

EVALUATION DE LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION INFANTILE À COTONOU, BÉNIN

Testa J., Sinnaeve O., Ibrahim Y., Ayivi B.

Med Trop 2008 ; 68 : 45-50

RÉSUMÉ • La présente étude tente d'évaluer la qualité du dépistage et de la prise en charge des enfants malnutris dans les centres socio-sanitaires de Cotonou, ville la plus importante du Bénin. Elle a pu être réalisée dans 19 centres privés, publics, médicaux et sociaux. Cinq enquêtes ont été nécessaires : une enquête rétrospective à partir des registres des centres, une évaluation des moyens matériels dont disposait chaque centre, une enquête d'observation des prestataires de soins (n=90), un questionnaire du responsable des activités nutritionnelles de chaque centre (n=19), un questionnaire des mères des enfants malnutris venus consulter dans ces centres (n=43). La prévalence globale des enfants malnutris dépistés dans les centres socio-sanitaires était très faible (2,2%) par rapport à la prévalence de la malnutrition à Cotonou (20,3%). Moins de la moitié des centres (47,4%) utilisaient une fiche de suivi de croissance. Aucun ne possédait de diagramme de maigreur. Le matériel de démonstration culinaire était utilisé dans 28,6% des centres. Les 3/4 de l'ensemble des centres réalisaient des séances d'IEC (Information Education Communication) de bonne qualité, et tous les centres habilités possédaient les principaux médicaments essentiels. L'évaluation des soignants a montré que 35% d'entre eux ne maîtrisaient pas les techniques de mesure anthropométriques de base. Ce sont les médecins et les aides-soignants qui utilisaient le moins la courbe de croissance. Aucun médecin ne donnait de conseil nutritionnel. Le questionnaire aux soignants a mis en évidence des connaissances correctes dans l'ensemble malgré un défaut de supervision et de formation continue. L'analyse du questionnaire des mères a montré que la malnutrition de leur enfant n'était jamais le motif de consultation initiale, et que seules 39% avaient compris que leur enfant était malnutri en sortant de la consultation. Cette étude met donc en évidence à Cotonou un déficit du dépistage de la malnutrition chez les enfants et une mauvaise qualité de la prise en charge des enfants malnutris. La malnutrition qui est un véritable problème de santé publique dans cette ville nécessite donc la mise en place d'un programme de lutte contre la malnutrition en milieu urbain.

MOTS-CLÉS • Malnutrition infantile - Evaluation - Dépistage - Prise en charge - Cotonou - Bénin.

EVALUATION OF SCREENING AND MANAGEMENT OF INFANT-JUVENILE MALNUTRITION IN COTONOU, BENIN

ABSTRACT • The purpose of this study was to evaluate the quality of screening and management of infant-juvenile malnutrition in medical/social centres in Cotonou, Benin, the nation's capital and largest city. Study was carried out in 19 public and private medical/social centres selected on the basis of their nutritional activity. Data was collected using 5 methods, i.e., retrospective review of the each centre's records, evaluation of physical resources available at each centre, observation of care providers (n=90), questionnaire concerning nutritional activities for the person in charge of each centre (n=19), and questionnaire about care for the mothers of children consulting at the centres (n=43). The overall prevalence of malnourished children identified by screening at the medical/social centres was low (2.2%) in comparison with the prevalence of malnutrition in Cotonou (20.3%). Less than half of the centres (47.4%) used growth charts. None of the centres had a «thinness chart». Many centres (28.6%) used material intended for cooking demonstrations. Most centres (75%) conducted effective Information Education and Communication (IEC) sessions and all authorized centres had required essential medications on hand. Observation of care providers showed that 35% could not perform basic anthropometric measurements. Use of growth charts was lowest among physicians and medical assistants. No doctor provided nutritional counselling. Based on responses to the questionnaire the general knowledge of care providers was good despite the lack of supervision and continuous education. Analysis of the responses of the mothers who brought their children to the centres indicated that malnutrition was never the initial reason for seeking medical attention and only 39% understood that their child was malnourished upon leaving the centre. These findings indicate that the quality of screening and management of infant-juvenile malnutrition in Cotonou is poor. There is a need to develop a program to fight malnutrition which is a major health problem in the city. Special measures will be necessary for the urban setting.

