

# Evaluation de la performance de la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë en ambulatoire chez les enfants de 6 à 59 mois à Ouagadougou (Burkina Faso)

---

Jean Axel T. KABORE<sup>1\*</sup>, Jean Yves ZONGO<sup>1</sup>,  
Ousmane OUEDRAOGO<sup>2</sup>, Angèle KALMOGHO<sup>3</sup>,  
Edith Ragnagnewendé KABORE<sup>4</sup>,  
Steeve Léonce ZOUNGRANA<sup>5</sup>,  
Chanolle TCHEKOUNOU<sup>1</sup>,  
Adama ZIDA<sup>1,3</sup>

## Résumé

**Introduction :** La malnutrition aiguë chez les enfants demeure toujours une préoccupation majeure de santé publique dans les pays subsahariens particulièrement au Burkina. La présente étude consistait à évaluer les performances de la prise en charge en ambulatoire des enfants souffrants de malnutrition aiguë.

**Matériel et méthodes :** la méthodologie a consisté d'une part à recueillir au cours des trois de mois de septembre à novembre 2020, les données des enfants malnutris pris en charge de janvier à octobre 2020 à partir des différents registres et d'autre part à évaluer les différents indicateurs de performance de la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë au Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou. L'évaluation a été faite à partir des indicateurs clés de performance (ICP) standardisés.

**Résultats :** Au total, 134 enfants admis (48,5 % garçons, 51,5 % filles), majoritairement âgés de 6 à 12 mois (49,25%) et provenant de familles dont les pères sont commerçants et de localités éloignées (distance supérieure à 15 km) du CREN. Les résultats sur l'analyse des indicateurs de performance ont mis en évidence un taux

---

<sup>1</sup> Institut International des Sciences et Technologies, secteur 16 Tampouy Ouagadougou, Burkina Faso, tel 00226 75738004/ 71505530

<sup>2</sup> Université Joseph Ki-Zerbo, 03 BP 7021 Ouagadougou, Burkina Faso, tel 00226 25307064

<sup>3</sup> Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 01 BP 5234 Ouagadougou, Burkina Faso, tel 00226 25311655

<sup>4</sup> Hôpital Saint Camille de Ouagadougou, secteur 23, 23 Avenue Babanguida Ouagadougou, Burkina Faso tel 00226 25363056

<sup>5</sup> Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, secteur 1 Ouahigouya, Burkina Faso, tel 00226 74931389/ 74931301

\***Auteur correspondant :** Kabore Jean Axel T., kaborejeanaxeltewgunde@gmail.com , Tel : 226 63304340/ 64868368. ORCID : 0009-0004-9344-0030.

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstss.v48i1.1656>

d'abandon du traitement très élevé à 89,6 % pour la malnutrition aiguë sévère (MAS) et à 74,2 % pour la malnutrition aiguë modérée (MAM). La durée moyenne de séjour était de  $13 \pm 3$  semaines pour les cas de MAS et de  $15 \pm 4$  semaines pour les cas de MAM. Enfin, le gain de poids moyen était de  $2,69 \pm 0,6$  g/kg/jour pour les enfants atteints de MAS et de  $1,41 \pm 0,4$  g/kg/jour pour ceux présentant une MAM.

Conclusion : Les indicateurs de performance du programme sont critiques selon les normes de la prise en charge intégrée de la malnutrition au Burkina Faso, soulignant la nécessité d'analyser de façon approfondie toutes les composantes du programme afin d'améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë dans cette structure de santé.

**Mots clé :** Prise en charge ambulatoire, malnutrition aiguë, enfant, Ouagadougou.

## **Evaluation of the performance of hospital outpatient management of acute malnutrition in children aged 6 to 59 months in Ouagadougou**

### **Abstract**

Introduction: Acute malnutrition in children remains a major public health concern in sub-Saharan countries, particularly in Burkina Faso. The present study evaluated the performance of outpatient care for children suffering from acute malnutrition.

Material and methods: the methodology consisted on the hand of collecting over the course of three months from September to November 2020, data on malnourished children treated from the various registers and the other hand of evaluating the different performance indicators of the outpatient management of malnutrition at the Center for Recovery and Nutritional Education (CREN) of the Saint Camille Hospital in Ouagadougou based on standardized key performance indicators (KPIs).

Results: A total of 134 children were admitted (48.5% boys, 51.5% girls), mostly aged 6 to 12 months (49.25%) and from families whose fathers are traders and from localities far from the CREN (distance greater than 15km). The results on the analysis of performance indicators highlighted significant challenges. The high treatment dropout rate was recorded, amounting to 89.64% for severe acute malnutrition (SAM) and 74.24% for moderate acute malnutrition (MAM). The average duration of care was observed at  $13 \pm 3$  weeks for SAM cases and  $15 \pm 4$  weeks for AMS cases. For weight recovery, the mean weight gain was  $2.69 \pm 0,6$  g/kg/day for children with SAM and  $1.41 \pm 0,4$  g/kg/day for those with SAM.

Conclusion: The program's performance indicators are critical according to the standards of malnutrition management in Burkina Faso, highlighting the need to improve the management of acute malnutrition in this context.

