation, ni de motivation d'autant plus que la prise en charge des malnutris nécessite de gros effort.

VI. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

6.1. CONCLUSION

Notre étude rétro prospective transversale, descriptive portant sur 79 MAS non répondants au traitement nutritionnel à URENI du CHU Gabriel Touré, avait pour but d'étudier les facteurs de l'échec au traitement nutritionnel. Les constats suivants ont été faits : La prévalence des non répondants est de 16,6%.

Les causes retrouvées ne sont pas spécifiques parce qu'elles sont liées à des différents facteurs:

- **Chez les mères:** les facteurs qui influencent ici sont entre autres le jeune âge, le manque d'instruction et de revenus, les grossesses rapprochées.
- **URENI :** l'insuffisance de personnel spécialisé et la rupture de stock en médicaments et du lait F75 en 2021 sont les causes qui influent sur la qualité de la prise en charge et le suivi correct des enfants. Mais on peut aussi admettre que le personnel doit aussi doubler ses efforts pour créer une atmosphère chaleureuse permettant de partager les responsabilités des soins avec les mères de ces enfants.
- **Chez les enfants:** La tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-24 mois; les complications les plus retrouvées sont la candidose digestive, la gastro-entérite suivi de pneumonie. Le type de malnutrition le plus représenté est le marasme. Le sex ration est 1,39. Seulement 51% des patients ont bénéficiés d'une surveillance correcte et 44% ont été traités avec succès. Il en ressort qu'assurer un suivi de l'évaluation de la qualité de la prise en charge s'avère nécessaire pour augmenter le taux de guérison.

6.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons:

Au Ministère de la Santé et de l'hygiène publique et ses partenaires:

-Élaborer un plan de renforcement des actions de prévention des risques de déficit céréalier, la réduction de l'insécurité alimentaire, la création des conditions de gestion durable des ressources naturelles, la lutte contre la pauvreté.

-Mettre l'accent sur la formation continue de personnel socio-sanitaire en nutrition.

-Assurer la disponibilité permanente des intrants nutritionnels et médicaments pour le traitement systématique.

A l'administration du CHU Gabriel Touré:

-Doter l'unité de nutrition des locaux et personnel pour la prise en charge de la malnutrition aiguë au sein du CHU-GT,

-Inciter les partenaires à s'investir à la prise en charge des malnutris.

-Organiser des supervisions formatives régulières pour le personnel de l'URENI,

Au personnel soignant:

-Améliorer les conditions de remplissage des dossiers médicaux.

-Utiliser le protocole pour la prise en charge des malnutris.

-Assurer le suivi correct des patients en vue d'établir une bonne relation entre soignant-soigné.

-Organiser le staff sur ceux qui ne répondent pas aux traitements standard.

-Sensibiliser à travers la communication, le changement de comportement.

-Instaurer les séances de causerie/débat, la stimulation cognitive par les jeux.

A la population:

-Recourir précocement aux soins.

-Faire une bonne observance du traitement nutritionnel jusqu'à la fin.

-Contribuer à la scolarisation des filles.

-Favoriser le planning familial et les consultations nourrisson-sein.

VII. RÉFÉRENCES

1. **WHO, FAO, UNHCR, UNICEF and WFP.** Global Action Plan on Child Wasting. A framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the Sustainable Development Goals. 2020 Mars.
2. **World Health Organisation.** La malnutrition. les principaux faits. Disponible sur le site : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition. Communiqué de presse, le 09 Juin 2021.
3. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).** La crise nutritionnelle au Mali 2021. Disponible sur le site : unicef.org/wca/fr. Communiqué de presse du 22 Septembre 2021.
4. **Institut national de la statistique (INSTAT).** Enquête Démographique et de Santé au Mali 6^{ème} édition (EDS M VI). 2018; 35– 186.
5. **Haut commissariat des nations unies pour les réfugiés.** Crise au sahel. Disponible sur le site <https://data2.unhcr.org/fr/situations/sahelcrisis>. consulté le 31 août 2021.
6. **Ministère de la santé/DNS/DN.** PCIMA (Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali). Version révisée de 2017. 2017;18–165p.
7. **Sylla A, Diouf S, Sall MG et al.** Epidemiologie et prise en charge de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans hospitalisés à Dakar. Archives de Pédiatrie. 2002;9(1):111-112.
8. **Doumbia AK, Togo B, Togo P et al.** Morbidity and mortality in children 01 to 59 months in hospital service of general pediatrics CHU GT from January to December 2013. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie. 2016 Juin;8:54.

