

L'Evolution Des Cas De La Malnutrition Aigüe Prise En Charge Avec Les Recettes Locales A L'Hôpital General De Reference De Yakoma

MUSSI BASUGA Emmanuel¹ ; TOROWA KOYAYORO Faustin² ; KOTO MBOKO Dieudonné³ ;
DADUA ESENGO Thomas⁴

¹ Assistant de l'ISTM-YAKOMA

^{2&4} Assistants de l'ISTM-KARAWA

³ Assistant de l'ISTM-YAKOMA



Résumé – La situation nutritionnelle des groupes vulnérables en général et des jeunes enfants en particulier, existe la mise en œuvre d'actions urgentes aussi bien au niveau des structures sanitaires que dans les communautés. Lutter efficacement contre les diverses formes de malnutrition et aboutir à des résultats durables, nécessitent de combiner une offre de services de qualité à l'adoption des pratiques familiales essentielles. Pour des résultats significatifs et durables, les interventions à assise communautaire restent un complément essentiel de l'offre de services de qualité, aussi bien pour les interventions directes de nutrition que dans les secteurs sensibles à la nutrition.

Les pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) restent inadéquates malgré les progrès observés. Seulement 48% des enfants âgés de moins de six mois bénéficient de l'allaitement maternel exclusif. L'allaitement maternel est initié dans l'heure qui suit l'accouchement dans 52% des cas. Chez environ 79% des jeunes enfants, l'alimentation de complément est initiée à la bonne période, entre 6 et 8 mois. En général, la fréquence des repas et la qualité de ces aliments sont inadéquates. En effet, d'après les statistiques disponibles, seulement 9% de l'alimentation de complément répondent aux critères de qualité minimum acceptable chez les enfants âgés de 6 à 24 mois (PRONANUT, 2015).

Mot clés – Malnutrition Aigüe, Recettes Locales A L'Hôpital General De Reference De Yakoma

I. INTRODUCTION

Malgré la baisse significative du taux de mortalité infanto-juvénile, qui est passé de 148 pour 1000 naissances vivantes en 2007 à 104 pour 1000 naissances vivantes en 2013 (EDS 2013-2014), le taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans en RDC est encore trop élevé.[1] Ceci est dû en partie à la forte prévalence des différentes formes de malnutrition. En effet, la malnutrition est responsable de 45% de la mortalité chez les jeunes enfants (Lancet Séries, 2013).[2]

La dernière enquête démographique et de santé a révélé que la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, est restée stable au cours de la dernière décennie, avec un taux élevé, estimé à 43%. En moyenne, 6,3 millions de jeunes enfants souffrent de malnutrition chronique en RDC, réduisant sérieusement le capital humain nécessaire au développement socio-économique du pays (EDS 2013-2014).[3]

La prévalence de la Malnutrition aiguë Globale (MAG), chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, est passée de 16% en 2001 à 10,7% en 2014. Depuis, les progrès dans la réduction de MAG ont ralenti. La dernière enquête EDS5 a révélé que l'émaciation touchait 7,9% des enfants âgés de 6 à 59 mois en RDC.[4]

Il est important de mentionner que les résultats EDS 2013-2014 ne tiennent pas compte des œdèmes, autres manifestations de la malnutrition aiguë qui sont largement répandues en RDC.[5] En effet, selon l'enquête par groupes à indicateurs multiples de 2010, la prévalence de l'émaciation sévère s'élevait à 2,8% et la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (émaciation sévère plus œdèmes) était estimée à 5,2%. Ainsi, compte tenu du fait que l'EDS 2013-2014 a révélé une prévalence de 2,6% pour l'émaciation sévère, l'estimation de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) à environ 5% semble réaliste.[6] Sur cette base, on estime que, chaque année, environ 2 millions d'enfants, âgés de 6 à 59 mois, sont touchés par la MAS en RDC. Ce nombre de cas est plus élevé que celui estimé dans tous les pays du Sahel combinés.[7]

Au Nord-Ubangi, la situation est tout à fait alarmante dans l'ensemble des zones de santé, étant donné que la prévalence moyenne de MAG dépasse de loin la norme (19,3% > 15%) et La MAS se situe loin de 5%, soit 6,8% et la prévalence des œdèmes qui dépasse 2%, soit 3 ;2%, témoigne la gravité de la situation (Screening Nutritionnel, 2015).[8] Notons que la majorité des cas de MAS hospitalisés à l'UNTI de l'HGR de Yakoma sont issus de l'Aire de santé mission.[9]

La prise en charge des cas de malnutrition aiguë (modérée et sévère) pour laquelle les actes de soins sont codifiés, est confrontée à des ruptures fréquentes au niveau de structures d'une part et d'autre part au suivi irrégulier des patients par les relis communautaire pris en charge avec les aliments locaux et l'indisponibilité de ces derniers au sein de ménages.[10]

II. METHODE

Cette recherche est de nature quantitative et est du type descriptif transversal. Elle a pour objectif poursuivi de prendre en charge des patients de 6-59 mois présentant la malnutrition aiguë avec les aliments locaux ; à l'HGR de YAKOMA.