**Keywords:** Care, Acute malnutrition, child, outpatient, Ouagadougou.

## Introduction

La malnutrition aiguë demeure une préoccupation majeure de santé publique touchant des millions d'enfants de moins de cinq ans à travers le monde, en particulier dans les régions à faibles revenus comme l'Afrique subsaharienne (1). Cette situation, caractérisée par une émaciation ou la présence d'œdèmes, augmente considérablement sa vulnérabilité aux infections, et affecte gravement la croissance, le développement cognitif et la survie de l'enfant (2). En raison de la complexité de ce défi, des stratégies de prise en charge déconcentrées, telles que la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë (PCAMA), ont été largement adoptées pour améliorer l'accessibilité des soins et la réduction de la mortalité infantile (3).

A l'échelle mondiale selon l'UNICEF (2023), 45 millions d'enfants souffrent de malnutrition aiguë dont 13,6 millions en forme sévère, un phénomène en augmentation depuis 2000 (4).

Au Burkina Faso en 2023, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est estimée à 8,6% chez les enfants de moins de 5 ans (5). Les structures de santé, dont les Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN) jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des programmes de prise en charge de la malnutrition en appliquant le protocole de prise en charge communautaire recommandé par l'OMS. Cependant, l'efficacité de ces différentes interventions dépend non seulement de la qualité des protocoles nutritionnels employés, mais aussi de l'adhérence des familles au programme sur le terrain (6). Une évaluation de la performance de ces prises en charge est indispensable pour identifier les difficultés aux vues d'orienter les ajustements nécessaires pour une amélioration tangible de la santé et du bien-être des enfants malnutris (7).

C'est dans cette optique que la présente étude a évalué la performance de la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois au Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou.

# **I. Matériel et méthodes**

## **I.1. Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude rétrospective de janvier à Août 2020. Elle visait à évaluer la performance de la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë sur la période mentionnant en utilisant des données de routine d'un CREN à partir des indicateurs clés de performance (ICP) standardisés.

## **I.2. Zone d'étude**

L'étude s'est déroulée au Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou (HOSCO). Il est situé au secteur 23 de la ville de Ouagadougou dans la région du Centre du Burkina Faso. C'est un centre de référence où sont admis les enfants référés des centres de santé périphériques de la ville de Ouagadougou mais aussi de ceux situés dans les communes rurales aux alentours de la ville.

## **I.3. Echantillonnage**

Pour le calcul des indicateurs de la prise en charge, les registres de suivi des patients du CREN, des dossiers médicaux individuels, et de toute autre base de données électronique ou physique pertinentes utilisés par la structure ont servi pour l'extraction des données requises au cours de la période de l'étude.

Au total, 134 dossiers d'enfants de 6-59 mois malnutris aigus admis et suivis au CREN durant la période d'étude ont été exploités pour cette analyse.

### **I.3.1. Critère d'inclusion**

Etaient inclus dans l'étude :

- Les dossiers des enfants de 6-59 mois admis au CREN durant la période de l'étude.
- Confirmation du diagnostic de malnutrition aiguë sévère ou modérée selon les critères nationaux/OMS.
- Enfant ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire complète ou ayant débuté un protocole de prise en charge au CREN durant la période d'étude.

### I.3.2. Critères de non-inclusion

Etaient non inclus de l'étude :

- Dossiers des enfants de 6 à 59 mois admis au CREN durant la période de l'étude dont les données étaient incomplètes ou illisibles.
- Enfants référés pour une prise en charge hospitalière initiale ou directement transférés vers d'autres structures sans un suivi au CREN.

### I.4. Les Variables de l'étude

Pour mener l'étude nous avons utilisé les variables suivantes :

**Guérison** : dans le contexte de la prise en charge de la malnutrition aiguë (modérée ou sévère), la variable guérison est un critère de sortie. Un enfant est considéré comme guéri de la malnutrition aiguë lorsque, à la fin du traitement :

En cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) :

- Périmètre brachial (PB)  $\geq$  125 mm pendant deux semaines consécutives sans œdème ;
- Ou score Z du poids pour la taille (P/T)  $>$  -2 Z\_Score pendant deux semaines consécutives sans œdème ;
- Et l'enfant a repris un état clinique satisfaisant, sans complications médicales.

En cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) :

- Périmètre brachial (PB)  $\geq$  125 mm pendant deux semaines consécutives ;
- Et/ou Z-score P/T  $>$  -2Z\_score ;
- Absence de signes cliniques de dénutrition ou de complications ;
- Retour à une activité normale (selon l'âge).

**Durée de séjour** : il s'agit d'une variable quantitative qui mesure le nombre total de jours ou de semaines qu'un enfant passe dans le programme de prise en charge de la malnutrition, depuis l'admission jusqu'à la sortie (quel que soit le motif de sortie : guérison, abandon, décès, échec, transfert).

**Gain de poids :** Il s'agit d'une variable quantitative qui mesure l'évolution du poids d'un enfant au cours de sa prise en charge nutritionnelle. C'est un indicateur clé de l'efficacité du traitement chez les enfants atteints de malnutrition aiguë (modérée ou sévère).

**L'abandon :** dans le contexte de la prise en charge de la malnutrition aiguë (modérée ou sévère), la variable abandon est un critère de sortie. Un enfant est considéré comme ayant abandonné le traitement lorsqu'il ne s'est pas présenté au centre de prise en charge pendant deux visites consécutives, sans être déclaré transféré, décédé, ou guéri.

### **I.5. Outils de collecte des données et considérations éthiques**

- Un questionnaire de collecte de données standardisées a été élaboré. Ce questionnaire a permis de collecter les variables d'intérêt tirées des registres et dossiers.
- Les données ont été collectées tout en garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations.