9. Diagne SL M. Evaluation des activités du CREN de vélingara: Bilan de 5 ans. Thèses Med , Dakar ; 2001.

10. Mbusa KR, Joe B K, John NM K. Profil infectieux et mortalité des enfants âgés de 0 à 5 ans admis pour malnutrition aiguë sévère: étude de cohorte rétrospective au Centre Nutritionnel et Thérapeutique de Bukavu, RDC. Pan African Medical Journal. 2016;23:139 .

11. Diarra I. Évaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de 06 à 59 mois à l 'URENI du Centre de Santé de Référence de koutiala. Thèse Med, Bamako. 2014; N°15M232: 65-69 p.

12. Maiga BD. Évaluation de l'état nutritionnel des enfants de 02 à 59 mois hospitalisés à l'unité de pédiatrie du CSRéf de Kalaban Coro. Thèse Med , Bamako. 2019; N°19M287: 44p.

13. Kainoune Ould S. Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 0 à 59 mois dans la région de Taoudénit. Thèse Med, Bamako. 2020; N° 21M75: 34p.

14. Akoto EM, Hill AG. Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants, population et société au sud du Sahara. Sous la direction de Tabutin D, Paris. Harmattan. 2015;309-334p.

15. Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2019. The DHS Program, ICF, Rockville, Maryland, USA: ANSD. 2020; 6p. Disponible sur le site:<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.pdf>.

16. Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso 2010. The DHS Program, ICF, Rockville, Maryland, USA: INSD. 2010; 42p. Disponible sur le site:<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/pr9/pr9.pdf>.

- 17. Sawadogo S, Ouedraogo O, Kanta AS, Delisle H.** Les mères burkinabées peuvent-elles toujours nourrir correctement leurs enfants?. Nutrition clinique et métabolisme. 2013 ; 28 (2011): S67–S240.
- 18. Diarra M Z.** Déterminants de l’abandon du traitement nutritionnel chez les malnutris aigus sévères de 6 à 59 mois hospitalisés à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako. 2019;N°19M399:57p.
- 19. Coulibaly M B.** Facteurs de risque de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés au département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako. 2020; N° 20M160:77p.
- 20. Guindo M.** Malnutrition aigüe sévère avec complication chez les enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie de l’hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de Med, Bamako. 2020; N°20M141:46p.
- 21. Milcent K, Stoffel V, Chague BF et al.** Malnutrition infanto juvénile à Fo-Bouré (Bénin): données anthropométriques et prise en charge des enfants malnutris. Archives de Pédiatrie. 2008; 15: 1289-1295.
- 22. Bryce J.** Can the world afford to save the lives of 6 million children each year. Lancet. 2005 ; 365 : 2193–2200.
- 23. Coulibaly A, Ake-tano O, Bénie bi vroh J et al.** Facteurs socioprofessionnels et pratique de l’allaitement exclusif par les primipares à Abidjan. Santé Publique. 2014 Août; 4 (26): 555-562.
- 24. Sall MG, Badji ML, Martin SL, Kuakuvi N.** Récupération nutritionnelle en milieu hospitalier régional : Le cas de l’Hôpital Régional de Kaolack (Sénégal). Med Afr Noire. 2000; 47 (12) :525–527.

25. Mouko A, Mbika CA, Samba louaka C et al . Prise en charge de la malnutrition sévère dans un service de pédiatrie au CHU de Brazzaville. Lettres à la rédaction. Archives de pédiatrie. 2007; 14 (9):1113–4.

26. Kambale RM, Kasengi JB, Kivukuto JM et al. Profil infectieux et mortalité des enfants âgés de 0 à 5 ans admis pour malnutrition aiguë sévère: étude de cohorte rétrospective au Centre Nutritionnel et Thérapeutique de Bukavu, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 2016; 23:139.

27. Ubesie AC, Ibeziako NS, Ndiokwelu CI et al. Under-five protein energy malnutrition admitted at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu: a 10 year retrospective review. Nutr J. 2012; 11: 43.

28. Guesdon B, Roberfroid D. Severe acute malnutrition and mortality in children in the community: Comparison of indicators in a multi-country pooled analysis. Cluster Scaling up Nutrition movement. 2019 Aug ; 14 (8): 6.