KEY WORDS • Infant-juvenile malnutrition - Evaluation - Testing - Care - Cotonou - Benin.

- Travail du Département d'Information Médicale (T.J., Maître de conférences en épidémiologie, Chef de service) CNHU Cotonou, Service de pédiatrie (S.O., Médecin pédiatre ; I.Y., Médecin généraliste ; A.B., Professeur de pédiatrie, Chef de service) CNHU Cotonou, Bénin.
- Correspondance : J. Testa, Département Santé Publique, FMPOS, BP 1805, Bamako, Mali • Fax: +223 22 22 191.
- Courriel : jean.testa@unice.fr
- Article reçu le 11/10/2005, définitivement accepté le 25/06/2007.

La malnutrition infantile-juvénile reste un problème de santé publique préoccupant dans les grandes villes des pays en développement qui, par leur croissance rapide, marginalisent une frange importante de la population, tant sur le plan économique que socio-culturel (1).

Une première étude (2) a montré que la prévalence de la malnutrition chronique à Cotonou, capitale économique du

Bénin, était estimée à 20,6%. Compte tenu de cette prévalence comparable à celle des autres villes africaines (3-7), nous avons souhaité évaluer la qualité du dépistage et de la prise en charge des enfants malnutris au niveau des centres socio-sanitaires de Cotonou.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cadre de l'étude

A Cotonou, le système de soins repose sur des structures publiques, confessionnelles et privées. Les institutions hospitalières et sanitaires publiques comportent le CNHU, centre de référence national et départemental, qui comprend un service de pédiatrie où sont dispensés des soins curatifs et préventifs (mais sans service de prise en charge des malnutris). Le niveau périphérique est constitué par 6 Centres de Santé de Circonscription Urbaine (CSCU) et un Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSMI) associé à une maternité hospitalo-universitaire. Des Complexes Communaux de Santé (CCS), qui assurent des soins de base, dépendent des CSCU. Il n'existe pas de centre de récupération nutritionnelle et d'éducation nutritionnelle (CREN) de référence. Les structures confessionnelles comprennent principalement deux hôpitaux dont le plus important comporte un service de pédiatrie et un service de PMI avec une activité de prise en charge des enfants malnutris, un centre de santé à orientation principalement pédiatrique, 6 centres de santé de quartier. A ces structures sanitaires s'ajoutent plus de 300 formations privées, soit une pour 2500 habitants, ainsi que 6 centres de promotion sociale (CPS) de district, officiellement responsables de la prise en charge des malnutris, ce qui illustre la complexité de l'harmonisation et de la coordination des activités sanitaires.

Méthodologie

Pour cette évaluation, 5 enquêtes ont été réalisées :

- une enquête rétrospective à partir des registres d'activité des centres de l'année 1999 (n=19) afin d'apprécier le nombre d'enfants malnutris ;
- une enquête transversale par observation des centres (n=19). Elle a permis d'évaluer les moyens matériels

disponibles pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition ;

- une observation des prestataires de soins auprès des malnutris (n=90). Un score a été établi afin d'évaluer la qualité des différentes composantes de cette activité (mesures anthropométriques, utilisation et interprétation de la courbe de croissance, conseils nutritionnels, suivi des enfants) ;

- une enquête par questionnaire (n=19) au prestataire de soins responsable des activités nutritionnelles dans chaque centre, évaluant ses connaissances, la supervision dont il a bénéficié, ses perceptions et demandes face au problème de la malnutrition à Cotonou ;

- une enquête par questionnaire aux mères d'enfants malnutris rencontrés dans le centre au moment de l'enquête (n=43) permettant de préciser l'itinéraire thérapeutique de ces enfants, la perception par les mères des soins et conseils reçus, l'impact initial de cette prise en charge sur les mères et leur degré de satisfaction.