### **I.6. Saisie et analyse des données :**

Les données collectées ont été saisies dans le logiciel statistique Epi-Info (version 7.2.3.0) et Microsoft Excel 2016.

L'analyse a été principalement descriptive. Elle inclura le calcul de fréquences, de moyennes et des écarts-types.

Les indicateurs de performance clés suivants ont été calculés :

- Taux de guérison =  $(\text{Nombre d'enfants guéris} / \text{nombre total d'admissions}) \times 100$
- Taux d'abandon =  $(\text{Nombre d'enfants ayant abandonné} / \text{nombre total d'admissions}) \times 100$
- Taux de décès =  $(\text{Nombre d'enfants décédés} / \text{nombre total d'admissions}) \times 100$
- Durée moyenne de séjour (jour) = Somme des durées de séjour des guéris/nombre de guéris ; elle est rapportée en jour
- Gain de poids moyen = Somme des gains de poids des guéris/ nombre de guéris ; le gain moyen de poids est rapporté en g/kg de poids/jour
-

## I.7. Comparaison des valeurs des indicateurs aux Standards et Interprétation

Une fois les indicateurs de performance calculés, les valeurs obtenues ont été comparées aux standards opérationnels acceptés au niveau national (8) pour la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë. Ces standards sont :

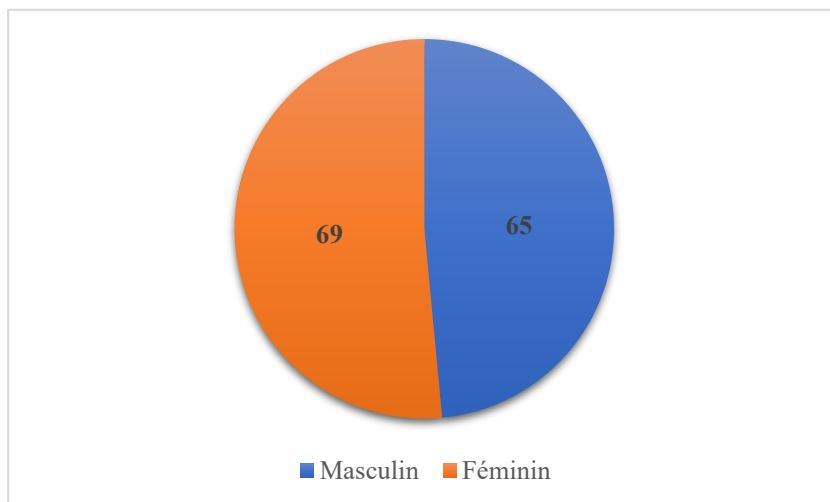
- Taux de guérison :  $\geq 75\%$
- Taux d'abandon :  $\leq 15\%$
- Taux de décès :  $\leq 10\%$

L'interprétation consistait à décrire la performance du CREN de l'Hôpital Saint Camille par rapport à ces seuils. Cette démarche nous a permis de fournir une évaluation objective et basée sur des données de la qualité de la prise en charge au CREN de l'Hôpital Saint Camille.

## II. Résultats

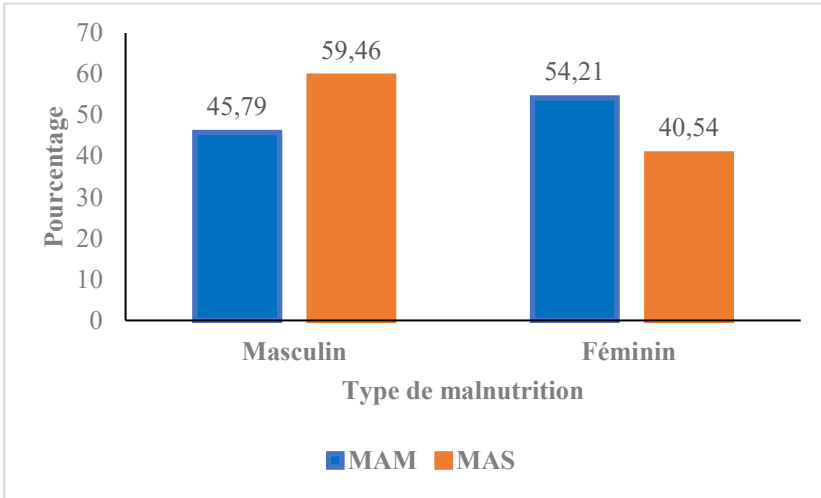
### II.1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Les résultats montrent que le sexe féminin représentait 51,5% des enfants admis contre 48,5% pour le sexe masculin avec un sex-ratio de 1,06 en faveur du sexe féminin (figure 1)



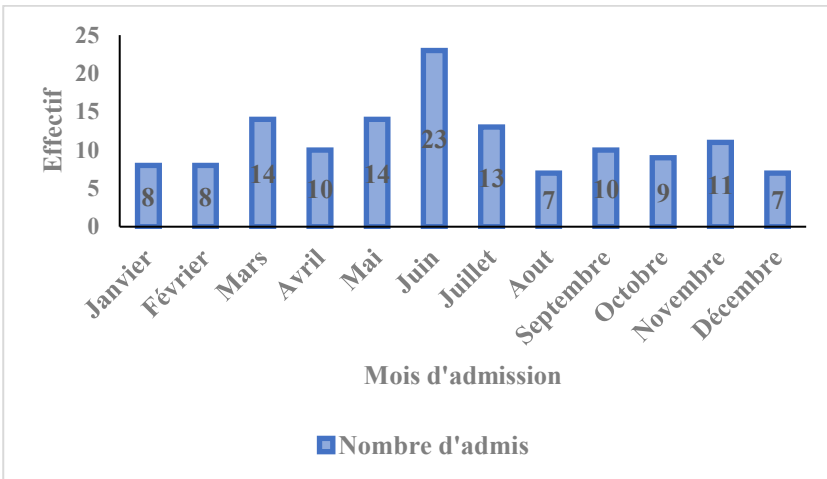
**Figure 1:** Répartition des enfants admis par sexe au CREN de HOSCO durant l'étude conduite de janvier à août 2020

Par ailleurs, une prédominance masculine (59,46%) a été constatée pour la malnutrition aiguë sévère et féminine (54,21%) pour la malnutrition aiguë modérée (figure 2).