29. Ouedraogo SO, Koueta F, Dembele E et al. Facteurs de risque de mortalité au cours de la malnutrition aiguë sévère dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional (CHR) Kaya. Clinics in Mother and Child Health. 2013; 10: 6.

30. DE Lange JC. Factors contributing to malnutrition in children 0-60 months admitted to hospitals in the Northern Cape. Dissertation agister in Dietetics. Faculty of Health Sciences and Dietetics. South Africa. 2010 May.

31. Bichet M. Malnutrition infantile aiguë et mortalité hospitalière, revue de la littérature sur la physiopathologie et la prise en charge: étude descriptive des causes de mortalité dans un Centre Nutritionnel en Somalie. Thèse Med, paris. 2008; 310p.

32. Sedgho R. Impact de l'anémie sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle de Tanghin (BF). Thèse Med, Ouagadougou. 2009.

33. Rytter MJ, Namusoke H, Babirekere IE et al. Social, dietary and clinical correlates of oedema in children with severe acute malnutrition: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2015; 15 (1): 1.

34. Nations Unies au Mali. Rapport Annuel de résultats 2020 Mali; 13p. communiqué de presse du 08 juillet 2021.

35. OMS. Vaccins et vaccination. Disponible sur le site: who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1. Consulté le 30 septembre 2021

36. Yattara M. Évaluation de la prise en charge des enfants malnutris aiguë sévères de 06 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE. Thèse Med, Bamako. 2020; N° 20M145:59 p.

37. Diawara F, Diarra N, Akori ag I et al. Marasme et kwashiorkor chez les enfants de 6-59 mois: Infections courantes à l'URENI, Bamako. *Mali santé publique*. 2019 Juin ; 9 (01): 29.

38. Musimwa AM, Kanten GW, Kitoko HT, Luboya ON. Clinical signs of malnutrition in children living around a mining area: a case study in the city of Lubumbashi and its surrounding. *Pan Afr Med J*. 2016; 24: 67.

39. Develoux M, Bretagne S. Candidoses et levures diverses. *EMC - maladie infectieuse*. 2005; 2 (3): 139-199.

40. Diall H, Dembélé A, Touré YI et al. Les facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Mali santé publique. 2019 Déc; 9 (3) : 7.

41. 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. 2000. Disponible sur:<http://www.who.int.nutrition.publications.en/manage-severe-malnutrition-fra.pdf>.

42. Sidibe M. Évaluation du bilan d'activité de l'URENI du Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro. Thèse Med, Bamako. 2019; N° 19M373:36p.

43. Thiam L, Niang B, Diouf FN et al. Évaluation de la dénutrition chez les enfants âgés de 2 à 60 mois hospitalisés aux services de pédiatrie des hôpitaux de Ziguinchor (Sénégal). European scientific journal. 2018 Jan; 14 (3): 452-54.

44. Ngirabega JD D, Munyanshongore C, Donnen P, Dramaix M. Influence de la malnutrition sur la mortalité des enfants dans un hôpital rural au Rwanda. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2019; 59 (5) : 313-8.

45. Vieira AF, Ferraro AA. Height and weight gains in a nutrition rehabilitation day-care service. Public Health Nutr. 2010 Oct; 13 (10): 1505-10.

46. Golden MH. Evolution of nutritional management of acute malnutrition. Indian Pediatrics. 2010 August; 47 (8) : 667- 78.

47. Schofield C, Ashworth A. Why have mortality rates for severe malnutrition remained so high? Bull World Health Organization. 1996;74 (2):223-9.

48. Briend A. Prise en charge de la malnutrition sévère de l'enfant en milieu tropical. Med Trop. 2003 Mars; 63(4-5):527-32.

