

Evaluation de la prise en charge des enfants dénutris au niveau communautaire dans la commune de Lalo, Bénin

Assessment of the care of malnourished children at community level in the Lalo district, Benin

KEDOTE NM(1), FASSINO E(2), SOPOH G(1), CAPO-CHICHI J(1), DARBOUX A(3)

(1) Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

(2) Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou, Bénin

(3) Association Santé Nutrition Vision, Bénin

Auteur correspondant : Nonvignon Marius Kêdoté, Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), E-mail : kedmar@yahoo.fr, Tel : +22997380303

RESUME

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants dénutris au niveau communautaire dans la commune de Lalo au Bénin.

Méthodes : Il s'agit d'une étude évaluative menée du 1^{er} au 29 juin 2016 dans trois sites du projet de nutrition communautaire, dans la commune de Lalo. La qualité de la prise en charge communautaire a été appréciée à travers ses trois composantes explicatives que sont les intrants, les processus et les résultats grâce au référentiel de l'OMS pour l'évaluation de la performance du système de santé.

Résultats : Globalement, la structure a été jugée acceptable dans deux des trois sites alors que le processus a été faible dans un des sites. Les indicateurs de performance sur les résultats étaient dans les normes dans l'un des trois sites, acceptables sur le second site mais faibles sur le troisième site où les taux de guérison, d'abandon, de létalité et de gain de poids moyen étaient respectivement de 64,60 % ; 29,20 % ; 4,60 % et 4,60 g/kg/jour. Dans les trois sites réunis, le résultat était acceptable, avec un taux de guérison de 75,6 % et un gain de poids moyen de 5,21 g/kg/jour.

Conclusion : La prise en charge des enfants dénutris au niveau communautaire nécessite l'amélioration de la disponibilité de denrées alimentaires diversifiées, l'implication des pères des enfants dénutris ainsi que le développement de compétences en nutrition et des supervisions formatives de ses acteurs.

Mots clés : Malnutrition aiguë, prise en charge communautaire, évaluation de la qualité, indicateurs de résultat.

SUMMARY

Introduction: The objective of this study was to evaluate the quality of care for malnourished children at community level in the municipality of Lalo in Benin.

Method: This is an evaluative study conducted from 1 to 29 June 2016 in three sites of the Community Nutrition Project, in the municipality of Lalo. The quality of community care has been appreciated through its three explanatory components of inputs, processes and outcomes, using the WHO Health System Performance Assessment Framework.

Results: Overall, the structure was found to be acceptable in two of the three sites while the process was weak in one of the sites. Outcome performance indicators were in the norms at one of the three sites, acceptable at the second site but weak at the third site where cure, discontinuation, lethality and mean weight gain rates were respectively 64.60%; 29.20%; 4.60% and 4.60 g / kg / day. In all three sites, the result was acceptable, with a cure rate of 75.6% and an average weight gain of 5.21 g / kg / day.

Conclusion: The care of malnourished children at the community level requires the improvement of the availability of diversified foodstuffs, the involvement of the fathers of malnourished children as well as the development of nutritional skills and the formative supervision of its actors.

Keywords: Acute malnutrition, community care, evaluation of quality, results indicators.

INTRODUCTION

Au Bénin comme dans la plupart des pays en développement, la dénutrition chez les enfants de moins de 5 ans reste encore fréquente [1].

Le retard de croissance est estimé à 34 % en moyenne au Bénin chez les enfants [2]. Or un grand nombre d'enfants atteints de dénutrition aiguë sévère sans complication peuvent être

traités dans leur communauté, sans avoir à être admis dans un centre de santé ou un centre d'alimentation thérapeutique [3-4]. Un programme de prise en charge à base communautaire de la dénutrition aiguë a été expérimenté en 2010 dans quatre pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Mauritanie et Niger) avec des résultats encourageants [5].

C'est ainsi qu'au Bénin, le Gouvernement a mis en place le programme de nutrition communautaire qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge au niveau des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle. Pour accompagner les acteurs, un protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë a été élaboré en 2011 [6]. Dans la commune de Lalo située dans le département du Couffo, ce projet est en cours dans trois arrondissements depuis 2012.

