

OBSERVANCE DU TRAITEMENT NUTRITIONNEL PAR LES MALNUTRIS AU SERVICE DE NUTRITION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE D'ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE).

AKÉ-TANO O^{1,3}, KPÉBO DO^{1,3}, TETCHI EO^{1,3}, YAO KO^{1,3}, COULIBALY A^{2,3}, KONÉ SG¹,
KOFFI K.^{1,3}

1= Institut National de Santé Publique d'Abidjan

3= Département de Santé Publique et Informatique médicale, UFR Sciences Médicales.

2= Programme National de Nutrition

Correspondance :Dr Aké-Tano Odile, Maître Assistant
Institut National de Santé Publique
B P V 47 Abidjan (Cote d'Ivoire)
Cel: (225) 03 70 87 83
Email : odileake@yahoo.fr

RESUME

L'étude que nous avons réalisée au service de nutrition de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan avait pour objectif d'analyser l'observance du traitement nutritionnel par les malnutris. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a porté sur 134 dossiers éligibles d'enfants malnutris dépistés et suivis dans l'unité de réhabilitation nutritionnelle du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010.

Les malnutris avaient un âge moyen de 14,6 mois \pm 9,07. Parmi eux, 31,3 % présentaient une forme sévère de malnutrition à l'admission. Il s'agissait de marasme dans 55 % des cas et de kwashiorkor dans 45% des cas. La durée médiane de leur suivi au centre de réhabilitation nutritionnelle était de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 192 jours.

La majorité des malnutris (88 %) a abandonné le traitement nutritionnel. Cet abandon est survenu à la phase initiale dans 28,1 % des cas et à la phase de récupération du déficit pondéral dans 71,9 % des cas. Les trois principales raisons d'abandon évoquées par les mères étaient : les problèmes financiers (30%), l'amélioration de l'état de santé de l'enfant (18,2%) et l'indisponibilité (16,8%). Par ailleurs, le taux d'abandon du traitement était significativement plus élevé chez les malnutris ayant effectué peu de visites de suivi ($p < 0,001$), les malnutris ayant été suivi pendant moins d'un mois ($p = 0,005$) et les malnutris dont la mère est ménagère ($p = 0,017$).

La mise en place de stratégies adaptées permettra d'améliorer l'observance du traitement nutritionnel par les malnutris

Mots-clés : Traitement nutritionnel, malnutris, Côte d'Ivoire.

SUMMARY

We conducted a study in the Nutrition service of the National Public Health Institute (INSP) of Abidjan. This study aimed at analyzing the undernourished children's compliance to the the nutritional treatment. This was a retrospective study concerned with 134 medical files of undernourished children screened and treated in the Nutritional Rehabilitation Unit from January 1st to December 31st.

The undernourished children had a mean age of 14.6 months \pm 9,07. At the entrance, 31,3% presented a severe type of undernutrition. This was Marasmus in 55% of the cases and Kwashiorkor in 45% of the cases. The median duration of treatment at the Nutritional Rehabilitation Unit was 8 days (minimum duration = 1 day, maximum duration= 192 days).

The majority of undernourished (88%) abandoned the nutritional treatment. This abandon occurred at the initial phase in 28.1% of the cases and at the phase of recovery of the ponderal deficit in 71.9% of the cases. The three main reasons evoked by mother to explain the abandon were: financial issues (30%), improvement of the child's health status (18.1%) and the non-availability (16.8%). The abandon rate was significantly higher in undernourished children who had not much monitoring visits ($p < 0.001$), the undernourished monitored for less than one month ($p = 0.005$) and the undernourished whose mother was not working.

Setting up adapted strategies will permit to improve the undernourished compliance to the duration of the nutritional treatment.

Key words: Nutritional treatment, Undernourished, Côte d'Ivoire.

INTRODUCTION

La malnutrition constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde,

particulièrement dans les pays en développement. En effet, sa prévalence est de 25 % au niveau mondial et de 26 % dans les pays en développement 9. La malnutrition, même légère, accroît le risque de mortalité infantile de plus 50 % 7.

La Côte d'Ivoire n'est pas en reste des autres pays en voie de développement. Selon la récente enquête nationale de nutrition réalisée en 2011, les prévalences de l'émaciation, de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance s'élèvent respectivement à 4,4 %, 15,7% et 27,3% chez les enfants de moins de 5 ans 5.