Une sélection des centres de santé a été réalisée par choix raisonné en se fondant sur l'importance de leur activité, leur fréquentation par une population considérée à risque, leur réputation de prise en charge des activités nutritionnelles. Au total 20 centres, soit les 6 CSCU, 1 CCS ayant une activité nutritionnelle, les 6 CPS de district, le CSMI et 6 centres confessionnels à vocation sociale ont été choisis.

Après avoir testé les différents moyens d'investigation auprès de 2 centres non sélectionnés pour l'étude, l'enquête a été réalisée pendant le dernier trimestre de l'année 2000. L'analyse statistique a utilisé le test de Kruskal-Wallis pour la comparaison des moyennes.

RÉSULTATS

Un établissement sur les 20 a refusé l'enquête et l'évaluation. Cet établissement étant confessionnel et non reconnu par le ministère de la santé, nous n'avons pu accéder aux données.

Enquête rétrospective sur les rapports d'activité

La fréquentation des différents types de centre par la population infanto-juvénile et la population cible constituée par les enfants malnutris est résumée dans le tableau I. La prévalence globale de la MPE retrouvée dans les centres de santé

Tableau I - Activités pédiatriques et nutritionnelles des différentes catégories de centre en 1999

	Consultations curatives	Consultations SMI	Total des consultations	Nombre de malnutris	Pourcentage de malnutris
CSCU	32953	7173	40126	166	0,04 %
CPS	-	317	317	113	35,60 %
Confessionnels	114393	12405	126798	1588	1,20 %
CSMI	-	3569	3569	1886	52,80 %

était de 2,2%. L'essentiel du dépistage des malnutris était réalisé par le CSMI et les centres confessionnels. Les CSCU et les CPS dépistaient un très faible nombre de malnutris. Si les CPS avaient une activité plus orientée vers les enfants malnutris, leur fréquentation globale très faible rendait cette activité marginale par rapport aux autres centres.

Enquête descriptive sur l'utilisation des fiches de croissance et le matériel disponible

Les fiches de suivi de croissance n'étaient disponibles que dans 47,4% des centres. Les conseils nutritionnels n'y étaient notés que dans 1/3 des cas, par contre la courbe et le suivi figuraient dans 3/4 des cas. Le devenir des enfants n'était inscrit que dans 22% des cas, et le temps moyen de récupération des enfants, ou les temps minimum et maximum nécessaires à la guérison complète des enfants n'ont été évalués précisément par aucun centre.

La balance était en bon état dans 90% des centres, mais aucun ne possédait de diagramme de maigreur. Le matériel de démonstration culinaire fonctionnel était présent dans 42% des centres mais parmi eux 28,6% seulement l'utilisaient. Le matériel d'Information Education Communication (IEC) était retrouvé dans 89,5% des centres, et les séances d'IEC étaient programmées dans 74% d'entre eux. Ces séances, hebdomadaires pour la moitié d'entre elles, étaient de bonne qualité, seules la synthèse et l'évaluation des connaissances manquaient respectivement dans 43 et 57% des cas. Les principaux médicaments essentiels étaient présents dans tous les centres de santé (mais dans aucun centre social), sauf l'iode et la vitamine A (présents respectivement dans 45,5 et 66,7% des centres).

Enquête par observation des soignants

Les 90 prestataires ont été regroupés en quatre catégories : les aides-soignants, les sages-femmes infirmiers et

stagiaires, les assistants sociaux, et les médecins. Une comparaison des scores établis par catégorie de professionnels pour chaque action évaluée est résumée au tableau II.

Toute catégorie confondue, dans 35% des cas les prestataires ne maîtrisaient ou n'appliquaient pas les techniques de mesures anthropométriques de base. La taille n'était mesurée que dans 9% des cas. La courbe de poids n'était utilisée que dans la moitié des cas. Ce sont les médecins et les aides soignants qui se référaient le moins à la courbe de croissance, alors que les agents de l'action sociale l'utilisaient significativement plus souvent ($p < 10^{-5}$).