Vu l'importante prévalence de retard de croissance dans ce département (33,6 % en 2014), nous avons mené la présente étude dans le but de déterminer quels peuvent être les facteurs de succès dans ce type de programme.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude évaluative, conduite du 1^{er} au 29 Juin 2016 dans les trois foyers (F1, F2, F3) du projet de nutrition communautaire dans la commune de Lalo. La population d'étude était constituée de cibles primaires à savoir animateurs, mères-modèles, superviseurs et enfants dénutris des quinze derniers mois qui ont précédé l'étude. Les cibles secondaires étaient le coordonnateur, le médecin chef de la commune et les mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans. La méthode d'échantillonnage était non probabiliste avec une technique de choix exhaustif pour les prestataires interrogés et les fiches de suivi des enfants dénutris pris en charge les quinze mois précédents la collecte. Au total, 14 agents communautaires de santé dont le superviseur, cinq agents en F1, quatre agents en F2 et quatre agents en F3 ont été enrôlés. Également, 127 dossiers de suivi d'enfants dénutris à savoir 48 en F1, 42 en F2 et 37 en F3 ainsi que 30 mères (7 par foyer et 9 en focus group) ont été inclus dans l'étude.

La composante principale était la qualité de la prise en charge communautaire. Les trois composantes explicatives, c'est à dire les intrants ou structure, les processus et les résultats ont été étudiées et chaque sous-composante a été appréciée à travers des critères cotés selon un score dichotomique, puis en comparant les scores obtenus dans chaque composante (structure et processus) au référentiel de l'OMS pour l'évaluation de la performance du système de santé [7]. Chaque composante était jugée « bonne » quand le score obtenu était \geq à 85% de la cotation attendue, « acceptable » quand il était compris entre 60% et 85% et « faible » quand il était \leq à 60%. La « structure » était constituée de la disponibilité du protocole national de prise en charge de la dénutrition aiguë, de la formation des relais communautaires, de la disponibilité et fonctionnalité du matériel anthropométrique, de la mobilisation des vivres, de l'existence d'outils de suivi et d'évaluation, de boîte à image et du matériel de démonstration culinaire.

Le « processus » a porté sur le dépistage en stratégie avancée, l'ouverture et le fonctionnement du foyer durant douze (12) jours pour chaque campagne, le suivi des dénutris, la référence, le remplissage des outils de gestion des données, la rédaction de rapport mensuel, la réalisation de séances d'éducation nutritionnelle, la réalisation de démonstrations culinaires et la supervision. Le « Résultat » concernait le taux de réhabilitation ou de guérison, le taux de létalité, le taux d'abandon et le gain moyen de poids. Pour cette composante « Résultat », nous nous sommes référés aux appréciations inscrites dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë [6].

RESULTATS

Sur les 127 enfants dénutris, 48 ont été suivis à F1, 42 à F2 et 37 à F3. Il s'agissait de 67 garçons (52,8%) contre 60 filles (47,2%). La tranche d'âge de 6 à 24 mois était prédominante (41,7 %). Concernant la composante « structure ou intrants », F1 a obtenu 8 points sur les 12, soit un score de 66,7% ; 9 points sur 12 pour F2, soit 75 % et 10 points sur 12 pour F3, soit 83,3 %. Les sous composantes des intrants présentant des insuffisances étaient la formation des relais aux sites F1 et F2, la diversification intra-

catégorie alimentaire dans l'ensemble des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle et les locaux des foyers qui étaient inadéquats. Pour la composante « Processus », F1 totalisait 11 points sur les 19, soit un score de 57,8 % ; F2 14 points sur 19 soit 73,7 % et F3 15 points sur 19, soit 78,9 %. Pour les sous-composantes du « Processus » les insuffisances étaient dans l'ensemble des foyers au niveau du plan d'alimentation des enfants (presqu'une monotonie de l'alimentation), de la réalisation des séances d'IEC et des stratégies de communication pour atteindre toutes les cibles privilégiées. En F1, un des deux animateurs (50 %) avait des difficultés pour le dépistage et en F2 certains outils de gestion des données avaient été mal remplis. Au sujet de la composante « Résultats », sur la figure 1 sont présentés les taux de

réhabilitation et d'abandon lors de la prise en charge des cas de dénutris dans les trois foyers.