Face aux conséquences néfastes et mortelles de la malnutrition, la Côte d'Ivoire a entrepris depuis 1970 la lutte contre ce fléau. Les autorités ont instauré dans la plupart des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des activités de prévention et de prise en charge des cas de malnutrition. Par ailleurs, il a été créé à l'Institut National de Santé Publique (INSP) une unité de référence de réhabilitation nutritionnelle dont l'une des missions est d'expérimenter et de promouvoir les méthodes de diagnostic et de traitement des malnutritions. En 2002, une étude réalisée au sein de cette unité révélait que 54,6 % des malnutris ont abandonné le traitement nutritionnel avant le passage en phase II 1. Cette mauvaise observance du traitement nutritionnel pourrait contribuer au maintien à un niveau toujours élevé de la prévalence de la malnutrition.

Quels sont les déterminants de l'abandon du traitement nutritionnel ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons entrepris la présente étude. Elle contribuera à améliorer l'observance du traitement nutritionnel par les enfants malnutris suivis à l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan.

II. METHODOLOGIE

1. CADRE DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée au service de nutrition de l'Institut National de Santé Publique (INSP). Ce service est organisé en trois (03) unités fonctionnelles :

- l'unité de diététique préventive enfant ;
- l'unité de diététique adulte ;
- l'unité de réhabilitation nutritionnelle.

Cette dernière unité, où s'est déroulée l'étude, est chargée de la prise en charge des malnutris adressés par le Service de Santé Maternelle et

Infantile (SMI) de l'INSP ou par les structures sanitaires externes. Le personnel de l'unité de réhabilitation nutritionnelle est composé d'un médecin, de deux puéricultrices et de deux aides-maternelles assurant quotidiennement les activités suivantes :

- Le diagnostic de la malnutrition qui se fait en plusieurs étapes à savoir l'interrogatoire, la prise des mensurations (poids, taille) et de la température de l'enfant, la recherche d'œdèmes et la classification de la malnutrition ;

- Le diagnostic des affections médicales associées et la recherche d'éventuelles complications.

- La Prise en charge médicale et diététique. Le traitement médical systématique se fait en cas de malnutrition sévère ou modérée. Le malnutri sévère reçoit systématiquement des antibiotiques, des antipalustres, des antifongiques et de l'acide folique. Le malnutri modéré reçoit de la vitamine A et un déparasitant. Le traitement diététique actuel consiste à l'utilisation des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'emploi (ATPE). Il remplace progressivement le traitement à base de Mélange/Mélange II. Le traitement diététique se fait en deux phases (la phase initiale ou phase 1 et la phase de récupération du déficit pondéral ou phase 2) et dure en moyenne 4 semaines.

- L'éducation sanitaire et nutritionnelle

- La démonstration diététique qui consiste à apprendre aux mères à reconstituer les Mélanges I et Mélange II, à préparer les repas de l'enfant à partir des produits localement disponibles.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique qui a porté d'une part sur les dossiers des enfants malnutris qui ont été dépistés et suivis dans l'unité de réhabilitation nutritionnelle du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010 et d'autre part sur les mères des enfants qui ont abandonné le traitement nutritionnel. Les données recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques, l'état nutritionnel et sanitaire à l'entrée et à la sortie, le type de traitement nutritionnel reçu, la durée de suivi, le motif de sortie et les raisons d'abandon du traitement. Au total, 134 dossiers sur les 144 enregistrés durant la période d'étude ont été retenus pour l'étude. Il s'agissait des dossiers renfermant chacun l'ensemble des informations recherchées. Par ailleurs, 77 mères d'enfants ayant abandonné le traitement sur un total de 118 ont été retrouvées et interrogées

sur les raisons d'abandon du traitement. Les données ont été saisies et traitées sur un mode informatique à l'aide des logiciels Epi data 3.1 et SPSS 12.0. Nous avons procédé à une description simple de l'échantillon avec calcul de moyenne et de proportions. L'analyse univariée de l'abandon du traitement en fonction des facteurs de risque potentiels a été effectuée à l'aide du test Chi2 au seuil de signification de 5%. Le traitement nutritionnel a été considéré abandonné lorsque l'enfant est absent du centre depuis plus de deux semaines.