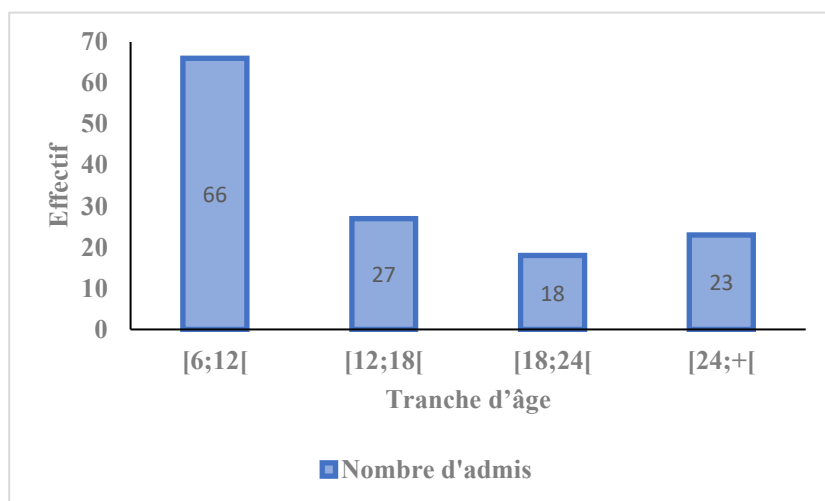
**Figure 2 :** Répartition des types de malnutrition par sexe au CREN de HOSCO durant l’étude conduite de janvier à août 2020

Les résultats de cette étude sur la répartition par mois des admissions ont montré un grand nombre d’admission au mois de juin avec un taux de 23,71%. Cependant, les faibles admissions ont été observés en Aout, Décembre, Février et Janvier (figure 3).



**Figure 3 :** Répartition des enfants admis par mois au CREN de HOSCO durant l’étude conduite de janvier à août 2020

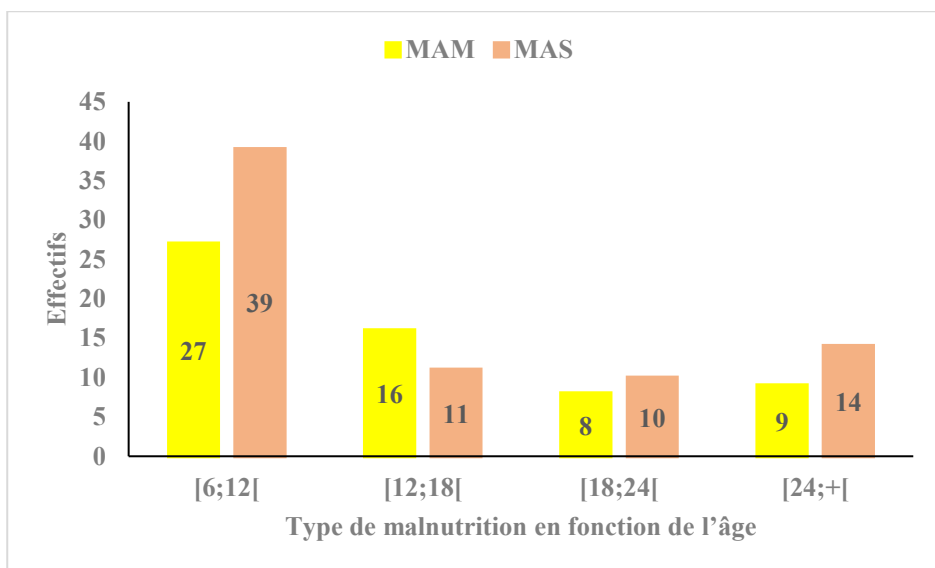
L'âge des enfants admis au CREN variait de 6 mois à 52 mois et l'âge moyen était de 16,9 mois (figure 2). La tranche d'âge de 6 à 12 mois était la plus représentée



**Figure 4 :** Répartition des enfants en fonction de leur âge d'admission au CREN de HOSCO durant l'étude conduite de janvier à août 2020