Notre étude a couvert la période allant de janvier à octobre 2020. Elle est menée à l'HGR Yakoma dans la Province du Nord-Ubangi.

La méthode est une manière de faire, suivant certains principes et avec un certain ordre ; c'est une démarche ordonnée, raisonnée pour obtenir un résultat.

Pour recueillir les informations relatives à cette étude, nous avons utilisé de 2 méthodes :

- La méthode d'enquête en se servant de techniques d'interview basée sur un questionnaire préétabli et d'anthropométrie.
- La méthode expérimentale en se servant de la technique culinaire des bouillies enrichies à 4 étoiles destinées à la prise en charge des patients suivis.

L'échantillon utilisé est probabiliste aléatoire simple. C'est choisir un ensemble limité d'individus ou d'objets ou encore d'événements dont l'observation permet de tirer des conclusions applicables sur l'ensemble de la population (TSHIMPANGA 2011).

Parmi les 13 enfants de 6-59 mois orientés au Centre de santé 5 ont répondu aux critères de notre étude et ont constitué notre échantillon dont la taille est élevée à 5 enfants.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques sociodémographiques

4 patients, soit 80% représentent la tranche d'âge de 6 à 23 mois, contre 1, soit 20%, de 24 à 59 mois. Cela paraît un peu s'expliquer, dans le sens que les nourrissons de 6 à 23 mois sont soumis aux contraintes de l'alimentation de complément souvent inadéquate, ne respectant pas ces caractéristiques (fréquence, quantité, consistance, variation, et hygiène) ou un arrêt définitif de l'allaitement précoce, ce qui expose cette tranche à la malnutrition.

En rapport avec l'occupation du responsable, les données font état d'un seul parent travailleur salarié, soit 20%, et 80% vivent des travaux champêtres.

Notons que la prédominance de l'activité agricole comme source de revenu dans ces ménages devrait constituer une opportunité sur le plan alimentaire dans pour approvisionner les ménages en nourriture suffisante ; mais très souvent cette production est faible, confrontée également à la vente de la quasi-totalité de la production agricole pour l'acquisition de biens non alimentaires.

C'est pourquoi la malnutrition érige son domicile dans les ménages de ces foyers.

Tableau 1. Répartition des patients selon la forme clinique de malnutrition aiguë

Forme clinique	Fréquences	Pourcentage
Kwashiorkor	2	40
Marasme	3	60
Total	5	100

Il se dégage de ce tableau que 3 enfants, soit 60%, souffrent de marasme ; 2 enquêtés soit 40%, présentent la kwashiorkor.

Tableau 2. Répartition des patients selon les types de la malnutrition aiguë

Types de malnutrition aiguë	Fréquences	Pourcentage
MAS	4	80
MAM	1	20
Total	5	100

Il se dégage de ce tableau que 4 patients, soit 80% souffrent de malnutrition aiguë sévère et 1 patient, soit 20% de malnutrition aiguë modérée.

Pour assurer une bonne santé des enfants, il est nécessaire que les parents soient ensemble, car on observe plus de cas de malnutrition dans les foyers où les parents ne partagent pas le même toit.

Tableau 3. Répartition des patients suivis selon les pathologies médicales associées à la malnutrition aiguë (n=5)

Pathologies associées	Fréquences	Pourcentages
Paludisme simple	2	40
Parasitose intestinale	2	40
IRA	1	20
Total	5	100

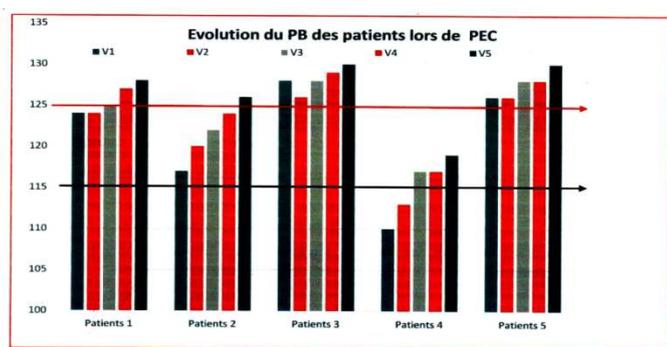
Il ressort de ce tableau que 3/5, soit 60%, ont comme pathologie associée à la malnutrition le paludisme simple, tandis que 2/5 soit 40% ont la malnutrition associée à la parasitose intestinale. Les infestations parasitaires sont parmi les causes de la malnutrition dans les pays sous-développés, raison pour laquelle on recommande aux parents d'amener les enfants à la CPS pour le déparasitage.