III. RESULTATS

1. CARACTÉRISQUES

SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MALNUTRIS

Les malnutris avaient un âge moyen de 14,6 mois \pm 9,07. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celle 12-23 mois (48,5 %) et de 6 -11 mois (41,1 %). Le sex-ratio (H/F) était de 0,89. Près de la moitié des enfants (47 %) provenait de la commune d'Adjamé. Les mères des enfants malnutris étaient âgées en moyenne de 25,8 ans \pm 5,77 et étaient pour la plupart des ménagères (46%) ou des commerçantes/vendeuses (28,3%). Enfin, la majorité des ménages où vivaient les enfants disposait d'eau courante (79,7%), de latrines (98,4%), et d'électricité (96,9%).

2. Profil clinique et thérapeutique des malnutris

A l'admission, près du tiers (31,3 %) des malnutris présentaient une forme sévère de malnutrition. Il s'agissait de marasme dans 55 % des cas et de kwashiorkor dans 45% des cas. Les signes cliniques les plus fréquemment associés à la malnutrition étaient les œdèmes (14,2%) et les dermatoses (11,2%). Plus de la moitié (59,7 %) des malnutris a reçu le Mélange I / Mélange II en traitement diététique. Concernant le traitement médicale les malnutris sévères ont reçu de l'acide folique (97,6%), des antibiotiques (97,6%), un antipaludique (97,6%) et un antifongique (92,9%) et les malnutris modérés de la vitamine A (76,6%) et un déparasitant (84,4%). La durée médiane de suivi des enfants au centre de réhabilitation nutritionnelle était de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 192 jours (Tableau I).

Tableau I : Profil clinique et thérapeutique des malnutris

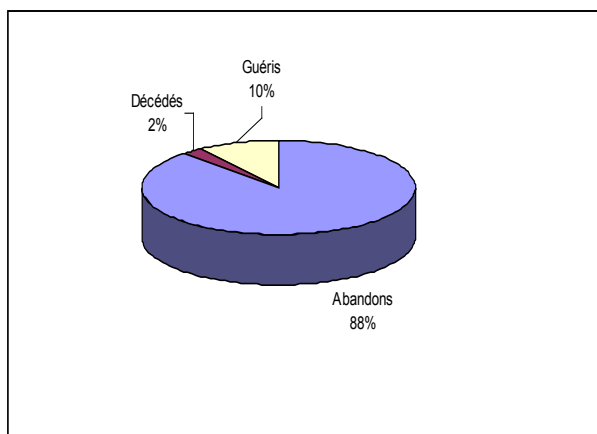
Effectifs Pourcentages (%)

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| Degré de malnutrition à l'entrée | | |
| Malnutrition légère | 28 | 20,9 |
| Malnutrition modérée | 64 | 47,8 |
| Malnutrition sévère | 42 | 31,3 |
| Protocole diététique | | |
| Mélange I/II | 80 | 59,7 |
| ATPE | 41 | 30,6 |
| Mélange I/II puis ATPE | 13 | 9,7 |
| Nombre de visites de suivi | | |
| 1 | 46 | 34,3 |
| 2 à 3 | 30 | 22,4 |
| 4 à 5 | 14 | 10,4 |
| > 5 | 44 | 32,9 |
| Durée de suivi | | |
| < 1 mois | 100 | 74,6 |
| ≥ 1 mois | 34 | 25,4 |

| | Effectifs | Pourcentages (%) |
|----------------------------------|-----------|------------------|
| Degré de malnutrition à l'entrée | | |
| Malnutrition légère | 28 | 20,9 |
| Malnutrition modérée | 64 | 47,8 |
| Malnutrition sévère | 42 | 31,3 |
| Protocole diététique | | |
| Mélange I/II | 80 | 59,7 |
| ATPE | 41 | 30,6 |
| Mélange I/II puis ATPE | 13 | 9,7 |
| Nombre de visites de suivi | | |
| 1 | 46 | 34,3 |
| 2 à 3 | 30 | 22,4 |
| 4 à 5 | 14 | 10,4 |
| > 5 | 44 | 32,9 |
| Durée de suivi | | |
| < 1 mois | 100 | 74,6 |
| ≥ 1 mois | 34 | 25,4 |

3. OBSERVANCE DU TRAITEMENT NUTRITIONNEL

La répartition des sujets selon l'observance du traitement montre que la majorité des malnutris (118 soit 88 %) a abandonné le traitement nutritionnel (Figure 1).



L'abandon du traitement est survenu à la phase d'initiation à la réalimentation dans 28,1 % des cas et à la phase de récupération du déficit pondéral dans 71,9 % des cas.

A l'interrogatoire des mères d'enfants ayant abandonné le traitement (77), trois raisons essentielles ont été évoquées par celles-ci pour justifier les abandons : les problèmes financiers (23 soit 30%), l'amélioration de l'état de santé de l'enfant (14 soit 18,2%) et l'indisponibilité (12 soit 16,8%).