49. Karaolis N, Jackson D, Ashworth A et al. WHO guidelines for severe malnutrition: are they feasible in rural African hospitals? . Arch Dis Child. 2007 Mars; 92 (3) : 198-204.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Fiche N°1 REVUE DES DOSSIERS

1. Identification du patient

1.2. Nom..... 1.3. Prénom :.....1.4. Ethnie.....

1.5. Age en mois /...../ 1= 6-24 mois 2= 25-35 mois 3 = 36-59 mois

1.6. Sexe /...../1= M et 2= F

1.7. Adresse |.....| 1= Bamako 2=Hors Bamako

1.8. Si Bamako ; Commune : /...../ I II III IV V VI

2. Identification des parents

2.1. Père

2.1.1. Age.....

2.1.2. Niveau d'instruction /...../1= non scolarisé 2= alphabétisé 3 = primaire 4=secondaire
5= supérieure

2.1.3. Profession /...../ 1=cultivateur 2=commerçant 3=fonctionnaire 4=Ouvrier 5=autres à
préciser

2.2. Mère

2.2.1. Age.....

2.2.2. Niveau d'instruction /...../ 1=non scolarisée 2=alphabétisée 3=primaire 4=secondaire
5= supérieure 6= École Coranique

2.2.3. Profession /...../ 1= ménagère 2= commerçante 3= fonctionnaire 4= Aide-ménagère
5=Élève/Étudiante 6= Autres à préciser

2.2.4. Statut matrimonial \.....\ 1=Mariée 2=Célibataire 3=Veuve 4=Divorcée

- 2.2.5.** Régime /...../ 1= monogame 2= polygame
- 2.2.6.** Nombre d'enfants /...../ 1= (1à3) 2= (4 à 6) 3 = (7 ou plus)
- 2.2.7.** Nombre de décès dans la fratrie /...../
- 2.2.8.** État de la mère /...../ 1=enceinte 2=non enceinte
- 2.2.9.** Mode d'alimentation entre 0 – 6 mois /...../ 1=lait maternel 2=mixte 3= artificiel
- 2.2.10.** Cours commune /...../ cours privée /...../
- 2.2.11.** Source d'approvisionnement en eau de boisson /...../ 1= Robinet du domicile 2= Fontaine publique 3= Puits 4=Fleuve/marigot 5=Autres à préciser.....
- 2.2.12.** Électricité /...../ 1=oui 2=non
- 2.2.13.** Provision à la maison /...../ 1= journalière 2=hebdomadaire 3=mensuelle
- 2.2.14.** Montant alloué par jours à l'alimentationFCFA, Suffisant /...../ 1=oui 2=non
- 2.2.15.** Distance par rapport au centre /...../ 1= < 5 km 2= plus de 5 km
- 2.2.16.** Moyen de déplacement /____/ 1=transport en commun 2=Moto 3=Voiture 5=Autre à préciser

3. Admission

- 3.1.** Mode d'admission /...../ 1=spontané 2= référé
- 3.2.** Type d'admission /...../ 1=Nouveau cas 2= Rechute 3=Réadmission 4=Transfert nutritionnel 5= Transfert médical
- 3.3.** Critères d'admission 1=oui 2=non
- 3.3.1.** P/T < -3 z score /.../ **3.3.2.** PB < 115mm /.../ **3.3.3.** Présence œdèmes bilatéraux /.../

3.4. Complications et pathologies associées : 1=oui 2=non

Test d'appétit négatif /...../ Diarrhée et déshydratation /...../ Infection respiratoire aiguë /...../ Palu grave /...../ Anémie sévère /...../ VIH /...../ Hypothermie /...../ Hyperthermie /...../ Hypoglycémie /...../ Tuberculose/...../ Septicémie /...../ Candidose buccale sévère /...../ Cardiopathie /...../ Infirmité motrice cérébrale /...../ Autres à préciser

3.5. Traitement médical systématique

3.5.1. Antibiotique 1= reçu 2 =non reçu

Amoxicilline /...../ Ceftriaxone /...../ Gentamicine /...../ Ciprofloxacine /...../ Cloxacilline/...../ Métronidazole/.... / Autre à préciser /...../.....

3.5.2. Molécule, posologie et durée du ttt correcte /...../ 1=Oui 2= Non

3.5.3. Vaccination rougeole /...../ 1=non éligible 2=reçu 3=non reçu

3.5.4. Vaccination Penta 3 /...../ 1=Complète carnet present 2=Complète selon la mère 3=Incomplète 4= Vaccination non faite