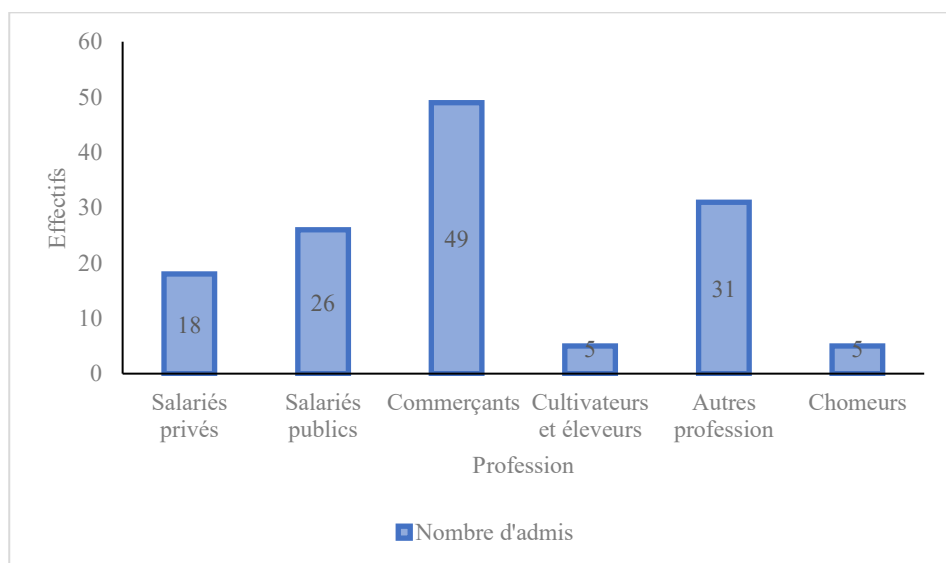
Les résultats sur la répartition des enfants malnutris admis selon leur périmètre brachial (PB) ont montré que 25 % avaient un PB inférieur à 115 mm, 34 % avaient un PB compris entre 115 mm et 124 mm, tandis que 40 % avaient un PB supérieur à 124 mm. Concernant le mode d'admission au CREN, la majorité des enfants admis au CREN (75,25 %) avaient été référés par une structure sanitaire, contre 24,75 % qui s'y étaient rendus spontanément. Par ailleurs, l'analyse du statut vaccinal a révélé que 22 % des enfants malnutris n'étaient pas à jour de leur vaccination.

La tranche d'âge comprise entre 6 et 12 mois est la plus affectée par la malnutrition aiguë modérée et malnutrition aiguë sévère avec des pourcentages respectifs de 23,15% et 32,63% (figure 5).



**Figure 5 :** Répartition des types de malnutritions en fonction de l'âge au CREN de HOSCO durant l'étude conduite de janvier à août 2020

Les pères des enfants malnutris admis étaient de profession commerçant dans 36,56% de cas (figure 6).



**Figure 6 :** Répartition des enfants malnutris en fonction de la profession du père au CREN de HOSCO durant l'étude conduite de janvier à août 2020

## II.2. Les indicateurs de performance de la prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë

### II.2.1. Indicateurs de performance de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère du CREN de HOSCO

Le taux d'abandon pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère était de 89,7%, le taux de guérison de 10,4 %. La durée moyenne de séjour pour ces enfants était de  $13 \pm 3$  semaines avec un gain de poids moyen de  $2,69 \pm 0,6$  g/Kg de poids corporel/j (Tableau I).

**Tableau I** : Indicateurs de performance de la malnutrition aiguë sévère du CREN

Indicateurs de performance	Valeurs CREN	du	Valeurs Acceptables	Valeurs alarmantes
Taux de guérison	10,36%		> 75 %	< 50%
Taux de décès	0%		< 10 %	> 15%
Taux d'abandons	89,64%		< 15 %	> 25%
Durée moyenne de séjour	$13 \pm 3$ semaines		< 4 semaines	> 6 semaines
Gain de poids moyen	$2,69 \pm 0,6$ g/kg/j		$\geq 8$ g/Kg/j	< 8g/Kg/j

### II.2.2. Indicateurs de performance de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë modérée du CREN de l'HOSCO

Les indicateurs de performance de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée du CREN de l'HOSCO présentent un taux d'abandon en prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë modérée de 74,2%, et un taux de guérison de 25,8 %. La durée de séjour était de  $15 \pm 4$  semaines avec un gain de poids moyen de  $1,41 \pm 0,4$  g/kg de poids corporel/j (Tableau II).

**Tableau II** : Indicateurs de performance de la malnutrition aigüe modérée du CREN

Indicateurs de performance	Valeurs de CREN	du	Valeurs Acceptables	Valeurs alarmantes
Taux de guérison	25,76%		> 70 %	< 50%
Taux de décès	0		< 3 %	> 10%
Taux d'abandons	74,24%		< 15 %	> 30%
Durée moyenne de séjour	15 ± 4 semaines	<	8 semaines	> 12 semaines
Gain de poids moyen	1,41 ± 0,4g/Kg/j	±	≥ 8g/Kg/j	< 8g/Kg/j

### III. Discussion

#### III.1. Limite de l'étude

La non-complétude des données dans les registres, l'indisponibilité des fiches thérapeutiques de suivi étaient les différentes limites de l'étude.

#### III.2. Caractéristiques socio-démographiques et nutritionnelles des enfants à l'admission par sexe

Au total, 134 enfants ont été admis pendant la période d'étude, dont 69 (51,5 %) étaient de sexe féminin. Cette répartition est similaire à celle observée dans d'autres études menées notamment à Ouagadougou, où les filles représentaient 51,7 % de l'effectif contre 48,3 % pour les garçons (9). En revanche, certaines études réalisées à Tessalit (10), à Bamako (11) et à Kara (12), la prédominance était masculine, avec respectivement 50,3 %, 58,97 % et 62 % de sexe masculin admis. Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

- Raisons sociales défavorables, notamment un accès limité à une alimentation de qualité ou à des soins de santé, particulièrement en période de stress alimentaire ou de pénurie (22, 23).
- Raisons biologiques entre les sexes peuvent être suggérées, notamment une masse musculaire plus faible chez les filles à âge égal, ce qui peut

influencer les mesures anthropométriques notamment le périmètre brachial (PB), entraînant potentiellement une classification plus fréquente comme malnutries (24).