Le tableau II montre les facteurs influençant l'observance du traitement. Ainsi, le taux d'abandon du traitement était significativement plus élevé chez les malnutris ayant effectué peu de visites de suivi ($p < 0,001$), les malnutris ayant été suivi pendant moins d'un mois ($p = 0,005$) et les malnutris dont la mère est ménagère ($p = 0,017$).

Le degré de la malnutrition à l'entrée et le protocole de traitement diététique (Mélange I et II/ ATPE) n'avaient pas d'influence sur l'observance du traitement.

Tableau II : Comparaison des taux spécifiques d'abandon du traitement nutritionnel

| Degré de malnutrition à l'entrée | | | |
|----------------------------------|----|----|------|
| Malnutrition légère | 28 | 27 | 96,4 |
| Malnutrition modérée | 64 | 59 | 92,2 |
| Malnutrition sévère | 42 | 35 | 83,3 |
| | | | |
| 1 | 46 | 46 | 100 |
| 2 à 3 | 30 | 30 | 100 |
| 4 à 5 | 14 | 13 | 92,9 |
| > 5 | 44 | 32 | 72,7 |

| Durée de suivi | | | |
|------------------------|-----|----|------|
| < 1 mois | 100 | 95 | |
| ≥ 1 mois | 34 | 26 | |
| | | | |
| Protocole diététique | | | |
| Mélange I/II | 80 | 73 | 91,2 |
| ATPE | 41 | 38 | 92,7 |
| Mélange I/II puis ATPE | 13 | 10 | 77 |
| | | | |
| Profession de la mère | | | |
| Ménagère | 56 | 52 | 96,3 |
| Vendeuse/commerçantes | 35 | 26 | 84 |
| Coiffeuses/couturières | 15 | 13 | 86,7 |
| Autres □ | 16 | 12 | 75 |
| | | | |

Autres □ : Personnel administratif et travailleurs assimilés, élèves/étudiants

DISCUSSION

Les résultats de l'étude montre un taux d'abandon du traitement nutritionnel très élevé (88 %). Ce constat a également été fait par DAGNOGO et ADAMOUI 1,2 dans leurs études respectives (4, 5). Par ailleurs, nous avons constaté que cet abandon du traitement est survenu majoritairement (72%) dans la deuxième phase du traitement. Dans l'étude d'ADAMOUI1, l'abandon du traitement est survenu dans 54,6% des cas à la phase initiale du traitement.

Le traitement diététique reçu par les malnutris était de deux types: le protocole à base de mélange I/ mélange II (59,7 %) et le protocole à partir des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi ou ATPE (30,6 %).

Face à la crise sociopolitique survenue en 2002, les organisations humanitaires internationales avaient mis en place des Centres de Nutrition Thérapeutique (CNT) au Centre, au Nord et à l'Ouest (CNO) de la Côte d'Ivoire 3. Ils assuraient la prise en charge des cas de malnutrition aigue sévère très nombreux dans ces zones et ceci selon les nouvelles directives de l'OMS 10. Le ministère de la santé 6 par la suite a pris le relai par l'élaboration du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue. Ainsi le protocole avec les mélanges I / II est progressivement remplacé par le protocole avec les laits thérapeutiques (F75, F100) et les ATPE. Ce nouveau protocole devrait en principe

rencontrer l'adhésion des patients compte tenu de son efficacité et surtout de sa gratuité. Malheureusement, l'on constate que le taux d'abandon du traitement demeure toujours élevé. Par ailleurs, les résultats de l'étude montrent que les enfants qui ont reçu un traitement diététique à base d'ATPE avaient abandonné aussi fréquemment le traitement nutritionnel que ceux qui ont reçu les Mélange I et II.

L'interrogatoire des mères concernant l'abandon du traitement a révélé trois principales raisons. Il s'agissait des problèmes financiers, du bon état de santé de l'enfant et de l'indisponibilité de la mère. Les problèmes financiers ont constitué la raison la plus citée par les mères et mérite une attention particulière. En effet, les ATPE étaient distribués gratuitement aux enfants pour la prise en charge diététique de la malnutrition tandis que le traitement médical systématique était à la charge des parents. Par ailleurs, la distance entre l'INSP et le domicile de certains patients implique des frais de déplacement et ceci pourrait contribuer à l'abandon du traitement. Dans l'étude, nous avons noté que les ménagères, qui n'ont en général pas d'Activité Génératrice de Revenu (AGR), ont le plus abandonné le traitement. Ceci vient confirmer le rôle important que joue les problèmes financiers dans l'abandon du traitement. Dans son étude sur les activités de réhabilitation nutritionnelle à l'INSP de 1978 à 2005, TANO-AKE 8 a noté que les consultations de suivis des malnutris ont diminué au fil des années avec une baisse de 67,4%. Là aussi, l'auteur avait évoqué le rôle probable des problèmes financiers.