3.5.5. TDR ou GE réalisé /.... / 1= Oui 2=Non

3.5.6. Résultat du TDR ou GE /...../ 1=positif 2=négatif

3.5.7. Anti paludique/...../1=Artéméter–Luméfantrin 2=Artesunate 3=Autres à préciser.....

3.5.8. Déparasitage systématique reçu /...../ 1=Oui 2=Non Si URENAS

3.6. Traitement nutritionnel

3.6.1. Phase aiguë /...../ 1=lait F75 2=LHS 3=autre à préciser.....

3.6.2. Quantités servies notées et correctes /...../ 1=Oui 2= Non 2

3.6.3. Quantités consommées notées /...../ 1=Oui 2= Non

3.6.4. Nbre de repas par jour

3.6.5. Phase et durée du traitement notée /...../ 1=Oui 2= Non

3.6.6. Phase de transition /...../ 1=F100 ; 2=PPN alterné avec F100 ; 3=PPN uniquement
4=autres à préciser

3.6.7. Problèmes avec l'URENAS 1=oui 2=non

Test d'appétit réalisé de façon inadéquate /...../ Instructions insuffisantes prodiguées aux
accompagnants /...../ Quantité insuffisante d'ATPE distribuée aux patients /...../ Délai
excessif les visites à l'URENAS /...../

3.6.8. Problèmes individuels lors du suivi des patients 1=oui et 2=non

Absent à la visite /...../ Accompagnant de mauvaise volonté /...../ ATPE consommés par
la famille /...../ Enfant malnutri mange avec les adultes /...../ Consommation excessive
d'autres aliments que ATPE/...../ Accompagnant surchargé de travail /...../ Discrimination
dirigée envers l'enfant/...../.

4. SURVEILLANCE

4.1. Température 2 fois par jour /...../ 1=Oui 2= Non

4.2. Poids noté tous les jours /...../ 1=Oui 2= Non

4.3. Fréquence selles et vomissements notée chaque jour /...../ 1=Oui 2= Non

4.4. Œdèmes notés tous les jours /...../ 1=Oui 2= Non

5. Critères « d'échec de réponse au traitement » à l'URENI

5.1. Absence d'amélioration ou de retour de l'appétit après 4jours d'admission /...../ 1= Oui
2=Non

5.2. Absence totale de l'amorce de la fonte des œdèmes après 4jours d'admission /...../ 1=
Oui 2=Non

5.3. Œdèmes encore présents après 10 jours d'admission /...../ 1= Oui 2=Non

5.4. Ne remplit pas les critères de transfert à la Phase 2 après 10 jours d'admission /...../ 1=
oui 2=Non

6. Critères «d'échec de réponse au traitement » à l'URENAS

6.1. Échec à prendre du poids (pas d'œdème) 14 jours après admission /.../ 1= Oui 2=Non

- 6.2. Perte de poids (enfant non- œdémateux) 7 jours après admission /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.4. Perte de poids de 5% du poids corporel /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.5. Échec au test de l'appétit /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.5. Perte de poids pendant deux visites consécutives /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.6. Œdèmes encore présents plus 21 jours /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.7. Pas d'amorce de la fonte des œdèmes après 14 jours d'admission /...../ 1= Oui 2=Non
- 6.8. Non prise de poids après la fonte des œdèmes ou après 14 jours pour les marasmes /...../
1=Oui 2 =Non
7. **Mode de décharge** /...../ 1=non répondant 2=Traité avec succès 3=abandon 4=décédé
5=transfert 6=Autre.....
- 8.**Période de décharge** 1^{er} Trimestre /...../ 2^e Trimestre/...../ 3^eTrimestre/...../
4^eTrimestre/...../
9. Gain de poids moyen /...../ Durée de séjour /...../

Fiche N° 2 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MERES

Mère ou Personne en charge

10. Quel est le motif de votre consultation au centre ?

Connaissances sur la malnutrition

11. Qu'est ce que la malnutrition ?.....

12. Qu'est ce qui provoque la malnutrition /...../ 1=Insuffisance d'aliments riches en micronutriments 2=Alimentation pas assez diversifiée 3=Manque de moyens financier pour acheter les aliments 4=Méconnaissance des recettes nutritionnelles pour enfants 5=Autres à préciser.....