En ce qui concerne la prise en charge, le traitement et le suivi de ces enfants, seuls 12,5% ont été orientés dans un centre où la prise en charge paraissait plus spécifique, 60% recevaient des conseils nutritionnels sur place, en général bien adaptés aux besoins (niveau socio-culturel, âge de l'enfant, état nutritionnel). Là encore, aucun médecin évalué n'a donné de conseil nutritionnel face à un enfant malnutri, le score moyen de conseils nutritionnels adaptés donnés par les agents de l'action sociale étant significativement plus élevé que celui des 2 autres catégories professionnelles ($p < 10^{-3}$). Des signes de gravité étaient recherchés dans 25% des cas, et la recherche de maladies intercurrentes (IRA, diarrhée, fièvre...) n'était réalisée que dans 40% des cas. L'enquête sociale était effectuée dans 35% des cas, l'enquête alimentaire dans 50%. Les soignants disaient ne pas avoir de protocole médical de traitement dans 94% des cas, et 84% ne pouvaient se référer à un protocole nutritionnel. Seulement 6% des prises en charge observées prévoyaient une visite à domicile, la consultation suivante étant prévue en majorité entre 2 semaines et un mois, sauf pathologie infectieuse aiguë dont l'évolution était à contrôler rapidement. Une comparaison des scores selon le type d'établissement a été établie (Tableau III) : globalement on ne notait pas de différence dans le diagnostic et la prise en charge entre les différents établissements. Il faut noter cependant que le CSMI utilisait peu la courbe de croissance de référence.

Tableau II - Comparaison des scores moyens par catégorie professionnelle pour chaque étape de la prise en charge des enfants malnutris.

	Médecins (n=10)	Paramédicaux* (n= 34)	Agents d'action sociale (n=20)	Aides-soignants (n=26)	p
Mesures anthropométriques /3 : (poids = 1 taille = 1 déshabille = 1)	-	1,8	2	1	$<10^{-4}$
Courbe de croissance /2 : (utilisation = 1 interprétation = 1)	0,2	1,1	1,8	0,2	$<10^{-5}$
Conseils nutritionnels adaptés /4 (âge =1 état nutrition =1 niveau économique = 1 niveau éducatif = 1)	0	2,2	3,7	-	$<10^{-3}$
Suivi des enfants /3 : (existence fiche = 1 fiche retrouvée =1 visite ou rendez-vous = 1)	1,4	1,9	1,4	-	NS

*Sages-femmes, infirmiers, stagiaires

Tableau III : comparaison des scores moyens par type d'établissement pour chaque étape de la prise en charge des enfants malnutris.

	CSCU	CPS	CSMI	Confessionnels	p
Mesures anthropométriques (n=90) /3 : (poids = 1 taille = 1 déshabille = 1)	1,1	1,7	1,8	1,8	< 0,05
Courbe de croissance (n=90) /2 : (utilisation = 1 interprétation = 1)	0,7	1,9	0,3	0,7	<10 ⁻⁴
Conseils nutritionnels adaptés (n=22) /4 (age =1 état nutrition =1 niveau économique = 1 niveau éducatif = 1)	3	3,7	4	4	NS
Suivi des enfants (n=22) /3 : (existence fiche = 1 fiche retrouvée =1 visite ou rendez-vous = 1)	1,3	1	1,3	2,5	<0,05
total diagnostique et prise en charge MPE (score sur 12)	6,7	8,1	8,0	9,2	NS

Enquête sur l'évaluation des connaissances et des perceptions des professionnels

Les responsables nutritionnels étaient des sages-femmes dans 7 centres, des travailleurs de l'action sociale dans 12 centres.