Tableau 4. Evolution des patients suivis selon les indicateurs de performance de prise en charge.

Indicateurs	Fréquences	Pourcentage
Guéris	4	80
Décédés	0	0
Abandons	0	0
Non répondants	1	20
Total	5	100

Les données du tableau ci-haut montre que sur 5 malades suivis, 4 sont guéris, soit 80%, 0 décédé, pas d'abandon et 1, soit 20% n'a pas répondu au traitement. C'est qui justifie l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition aiguë par des produits locaux.

Evolution des PB patients suivis selon les indicateurs de performance de prise en charge



Le graphique ci-haut en rapport l'évolution des patients selon les indicateurs de performance sur les 5 visites, on note 4/5 malades suivis, soit 80%, ont atteints le seuil normal du PB, supérieur ou égal à 125 mm. Seul 1/5, soit 20% n'a pas atteint le seuil de 125 mm. Ces données nous renseignent en outre si bien qu'un enquêté n'a pas atteint le seuil, mais l'évolution est appréciable chez tous les enquêtés par rapport aux différentes visites où l'on constate que la courbe est ascendante.

IV. CONCLUSION

L'objectif poursuivi par notre étude est de prendre en charge des patients de 6 à 59 mois présentant la malnutrition aiguë avec les aliments locaux.

Après analyse et interprétation des données, voici les différents résultats trouvés qui nous ont permis de conduire cette étude :

En rapport avec l'âge des enquêtés, 4 patients, soit 80% sont âgés de 6 à 23 mois et 1 malade, soit 20% a l'âge qui varie entre 24 et 59 mois.

Par rapport à la répartition des patients selon la forme clinique de malnutrition aiguë, on note que 3 enfants, soit 60%, souffrent de marasme ; enquêtés, soit 40%, présentent lekwashiorkor.

Enfin à propos de l'évolution des PB des patients suivis selon les indicateurs de performance de prise en charge, les données nous renseignent que sur les 5 visites, on note que 4/5 enquêtés, soit 80%, ont atteints le seuil normal du PB \geq 125 mm. Seul 1/5, soit 20%, n'a pas atteint le seuil de 15 mm. Ces données nous renseignent en outre si bien qu'un enquêté n'a pas atteint le seuil, mais l'évolution est appréciable chez tous les enquêtés par rapport aux différentes visites où l'on constate que la courbe est ascendante.

Au vu des différents résultats obtenus en rapport avec l'évolution des PB suivis selon les indicateurs de prise en charge, selon laquelle les enfants modérément et sévèrement mal nourris sans complications médicales évolueraient très bien avec les aliments locaux et le taux de guérison serait supérieur ou égal 75%.

REFERENCES

- [1] ACF-RD Congo (2005), Protocole médical appliqué dans le centre nutritionnel thérapeutique. 76p.
- [2] BERNARD ET GENEVIEVE, (2002), Dictionnaire médical, Kinshasa : BERPS, 1246p.
- [3] DEBOVE, J et Rey, A (2007), le nouveau petit Robert 1462p.
- [4] IMA World Health, (2016), Approche Nutrition/ASSP, Guide de l'Animateur Communautaire 79p.
- [5] Micro Robert (1986), Dictionnaire Français primordial Paris, 1684p.
- [6] MSF, (2005) Interventions dans les situations d'urgence des déplacés 146p
- [7] Ministère du Plan – RDC/(2014), Enquête démographique et de santé 2013-2014, 652p.
- [8] PRONANUT (2012), Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, Kinshasa, 120p.
- [9] PRONANUT (2013), Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, Kinshasa, 107p.
- [10] PRONANUT (2013), Politique Nationale de Nutrition, Kinshasa, 35p.
- [11] PRONANUT (2014), Directives de la prise en charge de la Malnutrition aiguë modérée, Kinshasa, 108p.
- [12] PRONANUT (2016), Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, Kinshasa, 227p
- [13] PRONANUT (2015), Screening nutritionnel Rapport final, DPS/Nord-Ubangi, 23p.