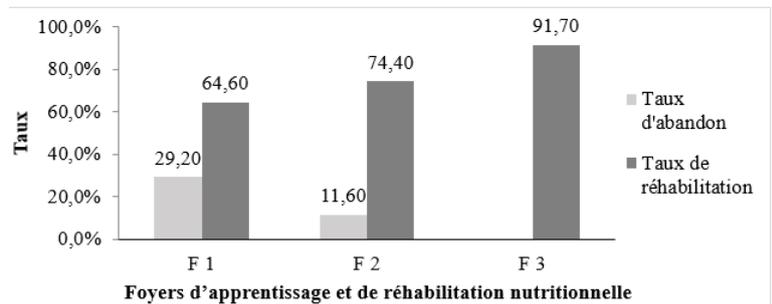


Figure 1 : Taux de réhabilitation et d'abandon des enfants dénutris dans foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle de la commune de Lalo (Janvier 2015- Juin 2016).

En prenant l'ensemble des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle, le gain moyen de poids était de 5,2 g/ kg/ j avec un taux de guérison de 75,6 %. Par contre, le site F3 a atteint 6,6 g/ kg /jr (>6 qui est la norme du projet de nutrition communautaire). Deux cas de décès liés à la dénutrition sévère ont été enregistrés. Ceux-ci survenaient dans tous les cas dans site F1, soit un taux de létalité de 4,2 % en F1 et 1,6 % pour l'effectif global. Le tableau I résume les indicateurs des résultats de la qualité de prise en charge des enfants dénutris en fonction des sites F1, F2 et F3.

Tableau I : Indicateurs dans la composante « Résultat » de la prise en charge des enfants dénutris par le projet de nutrition communautaire à Lalo en 2016 selon les sites du foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle.

Foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle	Résultats			
	Taux de réhabilitation (%)	Létalité (%)	Taux d'abandon (%)	Gain de poids moyen (g/kg/j) ^a
F1	64,60	4,16	29,20	4,60
F2	74,40	0,00	11,60	4,80
F3	91,70	0,00	0,00	6,63
Foyers réunis	75 ,60	1,57	14,30	5,21
Normes du projet	> 75,00	< 10,00	< 15,00	≥ 6,00

^a : gramme par kilogramme par jour

Selon les critères du projet de nutrition communautaire, F3 a des indicateurs qui répondaient bien aux normes du protocole national (quatre points sur quatre, chaque indicateur valable correspondant à un point). F2 obtenait deux points sur quatre et F1 un point sur quatre. Au cours de toutes les entrevues réalisées auprès des responsables du projet et des autorités locales, l'insuffisance d'implication des pères des enfants a été soulignée. En somme, l'appréciation de la qualité normative de la prise en charge des enfants dénutris du projet de nutrition communautaire à Lalo est acceptable (tableau II).

Tableau II : Synthèse de l'appréciation de la qualité de prise en charge des enfants ayant souffert de la malnutrition aigüe modérée selon le foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle à Lalo en 2016.

Foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle	Intrants	Processus	Résultats
F1	66,66 % Acceptable	57,8 % Faible	25 % Faible
F2	75 % Acceptable	73,7 % Acceptable	50 % Faible
F3	83,33 % Acceptable	78,9 % Acceptable	100 % Bon
Foyers réunis	75,16 % Acceptable	70,13 % Acceptable	58,33 % Acceptable

DISCUSSION

La qualité de la prise en charge nutritionnelle à base communautaire a été appréciée à travers les scores réalisés par les trois composantes explicatives à savoir les « intrants », le « processus » et les « résultats ».

Concernant les intrants, l'une des insuffisances était la qualification des agents communautaires avec des difficultés de dépistage en F1 et des problèmes de remplissage correct des outils de gestion des données en F2. Agueh et al. ont objectivé que le faible niveau de connaissance en nutrition des agents communautaires peut être aussi bien dû à la qualité des formations reçues en nutrition, qu'à des insuffisances dans leur encadrement ou au faible niveau d'instruction [4].

Après dépistage et identification des cas dénutris à Lalo, la mobilisation, pour réunir les différents groupes d'aliments dans la prise en charge nutritionnelle, est moins forte qu'en Côte d'Ivoire où la Radio locale est mise à contribution avec une sensibilisation touchant les différentes cibles possibles, hommes comme femmes [3]. Par ailleurs, les entrevues réalisées révèlent une implication insuffisante des pères des enfants dénutris. Il a été remarqué au Tchad, en 2012, que la participation et l'implication des pères et aînés des villages étaient importantes dans la référence et l'admission des enfants [8]. Cette participation permet à la communauté de s'identifier aux interventions et de se sentir constamment responsable et au centre du programme.