Dans la présente étude, une prédominance masculine (59,46 %) a été observée parmi les cas de malnutrition aiguë sévère à l'inverse de de la malnutrition aiguë modérée où il y avait une prédominance féminine (54,21 %). Ces résultats sont en accord avec ceux rapportés à Kouroussa en 2020 (14), où une prédominance féminine (54 %) a été observée dans les cas de malnutrition aiguë modérée.

La prédominance masculine dans les formes sévères de malnutrition pourrait s'expliquer par un recours tardif aux soins pour les garçons (15). Également, Le sexe masculin a souvent une réponse immunitaire plus lente, un besoin énergétique élevé et une immaturité physiologique plus marquée que le sexe féminin à la naissance, ce qui les rend plus susceptibles de développer des complications nutritionnelles graves (23, 25).

Le plus grand nombre de cas de malnutrition a été recensé au mois de juin avec un taux de 23,71%. Nos résultats sont différents de certaines études rapporter à Ouagadougou (Avril) (16). Dans son étude, il rapportait que le CREN recevait moins d'enfants dans la période poste soudure par rapport à la période de chaleur et de soudure où les actions préventives et curatives devraient être intensifiées durant cette période. Ainsi, en raison des déficits céréaliers successifs au fil des années, la période de soudure tend à s'allonger d'avril a septembre, ce qui explique le nombre élevé d'admissions au CREN observé au mois de juin (16).

Par contre la variation d'admission de notre étude et du pic en juin peut s'expliquer par le fait qu'à la période de février à mai, les mesures sanitaires dues à la pandémie du Coronavirus prises par les autorités ont réduit la fréquentation des structures sanitaires.

Concernant l'âge d'admission, les enfants admis au CREN au cours de l'étude variait de 6 à 54 mois, avec un âge moyen à l'admission de 24,86 mois. La malnutrition touchait principalement les enfants âgés de 6 à 12 mois.

Cette prédominance de la tranche d'âge de 6 à 12 mois est également rapportée par Ouédraogo *et al.* à Ouagadougou (16). Toutefois, elle est

différente des résultats observés à Bamako, où la tranche d'âge la plus affectée était celle de 12 à 23 mois (11).

La vulnérabilité accrue des enfants admis de 6 à 12 mois dans la présente étude pourrait s'expliquer par une alimentation complémentaire inappropriée au cours de cette période charnière du développement.

La catégorie d'enfants admis ayant un périmètre brachial (PB) compris entre 115 et 124 mm était la plus représentée, avec une proportion de 44 %. Ce pourcentage (44%) est supérieur à celui rapporté à Ouagadougou (16), où la majorité des enfants présentait un PB compris entre 109 et 124 mm.

Cette prévalence élevée d'admissions avec un PB faible suggère que ces enfants remplissaient depuis longtemps les critères de malnutrition aiguë sévère (MAS), sans avoir n'été détecté ni ne pris en charge à temps. Cela met en évidence des lacunes dans les mécanismes de dépistage précoce et de recrutement des cas. En effet, les admissions tardives sont généralement associées à un risque accru de complications, à une durée de traitement prolongée, à une fréquence plus élevée d'abandons ainsi qu'à une probabilité plus importante d'issues défavorables, notamment le décès (18).

La majorité des enfants admis au CREN avait été référée par une structure sanitaire, soit du même centre, soit d'un autre établissement. Cette observation corrobore avec les données rapportées à Ouagadougou (16) et à Bamako (11), où 63,3 % et 71,8 % des enfants respectivement avaient été référés par une structure de santé. Cela témoigne de la mise en œuvre effective du système de référence tel que défini dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition.

Cependant, certains enfants n'étaient pas référés par des structures sanitaires, leurs parents ne s'étant jamais présentés en consultation médicale. Dans plusieurs cas, les admissions faisaient suite à des recommandations d'autres mères ayant elles-mêmes bénéficié de soins au CREN.

L'évaluation du statut vaccinal des enfants révèle que 22 % n'étaient pas à jour de leur statut vaccinal. Ce pourcentage est similaire à celui observé à Bobo-Dioulasso, où 22,2 % des enfants admis n'étaient pas correctement vaccinés (17). La vaccination joue un rôle essentiel dans la protection immunitaire contre les infections, et son insuffisance

expose les enfants à un risque accru de maladies infectieuses pouvant favoriser l'apparition ou l'aggravation de la malnutrition.

Au cours de cette étude, on note que la tranche d'âge comprise entre 6 et 11 mois est la plus représentée par la malnutrition aiguë modérée et malnutrition aiguë sévère avec des pourcentages respectifs de 20,14% et 29,10%. Cette tranche d'âge est en accord à l'enquête SMART 2019 avec un pourcentage de 11,8% (18).

En effet, le sevrage brusque et l'alimentation de complément inadapté pendant cette étape de l'enfance interviennent à des périodes où le système digestif des enfants n'est pas encore mature pour assurer une digestion optimale de tous les aliments qu'on leur offre. Cette situation chez les enfants les expose aux germes pathogènes responsables des infections (19,20,21).