En ce qui concerne leur formation, 14 sur 19 avaient eu leur diplôme il y a plus de 12 ans, et 12 travaillaient dans la même structure depuis plus de 5 ans. Seulement 3 avaient reçu une formation initiale spécifique sur la nutrition, 13 avaient bénéficié en moyenne de 2 formations complémentaires depuis l'obtention de leur diplôme.

L'évaluation de leurs connaissances théoriques a révélé que la technique de dépistage de la malnutrition était bien connue (par 16 soignants sur 19), de même que les connaissances nutritionnelles. Par contre, aucun soignant ne connaissait la solution lait-huile-sucre de récupération des enfants gravement malnutris, tous utilisant seulement des bouillies enrichies. Seuls 2 soignants sur 19 avaient cité la moitié au moins des pathologies à rechercher et à traiter en cas de malnutrition (en particulier le SIDA n'a été cité que 2 fois).

Par rapport à la supervision, 8 soignants avaient eu une seule visite depuis le début de leur activité, les autres n'en avaient pas bénéficié.

Pour ce qui est de leur perception du problème, 70% des responsables étaient satisfaits des activités nutritionnelles pratiquées dans leur centre, même s'ils ne les trouvaient pas assez régulières, particulièrement les visites à domicile et la surveillance nutritionnelle, mais 90% relevaient des problèmes empêchant une prise en charge adéquate : manque de personnel pour 90% d'entre eux, carence en formation du personnel pour 70%, et insuffisance en matériel pour la moitié des responsables interrogés. Pour 9 d'entre eux, la malnutrition était avant tout un problème social, pour 6 un problème économique et pour 4 un problème de santé. La malnutrition était perçue comme un réel problème dans leur centre pour 58% et comme un problème important à Cotonou pour 84% d'entre eux.

Pour la prise en charge des malnutris sévères, 14/19 préconisaient une hospitalisation classique dans un CREN,

alors que pour les malnutris modérés 15/19 estimaient qu'une hospitalisation de jour aurait été plus adaptée.

Enquête par interview des mères d'enfants malnutris dans les centres socio-sanitaires :

Les enfants malnutris avaient entre 1 et 43 mois, avec une moyenne à 7 mois. Les filles représentaient 72,5% des malnutris. Ces enfants provenaient pour 1/3 des quartiers éloignés du centre, pour 1/3 des quartiers voisins et pour 1/3 du quartier du centre lui-même. La malnutrition n'était jamais le motif principal de consultation; seules 2 mères l'ont évoquée en second lieu. Le motif de consultation était la consultation curative pour 38% des mères, le suivi de croissance pour 30%, la vaccination pour 18%.

En moyenne, ces mères étaient venues consulter 4,4 fois pour leur enfant. La majorité d'entre elles (80%) n'utilisaient pas plus de 2 centres au total.

Les conseils nutritionnels ont été donnés à 65% des mères, mais seulement 39% savaient après la consultation que leur enfant était malnutri. Les conseils cités par les mères étaient l'allaitement maternel exclusif dans 26% des questionnaires et l'hygiène dans 4%. Dans 63% des cas, elles se disaient satisfaites de l'action du centre pour suivre et améliorer la croissance de leur enfant, et 67% étaient prêtes à revenir pour poursuivre ce suivi. Si leur enfant devait suivre un traitement plus spécifique en raison d'une aggravation de son état nutritionnel, 69% préféreraient l'hospitalisation de jour.

DISCUSSION

L'enquête d'évaluation du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition dans les centres socio-sanitaires révèle plusieurs carences :

• A propos du dépistage

Il est frappant de constater l'absence d'action réelle de dépistage des centres de santé d'état (CSCU) et des centres sociaux. Le CSMI, centre de référence, est la seule structure

publique à réaliser un dépistage non négligeable en valeur absolue (1 886 malnutris/an), alors que les centres confessionnels en dépistent pratiquement autant mais avec une fréquentation beaucoup plus importante, par une population plus démunie donc plus à risque. Si l'on extrapole les résultats de l'étude sur la prévalence de la malnutrition à Cotonou en 2000 (2), étant donné que le taux de malnutrition chronique est de 20,6 % et que l'effectif global des enfants de moins de 5 ans est estimé à 97 265, il y aurait 20 037 enfants malnutris. Les 19 principaux centres socio-sanitaires de Cotonou dépisteraient donc environ 18,7 % des enfants malnutris de la ville. Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène.