La deuxième raison la plus citée était le bon état de santé de l'enfant. En effet, après les premiers jours de traitement, les signes cliniques disparaissent et l'enfant retrouve l'appétit. Face à cela, les mères ont l'impression que l'enfant se porte bien et elles abandonnent le traitement. Ceci montre l'intérêt de renforcer la sensibilisation des parents afin qu'ils s'impliquent davantage dans la prise en charge de leurs enfants.

La troisième raison d'abandon était l'indisponibilité de la mère. En effet, les mères qui ont une activité génératrice de revenu peuvent éprouver des difficultés à venir aux rendez vous. Devant le moindre signe d'amélioration de l'état général de leur enfant, elles n'hésiteront pas à s'absenter.

Devant ces principales raisons d'abandon du traitement évoquées par les mères, l'amélioration de l'observance du traitement nutritionnel nécessite une réduction du coût aussi bien direct

qu'indirect du traitement nutritionnelle et une sensibilisation des parents des malnutris.

Concernant le coût du traitement, les mesures de gratuité totale du traitement nutritionnelle (diététique et médical) prises par l'état doivent être effectives dans tous les centres de prise en charge. Par ailleurs l'ouverture de plusieurs centres de prise en charge de la malnutrition permettra d'améliorer l'accessibilité financière et donc de réduire le coût indirect du traitement.

En ce qui concerne la sensibilisation, elle doit être le fait aussi bien du personnel de santé que de la communauté. L'implication de la communauté est indispensable pour la réussite de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition.

Dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition, la mobilisation communautaire fait partie de la stratégie globale de lutte contre la malnutrition⁴. La mobilisation communautaire comprend plusieurs activités. Parmi ces activités on note entre autre la sensibilisation de la communauté et la recherche des absents et des cas d'abandon. Ainsi, toute absence au Centre de Nutrition Ambulatoire (CNA) doit être investiguée par les personnes relais qui se trouvent dans la communauté afin d'identifier le plus rapidement la raison de cette absence et encourager le patient de retourner au centre pour la poursuite du traitement.

CONCLUSION

Le taux d'abandon du traitement nutritionnel extrêmement élevé dans notre étude est essentiellement dû à l'insuffisance de moyens financier et la faible sensibilisation des parents. La réduction du coût de la prise en charge et le renforcement de la sensibilisation des parents à travers la stratégie de mobilisation communautaire pourrait contribuer à une bonne observance du traitement nutritionnel par les enfants malnutris.

REFERENCES

1. ADAMOUB. Identification des déterminants du délai de réhabilitation des enfants malnutris de l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan. Mémoire de santé Publique et de Médecine Communautaire, Abidjan, 2002.
2. DAGNOGO LA. Identification des facteurs de risque de non réhabilitation au service de réhabilitation nutritionnelle de l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan. Th.Méd., Abidjan, 1996, 111 p.
3. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. Politique nationale de nutrition en Côte d'Ivoire. 32p.

4. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. Protocole nationale de prise en charge de la malnutrition aigue en Côte d'Ivoire. Abidjan, 2008, 119.
5. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA/UNICEF. Rapport d'enquête de nutrition SMART en Côte d'Ivoire 2011.
6. MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION. Protocole nationale de prise en charge de la malnutrition sévère en Côte d'Ivoire. Abidjan, 2005, 99 p.
7. SANGHVI, TINA G, JOHN MURRAY. Améliorer la santé de l'enfant à travers la nutrition : Le paquet minimum d'activités/nutrition : Projet « Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) pour USAID. 1997, 19p.
8. TANO-AKE O, Tiembré I, Konan Y E, Tetchi EO, Kpebo DD, Dagnan NS, Koffi KM. Activités de réhabilitation nutritionnelle à l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire : 1978 - 2005. Cah. Santé Publique 2008, 7 (1): 70-78.
9. UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. Situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant. UNICEF; 2008, 153p.
10. WHO. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: WHO, 1999.