13. En cas de malnutrition quel est votre premier recours ? /...../ 1=Centre de santé 2= Tradithérapeutes 3= Automédication 4= Aucun

14. Qu'est ce que votre enfant a reçu comme ATPE /...../

Etes-vous satisfaite ? /...../ 1=Très satisfaite 2=satisfaite 3= non satisfaite

16. Est-ce que vous donnez autres aliments que ATPE à l'enfant ? /...../ 1= oui 2=Non

17. A chaque visite, qu'est ce que vous avez reçu comme médicaments ?

Etes vous satisfaite ? /...../ 1=Très satisfaite 2=satisfaite 3= non satisfaite

18. Quant au délais d'attente, diriez-vous que vous êtes : /...../ 1=Très satisfaite 2=satisfaite 3= non satisfaite

19. Quant à l'accueil qu'on vous a réservé à l'unité, diriez-vous que vous êtes : /...../ 1=Très satisfaite 2=satisfaite 3= non satisfaite

20. Quant aux conseils qu'on vous a donnés sur la maladie, le traitement et sur la ration alimentaire, diriez-vous que vous êtes /...../ 1=Très satisfaite 2=satisfaite 3= non satisfaite

Fiche N°3 QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PERSONNEL

20. Qualification de l'agent /...../ 1=infirmier 2=Étudiant 3=assistant social 4=Médecin 4=Nutritionniste autres à préciser /___/.....

21. Durée dans le centre /___/

22. Nombre total d'agents impliqués dans la prise en charge de la malnutrition /___/

23. Nombre total d'agents formés sur la prise en charge de la malnutrition du PN /___/

24. Quelle est la disponibilité du matériels fonctionnels et supports?

balance /___/, toise /___/, MUAC /___/, thermomètre/___/ protocole national /___/ table anthropométrique /___/ autres (à préciser) _____/

25. Avez vous connu de rupture des médicaments de janvier à Septembre 2021? /...../ 1=oui 2=Non Si Oui préciser la durée.....

26. Avez vous connu vous de rupture ATPE de janvier à Septembre 2021 ? /...../ 1=oui 2=Non Si Oui préciser la durée.....

27. Quels sont les indicateurs de performance de votre centre pour l'année 2021 ?

taux de guérison /_____/, taux de décès /_____/, taux d'abandon /_____/ taux de non répondants /_____/

28. Selon vous, quelles sont les causes probables de « Non réponse » du traitement nutritionnel ?

.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KONATE

Prénom : Yacouba

Titre de mémoire: Caractéristiques des enfants non répondants au traitement nutritionnel à URENI du CHU Gabriel TOURE.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, nutrition

Résumé

But : Déterminer les causes de non réponse au traitement nutritionnel à URENI.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétro-prospective, transversale descriptive portant sur 79 enfants sévèrement malnutris et non répondants au traitement nutritionnel à URENI du CHU GT du 01^{er} Janvier 2020 au 30 Septembre 2021

Résultats

La proportion des non répondants est de 16,67%.

Les causes retrouvées ne sont pas spécifiques parce qu'elles sont liées à des différents facteurs:

- **Chez les mères:** les facteurs qui influencent ici sont entre autres le jeune âge (49,4% avaient moins de 30 ans), le manque d'instruction (64,6% des mères étaient non scolarisées) et ménagères à 78,5% donc toutes manquaient de revenus. Aussi il faut noter que, 20% des femmes étaient inaptes à s'occuper convenablement de leur enfant à cause d'une grossesse en cours et 44,3% provenaient d'un village voisin d'où l'impatience qu'elles montrent à quitter le centre.

- **URENI :** l'insuffisance de personnel, la rupture de stock en médicaments et du lait F75 en 2021 sont les causes qui influent sur la qualité de la prise en charge et le suivi correct des enfants. Manque d'une structure adéquate qui répond aux normes du

Mémoire de Pédiatrie

protocole de la prise en charge. Mais on peut aussi admettre que le personnel doit aussi doubler ses efforts pour créer une atmosphère chaleureuse permettant de partager les responsabilités des soins avec les mères de ces enfants.

- **Chez les enfants:** La tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-24 mois (79,7%) donc la plus fragile; les complications les plus retrouvées sont la candidose digestive (26,6%), la gastro-entérite (24,0%) suivi de pneumonie (21,5%).

Le type de malnutrition le plus représenté est le marasme 67,1%. Le sex ration est 1,39. Seulement 51% des patients ont bénéficiés d'une surveillance correcte. Il en ressort qu'assurer un suivi de l'évaluation de la qualité de la prise en charge s'avère nécessaire pour augmenter le taux de guérison.

Conclusion

D'importants efforts doivent être fournis pour la prise en charge adéquate et précoce des enfants MAS compliquées afin de réduire la forte mortalité due à l'échec du traitement nutritionnel..

Mots clés: URENI-MAS compliquée-non réponse au traitement nutritionnel.

Contact: konateya800@gmail.com