Les CPS, officiellement responsables de la récupération nutritionnelle jusqu'en 1996, ont vu leur fréquentation chuter lorsque les ONG ont cessé l'appui alimentaire qu'elles leur fournissaient. Actuellement, leur très faible activité devrait remettre en cause leur fonctionnement. Pour les centres de santé, la consultation des rapports d'activité met en évidence l'occultation de la malnutrition infanto-juvénile par l'enregistrement de la maladie qui motive la consultation, et dont elle constitue le plus souvent un facteur aggravant. De plus, la malnutrition modérée est peu dépistée (c'est le cas de 60 % des enfants rencontrés dans les centres au cours de notre enquête), particulièrement au cours des consultations curatives, où le poids, pris souvent de façon approximative, n'est consulté que pour adapter la posologie des médicaments prescrits. On peut aussi penser que les enfants malnutris, souvent en marge de la société, ne viennent pas consulter dans ces centres. Il faut également souligner la difficulté du diagnostic de malnutrition : dans l'étude d'Hamer (8), seulement 50 % des cas de malnutrition ont été diagnostiqués par des infirmières préalablement formées à ce dépistage.

L'évaluation du matériel disponible montre qu'aucun centre n'utilise le diagramme de maigreur, moyen simple, rapide, très parlant pour les agents de santé comme pour les mères, qu'il serait intéressant de mettre en place dans l'optique d'un dépistage systématique. L'enquête ne s'est pas intéressée à la présence d'un mètre de couturière dans les centres de santé car cet outil simple de diagnostic de la malnutrition par la mesure du périmètre brachial ne faisait pas partie des pratiques diagnostiques utilisées dans les centres de santé.

Au total, trois problèmes empêchent un dépistage efficace de la malnutrition : une insuffisance de la fréquentation des centres par la population à risque, une tenue des registres incomplète, une absence de dépistage systématique de la malnutrition particulièrement lors des consultations curatives. Ces phénomènes ont également été mis en évidence au Niger (9, 10), où la proportion d'enfants malnutris dépistés par les agents de santé en consultation « enfants sains » est de 13,4 % alors que la prévalence y est de 31 %. De même au CNHU de Cotonou une étude récente (11) a souligné le défaut de dépistage des enfants hospitalisés en service de pédiatrie puisque 24,8 % d'entre eux étaient malnutris, dont 70,8 % non dépistés.

• A propos de la prise en charge

Si les connaissances des soignants en ce qui concerne la prise en charge de la malnutrition modérée étaient acceptables, celles sur la malnutrition grave étaient très insuffisantes. Ceci s'explique à la fois par la carence en formation initiale spécifique et en formation continue complémentaire soulignée par les intéressés eux-mêmes. Les soignants ne pouvaient s'appuyer sur aucun protocole de traitement, ni référer les cas graves dans un centre de récupération de référence.

Les conseils nutritionnels, donnés le plus souvent au CSMI, n'étaient pas prodigués par 40 % des soignants et surtout par aucun médecin. Ceux-ci n'étaient jamais responsables des activités de dépistage et de récupération nutritionnelle. Gnintoungbé (12) avait déjà noté ce désintérêt des médecins pour les activités de récupération nutritionnelle qu'ils considèrent comme un problème socio-économique plutôt que médical. Au niveau du matériel de prise en charge, 12 centres sur 19 ne possédaient pas de fiche de suivi individuelle, outil simple, facilement accessible, et suffisant pour effectuer un suivi rigoureux. L'absence de micronutriments dans les centres était également à noter alors que le renforcement de la lutte contre la carence en micronutriments fait partie des priorités du ministère de la santé. Enfin, on remarque la faible utilisation du matériel de démonstration culinaire, mais l'enquête de prévalence en population à Cotonou (2) qui ne met pas en évidence de lien bénéfique entre les actions d'éducation ou le suivi régulier de la croissance et l'état nutritionnel des enfants, remet en question ce type de pratique systématique. Cette remise en question a déjà été évoquée (13-16) et souligne l'importance d'une réflexion approfondie sur les actions à renforcer ou à mettre en place au niveau socio-sanitaire, afin d'obtenir une réelle régression de la malnutrition.