Dans la présente étude, il ressort que dans la majorité des familles dont sont issus les enfants malnutris, les pères exerçaient principalement une activité commerciale, représentant 36,56 % des cas. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés à Bobo-Dioulasso, où la profession dominante des pères était l'agriculture, avec une proportion de 40 % (17).

Cette différence pourrait s'expliquer par une faible priorisation, au sein de certaines familles, des soins de santé et de l'adoption de pratiques alimentaires appropriées, en particulier chez les acteurs exerçant dans le secteur informel ou agricole.

### **III.3. Indicateurs de performance**

Les indicateurs de performance du CREN de l'HOSCO présentaient un taux d'abandon élevé en prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (89,64%) et de la malnutrition aiguë modérée (74,24%) ; une durée de séjour allant de 13 à 15 semaines. Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude s'avèrent alarmantes selon les standards inclus dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë au Burkina Faso. En effet, le taux d'abandon observé dépasse les seuils alarmants, avec plus de 25 % pour la malnutrition aiguë sévère (MAS) et plus de 30 % pour la malnutrition aiguë modérée (MAM). Par ailleurs, la durée moyenne de séjour excède les limites recommandées, soit plus de 6 semaines pour la MAS et plus de 12 semaines pour la MAM. Enfin, les taux de guérison ainsi que les gains pondéraux moyens enregistrés demeurent inférieurs aux normes

attendues. Cette situation alarmante observée au CREN de l'HOSCO, caractérisée par un taux d'abandon élevé (89,64 % pour la MAS et 74,24 % pour la MAM) et une durée prolongée de séjour (13 à 15 semaines), peut s'expliquer par plusieurs facteurs combinés :

**-Facteurs socio-économiques et culturels :** La pauvreté persistante et l'insécurité alimentaire chronique dans les ménages enclavent la capacité des familles à assurer un suivi continu et optimal du traitement nutritionnel ambulatoire (26). Par ailleurs, les coûts indirects liés au transport et à la perte de temps de travail constituent des obstacles majeurs à l'adhésion (27). Le manque de sensibilisation sur la gravité de la malnutrition et l'importance du traitement peut également favoriser l'abandon (28).

**-Inaccessibilité aux centres de soins :** Les difficultés d'accès aux centres de soin, notamment en saison pluvieuse, ainsi que les ruptures fréquentes de stock en aliments thérapeutiques, sont des causes récurrentes d'abandon (29, 30). De plus, une prise en charge insuffisante ou un suivi irrégulier peuvent générer une perte de confiance des familles (31).

**-Durée prolongée de séjour ;** La durée de séjour prolongée peut refléter la gravité initiale des cas, la présence de comorbidités comme les infections chroniques, ou une mauvaise observance du traitement (32). La littérature montre que la récupération peut être ralentie par des facteurs sociaux, sanitaires et environnementaux non maîtrisés (33).

**-Contexte humanitaire et environnemental au Burkina Faso :** Le Burkina Faso fait face à des crises alimentaires récurrentes et à des déplacements de populations qui compliquent la continuité des soins et aggravent les déterminants de la malnutrition (34). La période de soudure agricole entre mai et août accentue cette vulnérabilité (35).

## Conclusion

La malnutrition reste toujours un problème de santé publique touchant notamment les enfants de moins de 5 ans.

Au terme de cette étude, on note que de la tranche d'âge comprise entre 6 à 12 mois était la plus touchée.

Les enfants malnutris provenaient généralement des localités éloignées du CREN et d'une famille dont le père est commerçant dans la majorité des cas.

Les indicateurs de performances du CREN de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou s'avère critiques notamment le taux d'abandon élevé, une durée moyenne de séjour prolongée, ainsi qu'un faible taux de guérison et de gain pondéral insuffisant selon les normes standards de prise en charge intégrée de la malnutrition établies au Burkina Faso. Ces résultats ressortent des insuffisances majeures dans la qualité de la prise en charge nutritionnelle et appellent à une révision des stratégies, un renforcement du suivi thérapeutique, ainsi qu'une meilleure implication des parents et des acteurs communautaires pour améliorer l'adhésion au traitement et optimiser les résultats cliniques.

## **Remerciements**

Le personnel du Centre Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou est remercié pour la collaboration, l'autorisation et l'appui dans le cadre de la collecte des données.

## **Références bibliographiques**

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Niveaux et tendances de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2024. Genève : OMS/UNICEF; 2024.
2. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al.; Lancet Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427-45.
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Directives : Mises à jour sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et les enfants. Genève : OMS; 2013.
4. UNICEF. Malnutrition situation report. 2023. Disponible sur: <https://www.unicef.org>
5. SPHERE Handbook. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2022.