Le taux de guérison ou de réhabilitation pour l'ensemble des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle dans notre étude était de 75,6 %. Ce résultat est à la lisière de la norme nationale du Bénin dont le seuil est supérieur à 75 % et un peu inférieur à la moyenne observée globalement dans les pays en développement qui est de 80 % [9]. Dans certains de ces pays notamment le Niger, il y avait une forte mobilisation communautaire, l'implication d'agents de santé avec l'utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi comme le *Plumpy'Nut*.

Le taux d'abandon dans notre étude (14,3 %) est supérieur à celui observé globalement dans l'ensemble des pays en développement (11 %) [9]. Cela peut s'expliquer par l'insuffisance dans la communication pour un changement de comportement surtout à l'endroit des pères d'enfants dénutris, la monotonie de l'alimentation et l'isolement des hameaux aux foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle. Quant à la létalité (1,57 %), elle est légèrement inférieure aux proportions documentées par d'autres auteurs en Ethiopie (2,7 % et chez les dénutris sévères 3,02 %) [10,11]. Le gain de poids moyen a été de 5,21 g/kg/j, ce qui est un peu bas par rapport à la norme qui est de 6 g/kg/j. Cela pourrait être dû aux insuffisances dans la prise en charge comme constatées par Tadesse et al. [12] lors des visites à domicile. Ces indicateurs à Lalo, en 2016, sont plus acceptables par rapport aux résultats trouvés par Harris et al. au Cambodge où les taux

de guérison, de létalité et le gain de poids moyen étaient respectivement de 55 %, 5,6 % et 4 g/kg/jour [13].

CONCLUSION

Cette étude a permis d'apprécier la qualité de la prise en charge communautaire des enfants dénutris. Les insuffisances qui ont été identifiées en termes de diversification de l'alimentation, d'implication des parents des enfants dénutris et de formation des ressources humaines doivent être comblées pour une amélioration de la mise en œuvre du programme de nutrition communautaire au Bénin.

REFERENCES

- 1- Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013;382:427–51.
- 2-Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2014, Rapport final. Bénin: INSAE ; 2016. 247p.
- 3-Bousquet C. Une approche communautaire pour la réhabilitation nutritionnelle et le changement des comportements alimentaires en Côte d'Ivoire en 2013. Evaluation externe. ACF ; 2013. 75p.
- 4-Agueh VD, Makoutodé M, Agueh-Bokossa AS, Dramaix M, Dujardin B, Hennart P. Programme communautaire d'éducation sanitaire et nutritionnelle : effets sur les connaissances et pratiques des mères d'enfants de moins de 24 mois dans le Mono au Bénin. *Rev. CAMES-Série A* 2008; (6): 18-25.
- 5-Hedwig D, Paluku B, Serigne MD, de Bernardo D, Pierre A. Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Niger. USAID, FANTA; 2010.59p.
- 6-Ministère de la Santé (Bénin). Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe. Bénin : MS, DSME, UNICEF, OMS ; 2011. 173p.
- 7- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'évaluation des programmes de santé. Principes directeurs. Genève: OMS; 1981. 52p.
- 8-United Nations Children's Fund (UNICEF). Evaluation of Community Management of Acute Malnutrition (CMAM): Chad Country Case Study. New York : UNICEF ; 2012. 91p.
- 9-Park SE, Kim S, Ouma C, Loha M, Wierzba TF, Beck NS. Community management of acute malnutrition in the developing world. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2012 Dec;15(4):210-9.
- 10-Tadesse E, Worku A, Berhane Y, Ekström E. An integrated community-based outpatient therapeutic feeding programme for severe acute malnutrition in rural Southern Ethiopia: Recovery, fatality, and nutritional status after discharge. *Matern Child Nutr.* 2018;14(2):e12519.
- 11-Yebayo HG, Kendall C, Nigusse D, Lemma W. Outpatient therapeutic feeding program outcomes and determinants in treatment of severe acute malnutrition in tigray, northern ethiopia: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 2013 Jun 6;8(6):e65840.
- 12- Tadesse E, Ekström EC, Berhane Y. Challenges in implementing the integrated community-based outpatient therapeutic program for severely malnourished children in rural Southern Ethiopia. *Nutrients.* 2016;8:251.
- 13-Harris S, Jack S. Home-based treatment of acute malnutrition in Cambodian urban poor communities. *Food Nutr Bull.* 2011dec; 32(4): 333-9.