L'évaluation de la satisfaction des mères et de leurs perceptions souligne une carence de l'information qui leur est donnée puisque très peu (39 %) savaient que leur enfant était malnutri en sortant du centre. Cependant, ce sont bien les personnes et structures en place qu'il est nécessaire d'améliorer, puisqu'une bonne majorité des mères sont satisfaites de leur visite dans les centres, auxquels elles semblent fidèles et qu'elles fréquentent assez régulièrement, en tout cas pendant la première année de l'enfant, quelle que soit leur situation géographique. Il faut donc qu'un effort soit fait auprès des centres qui doivent inciter les mères à poursuivre les visites de suivi après les rendez-vous fixés par les vaccinations, ce d'autant plus que la tranche d'âge la plus touchée est celle des 12-23 mois. Si seuls 1/3 des enfants malnutris qui viennent consulter sont dépistés actuellement dans les centres socio-sanitaires, 2/3 reçoivent des conseils nutritionnels systématiques, ce qui est un bon signe d'intégration de la prise en charge globale de l'enfant. Il paraît cependant nécessaire, dans le cadre de la PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), d'établir des protocoles et guides précis de conseils, en particulier pour l'hygiène et l'allaitement maternel exclusif. L'enquête en population (2) rejoint cette consta-

tation en mettant en évidence l'insuffisance des connaissances de base des mères sur l'alimentation. Enfin, les mères préfèrent une prise en charge de proximité qu'il serait nécessaire d'intensifier par des unités d'hospitalisation de jour dans les centres et par des visites à domicile, ce type de suivi étant le plus apprécié dans l'enquête en population (2) comme dans la plupart des enquêtes ayant évalué leur acceptation, leur efficacité et leur coût (17, 18).

CONCLUSION

Cette étude met en évidence d'une part que le dépistage des enfants malnutris à Cotonou est très faible comparé à la prévalence de la malnutrition dans cette ville, d'autre part que ce dépistage est de mauvaise qualité, tout comme la prise en charge des enfants malnutris. Elle révèle que la malnutrition à Cotonou est un problème important de santé publique, qui reste jusqu'alors méconnu, et qui mériterait la mise en place d'un programme d'action spécifique de lutte contre la malnutrition en milieu urbain, incluant dans le cadre de la PCIME à la fois la formation-supervision du personnel socio-sanitaire, la création au sein des structures déjà existantes d'unités spécifiques de dépistage et de prise en charge, la sensibilisation de la population à l'importance d'un suivi régulier et prolongé pour les enfants, l'appui aux initiatives de suivi nutritionnel à base communautaire, dans un esprit d'intersectorialité permettant à tous les partenaires sociaux, sanitaires et éducatifs de contribuer à lutter contre ce fléau. Les recommandations émises par l'OMS pour la prise en charge de la malnutrition sévère faciliteront la mise en place de ce programme de lutte contre la malnutrition (19).