6. Diallo S, Traoré N, Compaoré A, Ouédraogo M. Évaluation des facteurs influençant l'adhérence à la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë dans la région du Centre, Burkina Faso. *Revue de Santé Publique Africaine*. 2022;15(2):112-25.
7. UNICEF. Cadre de suivi et d'évaluation des programmes de nutrition. New York (NY) : UNICEF; 2020.
8. Direction de la Nutrition. Protocole de prise en charge des enfants malnutris au Burkina Faso. 2010;76 p.
9. Diarra N. Infections courantes et la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 06 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CS Réf de la commune I du district de Bamako. Thèse de Doctorat en Médecine. 2015;108 p.
10. Zoungrana B, Sawadogo PS, Somda NS, Tapsoba F, Tankoano A, Savadogo A, et al. Performance et coût de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications à Kaya, Burkina Faso. *Pan Afr Med J*. 2019;34:145. <https://doi:10.11604/pamj.2019.34.145.17946>
11. Konaté S, Diarra M, Diawara F, Diall HG, Sangho F, Sangho H. Évaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali. *Mali Méd*. 2020;35(35):14-19.
12. Adjangba KM, Agoro S, Bouraima M, Mitchikpe C. Prise en charge de la dénutrition aiguë sévère avec complications dans les centres de réhabilitation nutritionnelle en interne de la région de la Kara, Togo, de 2014 à 2017. *Mali Santé Publique*. 2023;12(1):46-53. <https://doi:10.53318/msp.v12i01.2422>
13. Diall H, Dembélé A, Touré Y, Maïga B, Cissé M, Doumbia A, et al. Les facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré. *Mali Santé Publique*. 2021;9(2):7-13. Disponible sur: <https://revues.ml/index.php/msp/article/view/1499>
14. Millimono TM, Touré F, Diallo AS, Bamba IF. Évaluation de la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés de 6 à 59 mois dans les Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle de la préfecture de Kouroussa. *Nutrition & Santé*. 2020;8(2):42-50. <https://doi:10.30952/ns.8.2.2>

15. Devictor D, Cosquer M, Saint Martin J, Lejosne G, Berthier N, Bost M. Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique. *Arch Pediatr*. 1997;4(2):21-6.
16. Ouedraogo O. Prise en charge des enfants malnutris admis au CREN du Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou. Mémoire de Maîtrise en Sciences et Techniques Option : Technologie Alimentaire/Nutrition Humaine (MST/TANH). 2012;56 p.
17. Kissou SA. Évaluation de la couverture vaccinale chez les enfants malnutris suivis dans les CREN de la ville de Bobo-Dioulasso. Mémoire pour l'obtention du diplôme inter-universitaire international de vaccinologie. 2012;50 p.
18. Action Against Hunger. Enquête SMART sur la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso, 2022. Ouagadougou : Action Against Hunger; 2022. 45 p.
19. Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Genève : OMS; 2023. 76 p.
20. Dewey KG, Brown KH. Complementary feeding and infant gut microbiota: a narrative review. *Nutrients*. 2024;17(5):743.
21. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119-32.
22. Kismul H, Acharya P, Mapatano MA, Hatløy A. Determinants of childhood stunting in the Democratic Republic of Congo: further analysis of Demographic and Health Survey 2013–14. *BMC Public Health*. 2018;18(1):74. <https://doi:10.1186/s12889-017-4621-0>
23. Wamani H, Åstrøm AN, Peterson S, Tumwine JK, Tylleskär T. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatr*. 2007; 7:17. <https://doi:10.1186/1471-2431-7-17>
24. Thurstans S, Sessions N, Dolan C, Sadler K, Marko S, Sibson V. The relationship between wasting and stunting: a retrospective cohort analysis of longitudinal data in Gambian children from 1976 to 2016. *Am J Clin Nutr*. 2022;115(6):1442–51. <https://doi:10.1093/ajcn/nqac039>

25. Wells JCK. Natural selection and sex differences in morbidity and mortality in early life. *J Theor Biol.* 2000;202(1):65–76. <https://doi:10.1006/jtbi.1999.1044>
26. Michaud-Létourneau I, Prevost M, Bahwere P, et al. Factors influencing adherence to outpatient treatment for severe acute malnutrition in children: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2019;15(3):e12719. <https://doi:10.1111/mcn.12719>
27. Tadesse G, Worku A, Oljira L. Determinants of default from outpatient therapeutic program for severe acute malnutrition in children aged 6–59 months in Northern Ethiopia: a case control study. *BMC Public Health.* 2020;20:1379. <https://doi:10.1186/s12889-020-09450-7>
28. Kodish SR, Smith M, Aboud F, et al. Community perceptions of malnutrition and its treatment in rural Niger: a qualitative study. *PLoS One.* 2018;13(5):e0194341. <https://doi:10.1371/journal.pone.0194341>
29. Bachou H, Tumwine JK, Mwadime RK. Reasons for defaulting from outpatient therapeutic programmes for severe acute malnutrition in children in Uganda: a qualitative study. *Public Health Nutr.* 2021;24(5):1044-1053. <https://doi:10.1017/S1368980021000137>
30. Collins S, Sadler K, Dent N, et al. Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition. *Food Nutr Bull.* 2006;27(3 Suppl):S49-82. <https://doi:10.1177/15648265060273S306>
31. Bahwere P, Kouam K, Sadler K. The importance of adherence in the success of outpatient treatment of severe acute malnutrition: a study from the Democratic Republic of Congo. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):423-430. <https://doi:10.1111/mcn.12222>
32. Bliss J, Sweet L, Jovanovska V. Factors associated with prolonged length of stay for children with severe acute malnutrition in Nigeria. *J Trop Pediatr.* 2018;64(4):325-333. <https://doi:10.1093/tropej/fmx061>
33. Sadler K, Myatt M, Feleke T. A comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighboring districts of Malawi. *Public Health Nutr.* 2012;15(9):1771-1781. <https://doi:10.1017/S1368980012001061>
34. FAO. Burkina Faso Food Security and Nutrition Overview. Rome: FAO; 2022.

35. Sawadogo PS, Martin-Prével Y, Savy M. Anemia and malnutrition among young children in rural Burkina Faso: role of infections and diet. *Public Health Nutr.* 2011;13(10):1478–86. <https://doi:10.1017/S1368980010003581>