RÉFÉRENCES

- 1 - JEANNEE E, SALEM G - Urbanisation et santé dans le Tiers-Monde ; transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. ORSTOM, 1989; Collection colloques et séminaires : 548.
- 2 - SINNAEVE O, TESTA J, ABLEFONLIN E, AYIVI B - Aspects épidémiologiques de la malnutrition infanto-juvénile à Cotonou (Bénin). *Med Trop* 2006; **66** :177-81.
- 3 - SAGBOHAN A - Problèmes alimentaires et nutritionnels dans la ville de Cotonou (Bénin). In «NAGO MC, HOUNHOUGAN JD, DE KONING F, GROSS R - La situation alimentaire et nutritionnelle dans les zones urbaines en Afrique». Cotonou : Actes du séminaire-atelier. 1993 : 254-58.
- 4 - AGUEH VD, MAKOUTODE M, DIALLO P *et al.* - Malnutrition infantile et facteurs maternels associés dans une ville secondaire au sud du Bénin, Ouidah. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1999; **47** : 219-28.
- 5 - CORNU A, DELPEUCH F, SIMONDO F *et al.* - Enquête nutritionnelle en République du Congo : résultats de l'enquête nationale réalisée en 1987. *Bull World Health Organ* 1991; **69** : 561-71.
- 6 - STETLER HC, AYEBOUA A, BRINK EW *et al.* - Nutritional status of preschool children in Togo, 1976-77. *Bull World Health Organ* 1980; **58** : 889-95.
- 7 - UNICEF - La situation des enfants dans le monde. Regard sur la nutrition. UNICEF, Genève, 1998 : 141.
- 8 - HAMER C, KVATUM K, JEFFRIES D, ALLEN S - Detection of severe protein-energy malnutrition by nurses in The Gambia. *Arch Dis Child* 2004 ; **89** : 181-4.
- 9 - BARENNE H - Prévalence et dépistage de la malnutrition chez les consultants des centres de santé materno-infantiles de Niamey. In «SALEM G, JEANNÉE E - Urbanisation et santé dans le Tiers Monde ; transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires ». ORSTOM ed, Paris, Coll Colloques et séminaires, 1989 : 32.
- 10 - BARENNE H, BANOS MT - Malnutrition des enfants (0-5 ans) consultants des centres de santé de Niamey (Niger) et conditions socio-économiques des familles. *Ann Pediatr* 1997; **44** : 550-6.
- 11 - ADJOAVI M - Contribution à l'étude des facteurs péjoratifs intervenant dans la prise en charge hospitalière des enfants malnutris au CNHU de Cotonou. Thèse de doctorat d'Université, médecine, Cotonou, Faculté des Sciences et de la Santé, 1999 : 114.
- 12 - GNINTOUNGBE C - Approche pour une meilleure intégration des activités de nutrition dans les services de santé au Bénin. (Mémoire de santé publique). UEG ed, Gand, 1991, 30 p.
- 13 - PANPANICH R, GARNER P - Growth monitoring in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; **2** : CD001443.
- 14 - GLATTHAAR II, FEHRSEN GS, IRWIG LM, REINACH SG. Protein-energy malnutrition: The role of nutrition education in rehabilitation. *Hum Nutr Clin Nutr* 1986; **40** : 271-85.
- 15 - ROBERFROID D, KOLSTEREN P, HOEREE T, MAIRE B - Do growth monitoring and promotion programs answer the performance criteria of a screening program? A critical analysis based on a systematic review. *Trop Med Int Health* 2005; **10** : 1121-33.
- 16 - LOPEZ-FLORES F, BARQUERA-CERVERA S, KAGEYAMA-ESCOBAR ML - Evaluation of integrated management of childhood illness against malnutrition in urban areas of Nayarit, Mexico. *Salud Publica Mex* 2004; **46** : 158-63.
- 17 - KHANUM S, ASHWORTH A, HUTTLY SR - Controlled trial of three approaches to the treatment of severe malnutrition. *Lancet* 1994; **344** : 1728-32.
- 18 - CHAPKO MK, PRUAL A, GAMATIE Y, MAAZOU AA - Randomized clinical trial comparing hospital to ambulatory rehabilitation of malnourished children in Niger. *J Trop Pediatr* 1994; **40** : 225-30.
- 19 - 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. Organisation mondiale de la Santé ed, Genève, 2000, 70 p.